

La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen

Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin

▶ **To cite this version:**

Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen : La santé des personnes sans chez soi. La Documentation française, pp.231, 2010. inserm-00452211

HAL Id: inserm-00452211

https://inserm.hal.science/inserm-00452211

Submitted on 1 Feb 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La santé des personnes sans chez soi

Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen

Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin,
Ministre de la Santé et des Sports



Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin

Novembre 2009

Table des matières

Prologue : pourquoi les termes *sans chez soi* et *rétablissement* ? 1

Contexte 2

Les objectifs de la mission 2

État des lieux 7

Encadré n°1 : Les principaux ouvrages ou rapports antérieurs 7

De qui parle-t-on ? 7

Combien sont-ils ? 8

Qui sont-ils ? 11

Encadré n°2 : Les principaux déterminants du phénomène du « sansabrisme » 11

Encadré n°3 : Les spécificités sociodémographiques de la situation parisienne 14

Quels problèmes sanitaires rencontrent-ils ? 16

La morbidité déclarée 16

Les données épidémiologiques 18

Les recours aux soins 18

La mortalité 20

La santé mentale 21

La vie dans la rue 22

Les conditions concrètes d'existence 22

Encadré n°4 : Un lynchage qui aurait pu se terminer en arrestation de la victime… 30

Encadré n°5 : Une criminalisation bien inutile…pour des délits bien légers… 30

Les jeunes en errance à la sortie du dispositif de l'aide sociale à l'enfance 31

Les femmes à la rue : entre silence, honte et violences 33

Les immigrés sans chez soi 35

Les personnes vieillissantes à la rue 36

Le milieu rural 38

Encadré n°6 : Circulaire du 25 février 2008 portant réforme de la domiciliation pour les personnes sans domicile stable. 39

Les interactions avec les dispositifs sanitaires, sociaux et judiciaires 42

Les interactions avec le système de soins 42

Encadré n° 7 : Une histoire – parmi d'autres - de prescription mortelle… 43

Les interactions avec le système d'hébergement et de logements 46

Les interactions avec le système judiciaire 50

Interactions avec le système de santé 59

Les dispositifs et leurs limites 60

De la santé aux soins 60

Les couvertures maladie 61

Le système de soin de droit commun 65

L'ambulatoire 65

Encadré n°8 : Les besoins des médecins généralistes 67

L'hospitalier 70

Encadré n°9 : Extrait de la circulaire relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies 73

Encadré n°10 : L'exemple toulousain de partenariat entre le CHU et la ville 77

Les dispositifs « précarité » territoriaux 79

Les PRAPS 79

Les ASV 80

Les Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP) 81

La psychiatrie : comment sortir d'une pratique de la « patate chaude » ? 87
L'amont de l'hôpital 89
Les urgences psychiatriques 90
L'hospitalisation 92
L'aval de l'hôpital 93
La nécessité d'une coordination contractualisée au niveau local 97
Réponses des dispositifs innovants 102
Travailleurs pairs, professionnels issus de la communauté, médiateurs 102
Des approches communautaires à la santé communautaire 107
Encadré n°11 : L'expérience d'EGO à Paris. 111
Encadré n°12 : Le GAF, Toulouse. 111
La réduction des risques et des dommages 115
L'auto-support, les groupes d'intérêts et les collectifs 121
Encadré n°13 : Auto Support Usagers de Drogue (ASUD). 121
Encadré n°14 : Les Nomades Célestes 122
Encadré n°15 : Mine de rien. 122
Programme d'évitement à l'incarcération pour les personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques 126
Empowerment et citoyenneté 129
De l'hébergement au « chez soi » 131
La crise du logement social en France 132
Encadré n°16 : La situation du logement en France telle qu'elle est rappelée par la Fondation Abbé Pierre. 132
Un corpus législatif et réglementaire qui ne peut endiguer le flux vers la rue 134
Le développement de l'offre est insuffisant 134
La prévention des expulsions n'est pas effective 134
Les dispositifs de l'urgence sociale 135
De nouveaux outils qui ne permettent pas de sortir des logiques de l'urgence 137
Encadré n°17 : Le baromètre de la FNARS pour le suivi du plan d'action 2008-2012. 137
Analyse des dispositifs : quel accès pour les personnes malades durablement à la rue 140
Les LHSS 142
Les ACT 143
Les maisons relais 144
La qualité de l'accompagnement 144
S'appuyer sur la parole et l'expérience des personnes 145
Le nombre de places dans les dispositifs 146
Les dispositifs manquants : 146
La démarche du « chez soi d'abord » et les expériences de programmes *housing first* à l'étranger 148
Encadré n°18 : Les coûts et les économies induites d'un programme « chez soi d'abord ». 151
Le développement de projets « chez soi d'abord » en France 151
Evaluation et recherche 156
Evaluer, pour quoi faire ? 156
Evaluer, comment ? 157
Encadré n° 19 : Les écueils de l'évaluation. 158
Recherche évaluative et évaluation pragmatique 160
Recherche-action et recherche participative 160
Suivi et évaluation des politiques de santé 162
Synthèse et recommandations 166
Synthèse 166

Objectifs 168
Recommandations 168
Tables des figures et tableaux 185
Bibliographie 186
Annexes 195
Lettre de mission 195
Liste des personnes auditionnées 197
Principaux textes de loi relatifs au logement 201
Exemple de convention entre l'Assurance maladie et un établissement de santé pour l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies 203
Projet multi sites canadien de recherche et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance (novembre 2008) 207

Abréviations et acronymes

ACSE	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AFT	Accueil familial thérapeutique
ALD	Affection de longue durée
ASV	Atelier santé ville
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CCAS	Centre communal d'action social
CCOMS	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
CHAPSA	Centre d'hébergement et d'accueil pour les personnes sans abri
CHRS	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CISS	Collectif inter associatif sur la santé
CMU	Couverture maladie universelle
CNIS	Conseil national de l'information statistique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPH	Centre provisoire d'hébergement
Credes	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
FEANTSA	Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri
FNATH	Association des accidentés de la vie
GEM	Groupe d'entre aide mutuelle
Halde	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HCLPD	Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées
IAO	Infirmier d'accueil et d'orientation
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
Ined	Institut national d'études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
Irdes	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MNASM	Mission nationale d'appui en santé mentale
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PRAPS	Programme régional d'accès aux soins et à la prévention
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRSP	Programme régional de santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONPES	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
ORS	Observatoire régional de la santé
RMI	Revenu minimum d'insertion
SMPR	Service médico-psychiatrique régional
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHU	Unités d'hébergements d'urgences
UNAF	Union nationale des associations familiales
UTAMS	Unités territoriales d'action médico-sociales

Prologue : pourquoi les termes *sans chez soi* et *rétablissement* ?

Le terme *sans chez soi* a fait débat lors de la première réunion du groupe de travail. Les personnes peu convaincues avançaient que ce n'était pas en changeant de terme que l'on changerait le problème ni la réalité, que ce terme ne renvoyait à aucune définition consensuelle au niveau international et qu'il était, en outre, difficile à prononcer. Nous avons néanmoins décidé de l'utiliser et de le conserver dans ce rapport pour plusieurs raisons. D'abord ce terme ne renvoyait pas à une définition administrative (sans domicile) mais partait de l'expérience des personnes. En effet ce qui pose problème, selon les personnes sans abri auditionnées, c'est l'absence d'un lieu à soi, où l'intimité et la sécurité soient garanties et qui s'inscrive dans un espace urbain délimité et privé : c'est-à-dire un « chez soi ». Il s'agit donc bien plus d'un habitat à soi que d'un simple abri contre le vent et la pluie. La question du « chez soi » renvoie à la citoyenneté (notamment au respect des droits fondamentaux et constitutionnels) et à l'accomplissement d'une vie pleine et entière, et pas seulement à la protection contre les intempéries ou à des logiques de survie.

La conférence de consensus de 2007 « Comment sortir de la rue » avait validé ce terme de sans chez soi comme un terme de référence. Ce rapport souhaitant s'inscrire dans la continuité de cette conférence de consensus, nous avons donc fait le choix de le reprendre à notre compte et de l'utiliser ici.

Le terme de *rétablissement* a été choisi, lui, à la fin du travail entrepris pour ce rapport car il permettait de résumer la nécessité que nous avons à mieux prendre en compte les compétences des personnes elles-mêmes quand nous élaborons des politiques, des stratégies et des programmes pour ces personnes.

Comme le terme sans chez soi, le « rétablissement » est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il est né dans le champ de la santé mentale en Amérique du Nord. Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers le mouvement d'associations d'usagers pour défendre leurs droits et lutter contre la stigmatisation. Dans un second temps, ce concept a été repris par les chercheurs et les professionnels. Une alliance s'est créée autour d'objectifs communs : développer ses compétences à avoir une vie satisfaisante, être un citoyen comme les autres même si des symptômes et/ou un handicap persistent. Des critères de rétablissement ont été proposés, comme l'intégration dans la communauté, la capacité à se gérer soi-même, à développer des activités sociales, à se redéfinir et à reconstruire un sens de soi. Aujourd'hui, le « rétablissement » propose une façon nouvelle de penser le soin. Il existe des soins orientés autour du rétablissement et des politiques nationales de santé construites à partir de ce paradigme. Les personnes malades y prétendent jouer un rôle de premier plan dans la co-construction et la mise en place de ces nouvelles politiques de santé, de ces nouvelles pratiques de soins, ainsi que dans les recherches conduites dans ces domaines. Ce terme s'oppose en outre à l'idée d'incurabilité des personnes malades et à une image de personnes sans chez soi faibles et sans capacités, ce qui est une violence supplémentaire qui leur est faite. Le rétablissement parle du parcours et du combat des personnes face à la maladie et à l'exclusion. Une politique du rétablissement reconnaît l'intérêt des expériences des personnes et utilise leurs compétences.

Contexte

Les objectifs de la mission

Les liens entre le phénomène du « sans-abrisme » et la santé constituent la question générale de la mission qui nous a été confiée[i] (voir la lettre de mission en Annexe). Depuis plus de 30 ans, la littérature scientifique internationale s'est attachée à décrire les problèmes de santé des personnes sans abri et leurs interactions avec le système de soins mais les différentes définitions employées rendent difficiles les comparaisons internationales et appellent à la prudence quand il s'agit d'extrapoler des constats d'un pays à l'autre. D'une façon générale, comme nous le verrons dans ce rapport, on ne dispose en France que de données scientifiques assez parcellaires qui contrastent avec l'accumulation d'enseignements et de témoignages issus des personnes elles-mêmes ou des dispositifs qui les prennent en charge.

Ce phénomène des personnes « sans chez soi » est révélateur à la fois des difficultés du système de soins à répondre aux besoins de ces personnes, mais aussi de l'importance d'avoir un chez soi pour la santé. Une enquête rétrospective récente[1] précise d'ailleurs que le fait d'être sans chez soi constitue un facteur de mortalité prématurée indépendant de tout autre facteur social défavorable.

La situation française sur ce sujet est paradoxale. L'investissement consacré à la lutte contre le sans-abrisme par l'Etat est en effet parmi les plus importants en Europe alors que les résultats obtenus sont décevants comparativement aux autres pays européens dont l'investissement est comparable.[2] La Cour des comptes souligne d'ailleurs dans un rapport sans concession l'inefficacité relative des politiques publiques de lutte contre les exclusions.[3] Le même rapport évoque avec insistance la nécessité d'évaluer ces politiques.

La question du « sans chez soi » rencontre, en France, un écho particulier dans la population générale. En effet, aujourd'hui 13% de la population française craint de se retrouver un jour sans abri. Cette proportion place notre pays au 3ème rang des pays européens sur cette question, juste après la Lituanie et la Lettonie[4]. La même enquête européenne montre que la France est également le pays de l'UE où les explications structurelles comme l'emploi ou le logement sont mises en avant par la plus grande proportion de la population (respectivement 82% et 40% des personnes interrogées).

Un autre paradoxe français concerne la relative faiblesse de la production de savoirs scientifiques sur cette situation nationale, malgré les travaux scientifiques réalisés au tournant des années 1990 et 2000, dont nous citerons les principaux dans la partie suivante. En particulier, en attendant de futures études, les seules données sur la mortalité des « sans chez soi » en France sont issues de compilations et de repérages partiels conduits par des organisations non gouvernementales (voir p. 21) alors même que la littérature scientifique

[i] Vincent Girard est psychiatre, praticien hospitalier, coordinateur d'un programme expérimental de santé communautaire à Marseille dans le service du Pr. Naudin (Assistance Publique, Hôpitaux de Marseille) et professeur assistant dans l'équipe de recherche « Yale Programm for Recovery and Community Health" du Pr. Davidson (New Haven, Connecticut).
Pascale Estecahandy est médecin généraliste et praticien hospitalier au CHU de Toulouse où elle coordonne un réseau d'accès aux soins pour les personnes sans chez soi, une équipe mobile et des lits halte soins santé rattachés au département de santé publique du Pr Grand.
Pierre Chauvin, médecin et épidémiologiste, est directeur de recherche à l'Inserm où il dirige l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (UMRS 707, Inserm-UPMC, Paris), et membre du Haut Conseil de la Santé Publique.

internationale montre, dans la plupart des pays où des travaux sérieux ont été conduits, que les personnes sans chez soi ont un âge moyen de décès de 30 à 35 ans inférieure à l'espérance de vie de la population générale.[5,6,7,8] Certaines maladies contractées par les personnes sans chez soi découlent en effet de leurs conditions de vie : le manque d'hygiène, la marche prolongée, les contacts infectieux dans les foyers surpeuplés, les conduites et les situations à risques et la violence quotidienne vécue dans la rue (voir p. 23)

S'agissant de la morbidité en santé mentale des personnes sans chez soi, une enquête vient d'être effectuée à Paris[9], 13 ans après celle réalisée en 1996[10], et nous citerons certains de ses touts premiers résultats (le rapport final de cette enquête sera disponible en janvier 2010). Les premiers résultats seront disponibles avant la fin de l'année. Les chiffres retrouvés en France sont comparables aux données internationales, avec une surreprésentation importante des pathologies mentales et des addictions (voir p. 22). Une revue de la littérature internationale[11] montre que les prévalences de schizophrénie et de psychose dans cette population atteignent des taux 5 à 30 fois supérieurs à ceux de population générale. L'augmentation des personnes vivant dans la rue avec des troubles mentaux, d'abord mise en évidence aux Etats-Unis dans les années 1980, est aujourd'hui bien documentée dans diverses grandes villes européennes. La réforme de la psychiatrie a souvent était mal faite. La fermeture des asiles ne s'est pas accompagnée, comme cela était prévu, par une mise en place de programme de santé communautaire permettant une intégration dans la cité des personnes malades. L'exclusion sociale s'est maintenue, se déplaçant de l'asile à la ville, de l'enfermement dans les murs, à « l'enfermement dans la rue».

En ce qui concerne la morbidité somatique, nous ne disposons que de peu d'enquêtes épidémiologiques françaises (voir p. 18). On sait toutefois que la plupart des maladies sont retrouvées dans cette population avec une fréquence et une gravité accrue par rapport à la population générale. Il s'agit notamment des affections dentaires, respiratoires, infectieuses, dermatologiques ou encore traumatiques (pour une revue de la littérature concernant les différentes pathologies, le livre de L. Fournier et C. Mercier[12] offre une description documentée allant jusqu'à 1995). En plus de constituer une exposition plus importante à des risques de santé, la vie dans la rue aggrave particulièrement les maladies chroniques qui deviennent alors plus complexes à prendre en charge. Il en va ainsi, pour ne citer que quelques exemples, du diabète, de l'hypertension artérielle, des infections au VIH, aux virus des hépatites, ou encore des cancers.

Les résultats des nombreuses enquêtes réalisées dans différents pays développés mettent en évidence des expériences communes de difficultés à la fois à l'accès et à la continuité des soins. En France, les colloques, les rapports, les (rares) recherches conduites sur cette question et les auditions que nous avons effectuées confirment globalement une incapacité de l'offre de soins de droit commun à répondre aux besoins des personnes sans chez soi.

Les 4 points suivants extrait de la lettre de mission du Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports définissent les objectifs de ce rapport :

- Identifier les difficultés et les freins existant dans les dispositifs actuels pour un accès aux soins de ce public ;
- Identifier les leviers d'action susceptibles de rendre plus opérationnelle la prise en charge de ces publics en grande précarité, tant dans le champ du somatique que du soin psychique ;

- Proposer des solutions novatrices à partir d'expériences locales, nationales et internationales et préciser les conditions de leur réalisation ;
- Proposer des méthodes d'évaluation de ces expérimentations et plus globalement des politiques de santé publique en direction des personnes sans abri afin de pouvoir les améliorer ou les adapter.

Avant d'identifier les difficultés et les freins de l'accès aux soins de ces personnes il est important de décrire les rapports entre la santé et le logement, tels que les éclaire de manière singulière le phénomène du « sans-abrisme ». Si le contexte de vie dans la rue est une situation à risque de développer et d'aggraver certaines pathologies, certaines pathologies en retour, mettent les personnes dans des situations à risques de perdre leur logement. Cela est particulièrement vrai pour les pathologies qui peuvent entraîner des troubles du comportement comme les pathologies neurologiques et psychiatriques. Le rapport d'E. Pinte de 2008[13] avance ainsi que, en France, 30% de personnes qui sont actuellement expulsées de logements sociaux le sont suite à des troubles du comportement. D'autre part les logements insalubres ou indignes sont également des facteurs de risque à développer ou aggraver de nombreuses pathologies.

Les barrières à l'accès aux soins des personnes sans abri ont été relativement bien décrites ces 20 dernières années. Les barrières à l'utilisation des services de soins somatiques sont multiples, alors même que certaines études – comme l'enquête réalisée à San Francisco[14]– concluent, à l'inverse des idées et préjugés habituels, sur la priorité donnée à la santé par les personnes sans chez soi, parfois même avant l'alimentation et le logement.

En matière d'accès aux soins en santé mentale, des barrières spécifiques sont décrites, du fait à la fois de la spécificité de l'offre de soin des pathologies mentales… et de la difficulté des professionnels à proposer une réponse adéquate. La surreprésentation des pathologies mentales sévères dans la population sans chez soi - notamment la schizophrénie -explique que nous ayons consacré une partie spécifique à la question de l'accès aux soins en santé mentale. Une des barrières à l'accès aux soins somatiques est d'ailleurs la présence d'une pathologie mentale, de la même manière qu'il est plus difficile d'avoir accès à des soins psychiatriques quand on a une pathologie physique. De plus, la présence d'un problème d'addiction vient encore augmenter à la fois la gravité du tableau clinique, les risques sanitaires encourus et les difficultés d'accès aux soins.

Le présent rapport souhaite également mettre l'accent sur les différentes formes de violence que subissent les personnes sans chez soi et l'impact que cela a sur leur santé. Le cas des personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques est en cela éclairant. Alors que les médias, la population générale[15] et les politiques[ii] associent - voir amalgament - souvent maladie mentale et meurtre, la communauté scientifique souligne que les personnes présentant des troubles psychiatriques sont davantage victimes d'agressions et de vols[16] ; cela étant d'autant plus vrai pour les personnes présentant des troubles psychiatriques sont sans chez soi[17,18,19]. Elles ont en outre une moins bonne santé physique, une histoire d'itinérance ou d'errance plus longue, une désaffiliation familiale plus importante et une mortalité prématurée plus élevée[20] que celle de la population sans abri dans son ensemble.

[ii] Voir notamment le discours de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur l'hospitalisation en milieu psychiatrique, prononcé le 2 décembre 2008 à Antony (disponible sur le site de la Présidence)

Les termes employés par certaines personnes de la rue, certains acteurs de terrain[iii] et certains chercheurs[iv] témoignent de la pluralité et de l'intensité des violences qu'expérimentent les personnes sans chez soi. Nous insisterons prioritairement sur les expériences qui tentent de protéger les personnes sans chez soi de ces différentes violences. Les comptes-rendus de ces expériences se retrouveront de façon transversale dans les 4 parties de ce rapport.

Dans une première partie, nous exposerons un état des lieux des liens entre l'état de santé et le fait d'être sans chez soi. Après avoir évoqué les enjeux de définition de ces populations et la pluralité des trajectoires que le terme de sans chez soi recouvre, nous en viendrons aux pathologies rencontrées. Cela nous conduira à évoquer les conditions concrètes d'existence dans la rue et l'expérience des personnes dans leurs interactions avec les dispositifs sanitaires et sociaux.

La seconde partie de ce rapport analysera les différents enjeux et problèmes liés aux interactions avec le système de santé, proposant un diagnostic plus détaillé des barrières à l'accès aux soins et des leviers existants dans ce domaine. Nous nous attacherons à rendre compte des expériences positives dont nous avons eu connaissance, sans prétendre à l'exhaustivité.

La troisième partie analysera les dispositifs dédiés spécifiquement à l'hébergement et au logement des personnes sans abri et leurs articulations avec le système sanitaire. Nous nous attacherons en priorité à rendre compte d'expériences innovantes et propres à être répliquées, qui conjuguent santé et habitat.

Une quatrième partie fera un état des lieux à la fois de la recherche et de l'évaluation des programmes et plus généralement des politiques de santé publique concernant les personnes sans chez soi.

Une dernière partie reprendra de façon synthétique les différentes propositions faites à la fin de chaque sous-partie. Nous essayerons de proposer une méthode permettant de jeter les bases des conditions de réalisation de ces différentes propositions.

Références bibliographiques

1 Morrison D. *Homelessness as an independant risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study*. Int J Epidemiol 2009; 38: 877-83.

2 Damon J. *Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union Européenne. Rapport au Ministre du Logement* ; Paris, avril 2009.

3 Cour des Comptes. *Rapport public thématique sur les personnes sans domicile*. Paris, La documentation française, mars 2007.

4 Eurobaromètre. *Poverty and exclusion*. Luxembourg, 2007, n°279.

5 Shaw M., Dorling D. *Mortality among street youth in the UK*. Lancet, 1998; 352: 743.

[iii] Voir notamment : Maisondieu J. L'exclusion est un processus mortel. *L'esprit du temps - Etudes sur la mort* 2002, n° 122, pp. 85-91.

[iv] Nancy Schepper-Hugues, anthropologue reconnue dans le champ de la santé, utilise les termes de « *génocide invisible* » et de « *meurtre sans armes* ». L'auteur a publié avec Philippe Bourgois en 2004 *« Violence in war and peace, an anthology »*, un recueil de texte qui met en valeur la variété des formes que peut prendre la violence.

[6] Hwang SW. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *JAMA* 2000; 283: 2152-7.

[7] Nordentoft M., Wandall-Holm N. 10 years follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ* 2003; 327: 81-4.

[8] Cheung AM., Hwang SW. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ* 2004; 170: 1243-47.

[9] Laporte A, Douay C, Detrez M-A, Chauvin P. *Premiers résultats de l'enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagères des services d'aide dans l'agglomération parisienne*. Paris, Observatoire du Samusocial, 2009.

[10] Kovess V, Mangin Lazarus C. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 580–87.

[11] Ducq H, Guesdon I, Roelandt JL. La santé mentale des personnes sans domicile, une revue critique de la littérature anglo-saxonne. *Encéphale* 1997; 23: 420-30.

[12] Founier L, Mercier C. eds. *Sans domicile fixe : au delà du stéréotype*. Montréal, Méridien, 1996.

[13] Pinte E. *L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées. Rapport au Premier ministre*. Paris, La Documentation française, septembre 2008.

[14] Linnn LS, Gelberg L. *Priority of basic need among homeless adult*. Soc Psychiatr Epidemiol, 1989; 24: 23-9.

[15] Roelandt JL. La santé mentale en population générale : images et réalités, une enquête pas comme les autres. *L'information psychiatrique* 2005; 81: 285-86.

[16] Lovell AM. *Violence et santé mentale. Rapport préparatoire à l'élaboration du plan « Violence et santé »*. Paris, 2005.

[17] Padgett DK, Struening EL. Influence of substance abuse and mental disorders on emergency room use by homeless adults. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 834-8.

[18] Gelberg L, Linn LS. Social and physical health of homeless adults previously treated for mental health problems. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39: 510-6.

[19] Simons R, White beck B, Bales A. Life on the street : victimization and psychological distress among adult homeless. *J Interpersonnal Violence* 1989; 4: 482-501.

[20] Equipe mobile santé mentale communautaire. *Mortalité des personnes sans abri à Marseille : premières données et premières analyses*. Marseille, Médecins du Monde et AP-HM, janvier 2009.

État des lieux

Encadré n°1 : Les principaux ouvrages ou rapports antérieurs en lien avec la santé des personnes sans chez soi.

S'il n'est pas question de faire ici un rappel exhaustif des divers et nombreux écrits et rapports français sur la question de la grande exclusion (et particulièrement des sans domicile) qui se sont succédés depuis la fin des années 60, on en listera néanmoins les principaux :

Klanfer J. *L'exclusion sociale. Étude de la marginalité dans les sociétés occidentales*. Éditions Aide à toute détresse, 1965.

Lenoir R. *Les exclus. Un Français sur dix*. Paris, Éditions du Seuil, 1974.

Inspection générale des affaires sociales. *La place des CHRS dans les dispositifs d'insertion*. Paris, août 1992.

Chasseriaud C. *La grande exclusion sociale. Rapport au ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville*. Paris, novembre 1993.

Marpsat M, Firdion JM, *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domiciles et les mal-logés dans les années 1990*. eds. Paris, INED/ PUF, 2000.

Damon J. *La question SDF*. Paris, PUF, 2002.

Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées. *L'hébergement d'urgence : un devoir d'assistance à personne en danger*. Paris, décembre 2004.

Cour des Comptes. *Rapport public thématique sur les personnes sans domicile*. Paris, La Documentation française, mars 2007.

Chambaud L. *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, octobre 2007.

Brousse C, Firdion JM, Marpsat M. *Les sans-domicile*. Paris, La Découverte (coll. Repères), 2008.

Pinte E. *L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abris ou mal logées. Rapport au Premier ministre*. Paris, La Documentation française, septembre 2008.

Damon J. *Les politiques de prise en charge des sans-abris dans l'Union Européenne. Rapport au Ministre du Logement*. Parsi, avril 2009.

De qui parle-t-on ?

Comme le rappelait la Conférence de consensus sur les sans abri de 2007, « *quel que soit le terme utilisé (« sans domicile fixe », « sans-abri », « grands exclus » ou « gens de rien »), les personnes sans domicile forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables. Contrairement au sens commun qui définit la personne sans domicile comme celui qui dort dehors et plus directement celui qu'on voit dans la rue, il y a consensus sur le fait que les personnes sans domicile ne forment pas un groupe social homogène distinct du reste de la population* »[1]. Par ailleurs, F. Clanché soulignait fort justement en 2000 l'importance de *« ne jamais considérer les populations sans abri comme des populations coupées du reste de la société de façon nette, mais au contraire, de mettre en lumière d'une part, le continuum de situations qui existent entre les personnes « avec » et « sans » logement et, d'autre part, la rapidité et la fréquence des passages, pour une même personne, entre les situations de logement et de non-logement, dans un sens comme dans l'autre ».*[2]

Depuis la fin des années 90 se sont multipliées en Europe et donc en France les statistiques et les études sur les personnes sans domicile mais avec une grande hétérogénéité des définitions des personnes et populations concernées. L'Ined a conduit la première enquête sur les personnes sans domicile dans Paris en 1995. Dès 1996, le CNIS a proposé de retenir une approche fondée – comme aux Etats-Unis - sur la situation au regard du logement[i] et non sur la visibilité dans l'espace public ou d'autres critères d'exclusion. L'enquête de 2001 de l'Insee a adopté cette approche. Ainsi, au sens de l'Insee, les personnes sans domicile un jour donné sont toutes celles qui, la nuit précédente, ont eu recours à un service d'hébergement ou ont dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune). Parmi elles, l'enquête de 2001 n'a décompté et interrogé que les personnes bénéficiaires des services d'aide dans lesquels l'enquête a été réalisée. Il est toujours utile – et même indispensable – de rappeler constamment cette définition, fruit d'un compromis entre le conceptuel et l'organisationnel[3]. Si cette définition des sans-domicile de l'Insee constitue aujourd'hui un cadre de référence en France, le terme « sans-abri » peut varier, lui, selon le type d'enquête (même s'il exclue le plus souvent les personnes prises en charge par un service d'hébergement pour se focaliser sur les personnes qui dorment dans la rue ou dans un lieu non prévu pour l'habitation)[4].

De nombreuses associations et la Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abris considèrent que le périmètre ainsi retenu est trop restrictif. La Fondation Abbé Pierre estime notamment que vivre dans la rue ou en structure d'hébergement n'est que la forme la plus aiguë du « mal logement ».

La FEANTSA, elle, propose une typologie - ETHOS pour *« European typology on homelessness and housing exclusion »* - qui classe les personnes en fonction de l'absence ou de l'inadéquation de leur logement et distingue les *sans abris* (dormant à la rue), les *sans logement* (avec un abri, mais provisoire, dans des institutions ou foyers d'hébergement), les *en logement précaire* (menacé d'exclusion sévère en raison de baux précaires, d'expulsions, de violences domestiques) et les *en logement inadéquat* (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère). Ces deux dernières catégories ne sont donc pas prises en compte dans les enquêtes de l'Insee.

Combien sont-ils ?

Comme le rappelait la Cour des Comptes en 2007[5] – alors que la loi du 5 mars 2007 institue le droit au logement opposable - *« des dizaines de milliers de personnes vivent de façon durable dans la rue ou ont recours à des séjours répétés dans des centres d'hébergement. En 2001,* [au sens de l'Insee]*, 63 500 adultes accompagnés de 16 000 enfants vivaient sans disposer d'un domicile. Environ 800 000 personnes auraient connu par le passé au moins un épisode de vie sans domicile personnel »*. Plus précisément, au cours d'une semaine du mois de janvier 2001 (hors CADA, CPH et centres de transit), près du quart des adultes sans domicile (23 %) dorment dans la rue ou dans un centre d'hébergement fermé en journée et 8 % sont des personnes « sans abri » : usagers des services d'aide qui ont dormi dans un lieu qui n'est pas prévu pour l'habitation, un espace fermé et privé (cave, voiture, usine) ou un espace public (métro, gares, centres commerciaux).

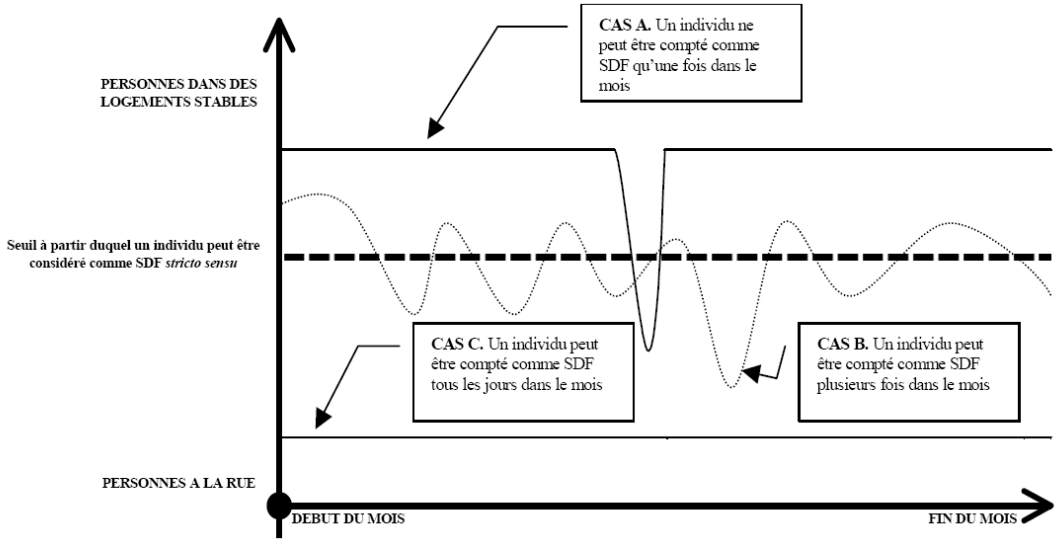
La définition adoptée par l'Insee pour dénombrer les personnes sans domicile laisse à l'écart les personnes qui n'utilisent pas les services d'aide, estimées de 10 à 15 % des sans-abris par

[i] En Français, le mot « logement » est plus ambigu qu'en anglais puisqu'il s'entend à la fois comme le « chez soi » (*home*) et l'hébergement (*housing*).

une enquête complémentaire de l'Ined, et rend le dénombrement sensible au volume de l'offre. On notera également que cette estimation ne comprend pas les départements et collectivités d'Outre mer.

On soulignera enfin que ce décompte recouvre des situations vis-à-vis du logement très hétérogènes, ne serait-ce que du point de vue de leur durée et de leur fréquence. Les trajectoires d'hébergement à court terme (à l'échelle du mois par exemple) permettent ainsi de distinguer 3 types de situation qui, comme le souligne J. Damon[6], appellent des réponses différentes : les sans domicile transitoires, les sans domicile épisodiques et les sans domicile chroniques.

Figure 1. Typologie des trajectoires d'hébergement un mois donné (source : Damon J, 2009).



Ainsi, dans son rapport annuel sur le « mal logement »[7], la Fondation Abbé Pierre estime que, en plus des 100000 personnes sans domicile fixe, 152000 personnes vivent dans des structures d'hébergement et d'insertion, 150000 autres sont hébergées chez des tiers dans des conditions de logement difficiles et faute d'autres solutions, auxquelles s'ajoutent également 100000 personnes vivant à l'année en camping ou en mobile home, 41400 personnes vivant dans des habitats de fortune (cabane, construction provisoire…) et 50000 personnes vivant en chambre d'hôtel.

Au total, ce sont près de 600000 personnes qui sont privées de domicile personnel.

Tableau 1. Le nombre de personnes non ou très mal logées (source : Fondation Abbé Pierre, 2009)

Sans-domicile-fixe [1]	**100 000**
Personnes privées de domicile personnel	**493 500**
- dont résidence principale en chambre d'hôtel [2]	50 000
- dont habitat de fortune : cabane, construction provisoire...[2]	41 400
- dont personnes vivant à l'année en camping ou en mobile home...[3]	100 000
- dont personnes hébergées chez des tiers faute d'autres solutions qui vivent dans des conditions de logement très difficiles [4]	150 000
- dont personnes en structures d'hébergement et d'insertion : CHRS, CADA, places en hôtel pour demandeurs d'asile, accueil d'urgence (hors CHU), résidences sociales*, ALT[5]	152 100
Personnes vivant dans des conditions de logement trés difficiles** : logements inconfortables, de mauvaise qualité et logements en surpeuplement accentué (hors double compte) [6]	**2 044 000**
Personnes en situation d'occupation précaire :	**861 300**
- dont locataires ou sous-locataires d'un meublé [7]	640 300
- dont personnes occupant un logement sans droit ni titre suite à une décision de justice prononçant l'expulsion [8]*** (88 400 ménages)	≅ 221 000
NOMBRE TOTAL DE PERSONNES CONNAISSANT UNE PROBLÉMATIQUE FORTE DE MAL-LOGEMENT	**3 498 800**

La Cour des comptes, dans son rapport sur les personnes sans domicile de 2007[8], compile des statistiques de l'Insee qui recoupent largement les estimations précédentes.

Tableau 2. Données de l'Insee sur les personnes sans chez soi (source : Cour des comptes, 2007)

	Source	Nombre
Usagers sans domicile des services d'aide	Enquête 2001	79 500
Habitations de fortune (baraques de chantier etc.)	Recensement 1999	41 400
Habitations mobiles	Recensement 1999	129 000
Hébergement contraint *en prenant en compte les enfants*	Enquête Logement 2002	115 000 *376 000*
Occupation d'un logement sans titre		Non évalué

Qui sont-ils ?

Encadré n°2 : Les principaux déterminants du phénomène du « sansabrisme ».

Il ne semble pas inutile, avant de rentrer dans le détail des statistiques et des enquêtes qualitatives sur les personnes sans chez soi, de citer les déterminants multidimensionnels qui expliquent, à des degrés divers dans chacun des pays européens et notamment en France, la persistance - voire l'aggravation récente – de ce phénomène. La notion d'exclusion est généralement employée comme un mot-valise qui recouvre les situations les plus hétérogènes. Surtout, elle concentre l'attention sur les situations extrêmes d'individus et de groupes placés en dehors de la sphère des échanges sociaux réglés. Puisse également ce bref rappel nous mettre quelque peu à l'abri de ce que R. Castel appelle le « double piège » de l'exclusion[9] et qui consisterait à faire l'impasse complète, dans le cadre de ce rapport, sur les processus qui alimentent le phénomène des sans chez soi et à délaisser toute intervention préventive sur les dynamiques qui conduisent les personnes à perdre un logement stable.

Pourquoi, dans une société « développée » et un pays riche comme le nôtre des personnes continuent d'être privées de chez soi ? En 2005, un rapport européen[10] de la FEANTSA en a listé les raisons en distinguant utilement :

- les raisons structurelles : au premier rang desquelles l'accès limité à un logement décent (lié au coût élevé du marché du logement et à l'insuffisance de logements sociaux), la restructuration du marché du travail (et ses conséquences en termes de chômage, de précarisation des statuts d'emploi et d'accroissement du nombre de travailleurs pauvres), le durcissement des règles relatives au droit de séjour des étrangers, plus généralement la marginalisation de « ceux qui ne sont jamais éligibles » ;

- les raisons institutionnelles, liées à la capacité limitée des services d'hébergement d'urgence et de réinsertion, à la spécialisation des réponses institutionnelles (urgence et médicalisation des réponses), l'inadéquation des dispositifs aux besoins des personnes (familles, handicapés, etc.), l'absence de coordination des services à une échelle locale, les insuffisances des politiques nationales dans les contextes de décentralisation ;

- les raisons personnelles : les ruptures biographiques (perte d'emploi, migration, ruptures familiales, problèmes de santé, violences domestiques, etc.), la faiblesse ou la rupture du réseau social, les problèmes d'alcool ou de drogues, le refus de dépendre de services d'urgence dénoncés comme inadaptés, dangereux, humiliants…

Avant d'entrer dans le détail de chiffres et des constats sociologiques, il est important de rappeler à quel point la figure du « clochard » ne représente que la partie la plus visible (le sommet de l'iceberg) du phénomène des « sans chez soi ». Comme le rappelaient les auteurs de « La France invisible » en 2006[11], *« Il y a d'abord le visible. Le sans-abri […], tellement vu que l'idée ne nous traverse plus que cet homme assis par terre a des souvenirs d'enfance, des goûts musicaux, le droit de vote s'il est français, peur de vieillir, et peut-être envie de changer. […] Et puis il y a l'invisible. Le sans domicile dont on ne soupçonne pas l'existence. Le jeune qui vole pour vivre, bien habillé. […] Le travailleur précaire qui cache sa condition. Ceux qui vivent à l'hôtel, en foyer d'urgence, ou dans un appartement payé par une association, les habitantes des foyers mères-enfants, les femmes victimes de violence, les cohabitants contraints… ».*

Avant l'enquête de 2001, de nombreux travaux qualitatifs se sont intéressés, au cours des années 1990, aux personnes sans domicile, que nous ne reprendrons pas ici dans le détail. Une synthèse de ces travaux français antérieurs à 2001 a été réalisée à cette époque par F. Giulani et P. Vidal-Naquet à la demande de l'ONPES[12]. Elle met l'accent sur plusieurs constats, notamment :

- une population plus féminine et plus jeune qu'autrefois ;
- l'absence d'une condition unique commune à l'ensemble des sans domicile mais un dégradé de situations par rapport au travail, à la famille et au logement ;
- le nombre croissant de personnes sans domicile qui occupent pourtant un emploi (peu rémunéré et/ou précaire) ;
- la prégnance des *« déliaisons familiales »* mais aussi la persistance de liens (même ténus) avec la famille ou d'anciennes connaissances qui ne sont pas exceptionnels ;
- la remise en question d'une « culture de la rue » - qui serait surtout le fait d'une minorité (les clochards) - par le constat, plus fréquent, de *« l'expérience individuelle de pratiques généralisées »* ;
- une qualité de vie dans la rue très dépendante de la bienveillance (jamais acquise définitivement mais à renégocier tous les jours) des « métiers de la ville » (policiers, vigiles, prostitués, agent d'entretien, etc.) et des riverains ;
- l'importance des stratégies matérielles et du travail psychologique et symbolique au service du « maintien de soi » et de la résistance à la déchéance ;
- le poids des rapports au travail passé et actuel dans les possibilités d'envisager « des anticipations sociales », les capacités à formuler des projets d'avenir et les chances de réinsertion ;

Parmi les personnes sans domicile usagers des services d'aide dans l'enquête de l'Insee de 2001[13], 60 % ont moins de 40 ans (1,5 fois plus que dans l'ensemble de la population) et 64% sont des hommes (on compte donc à l'inverse un tiers de femmes). La répartition par sexe est très différente selon les classes d'âge. Chez les jeunes adultes, on compte autant d'hommes que de femmes tandis qu'au-delà de 60 ans, on compte 5 fois plus d'hommes. Par ailleurs, 20% de ces personnes ont des enfants à charge ; ce qui est moins que la population générale (38%) mais néanmoins tout à fait considérable.

Toutes les associations ont constaté un accroissement du nombre des femmes seules ou des couples accompagnés d'enfants depuis la fin des années 1990. Ainsi à Paris, l'enquête de l'Ined auprès des utilisateurs des services d'aide révélait en 1995 que ce groupe, composé majoritairement d'hommes, avait une moyenne d'âge de 39 ans. Quatre ans plus tard, en 1999, le Samu social estimait que les personnes contactant le 115 avaient un âge moyen similaire. En 2000, l'âge moyen de ces mêmes utilisateurs avait diminué de 6 ans pour tomber à 33 ans, le nombre de jeunes qui appelaient le 115 en 2000 avait augmenté de 28,8% (4800 personnes cette année-là) et le nombre de leurs appels avait doublé. Plus d'un tiers (37%) des demandes émises par des jeunes sans-abri provenaient de jeunes femmes âgées de moins de 25 ans et avec des enfants. Une enquête réalisée par la DRASS d'Ile-de-France en mars 2000 a montré que 18% de la population hébergée dans les abris étaient âgée de 18 à 24 ans. Ce rajeunissement est aussi lié à l'augmentation du nombre de femmes seules ou de couples avec des enfants.

Tableau 3. Répartition par âge, sexe et nationalité des SDF dans l'enquête Insee de 2001 (Source : les travaux de l'ONPES, 2001-2002).

en %

	Usagers des services d'aide (agglomérations de plus de 20 000 habitants)			Population de 18 ans ou plus (agglomérations de plus de 20 000 habitants)			
				Ensemble			Dans les ménages en dessous du seuil de pauvreté
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	
Effectifs	41 800	19 900	**61 700**	12 300 000	13 900 000	26 200 000	**2 200 000**
Répartition par âge (en %)							
18-24 ans	14	27	**18**	14	13	13	**29**
25-29 ans	13	18	**15**	11	10	10	**11**
30-39 ans	26	29	**27**	20	18	19	**17**
40-49 ans	25	16	**22**	18	18	18	**18**
50-59 ans	15	7	**13**	15	14	15	**10**
60 ou plus	7	3	**5**	22	28	25	**15**
Part de personnes de nationalité étrangère (en %)	29	28	**29**	9	7	8	**22**

Les deux tiers (67%) de ces personnes vivent seuls, 14% vivent en couple, 24% vivent avec des enfants. La proportion d'étrangers est de 30 %, quatre fois plus que dans l'ensemble de la population. Dans la récente enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde consacrée aux personnes sans papier[14], on observe que 16,5% des personnes sans papier consultant Médecins du Monde, interrogées à Paris, Saint-Denis et Lyon en 2008 sont sans domicile fixe.

Les sans domicile appartiennent très majoritairement aux classes populaires ; pour autant, avant de quitter leur emploi, 11% étaient cadres moyens ou supérieurs et 5% travailleurs indépendants. Plus d'un quart d'entre eux (29%) travaillent, 49% sont chômeurs (la moitié depuis moins d'un an) et 28% inactifs. Quand ils travaillent, ils sont ouvriers ou employés à 90% et seulement un quart est sous CDI et 15% sous CDD (16% travaillent sans aucun contrat). Environ 10% des personnes interrogées n'ont aucun revenu et 25% ne perçoivent ni revenu du travail ni prestation sociale. A l'inverse, 60% des personnes reçoivent au moins une prestation sociale (un des minima sociaux pour la moitié d'entre eux, principalement le RMI[ii]) et, pour 28%, elles constituent leurs seules ressources.

Séparation, décohabitation, émigration, expulsion, sorties de prison, etc. précèdent souvent la perte de logement stable. Plus précisément, quand on les interroge sur les circonstances qui les ont conduites (initialement) à la rue, les personnes invoquent le départ du domicile conjugal (26%), le départ du domicile parental (21%), l'arrivée en France métropolitaine (19%), la privation de logement pour raisons économiques (expulsion, impossibilité de payer le loyer) (16%) ou matérielles (destruction, insalubrité, fin de bail) (3%), les sorties d'institutions (foyer de travailleur, hôpital, prison) (12%) ou enfin les déménagements (quelle qu'en soit la raison) (3%).[15]

Près d'un quart de ces personnes dorment dans la rue (8%) ou dans des centres d'hébergement fermés en journée (15%), les autres sont accueillies dans des centres d'hébergement accessibles en journée (notamment, dans des centres maternels) et dans des logements ou des

[ii] Rappelons que le RMI n'est versé qu'à partir de 25 ans (sauf enfants à charge) et est subsidiaire aux prestations de retraites et au minimum vieillesse.

chambres d'hôtel gérés par des associations ou des organismes publics. Soulignons que, dans la même enquête, la moitié des personnes n'a jamais dormi dans la rue tandis que 13% y a dormi plus d'un an sur l'ensemble de son existence. Au total, seuls 8% des personnes ont dormi la nuit précédent l'enquête dans la rue : la moitié dans des espaces fermés et privés (cave, voiture, usine, etc.), l'autre moitié dans un espace public fermé (30% : métro, gare, centre commercial) ou ouvert (17% : dans la rue à proprement parler).

L'enquête de l'Ined conduite à Paris[16] en 1995 recueillait en outre quelques données biographiques et observait, notamment, que près de 10% des personnes sans domicile usagers des services d'aide avait été placé à l'âge de 16 ans (dans un foyer de la DDASS, en famille d'accueil ou en institution spécialisée) - c'est-à-dire 10 fois plus que la population générale (et 5 fois plus que la population générale des enfants d'ouvriers) – et un tiers des personnes interrogées déclaraient avoir vécu un évènement de vie péjoratif avant l'âge de 18 ans. Moins du quart des personnes interrogées dans l'agglomération parisienne étaient nées en Ile-de-France (contre un peu moins de la moitié de la population francilienne).

Encadré n°3 : Les spécificités sociodémographiques de la situation parisienne.

L'enquête Insee de 2001 a mis en exergue certaines spécificités de la population des personnes sans domicile usagers des services d'aide. Tout d'abord, c'est dans l'agglomération parisienne qu'on compte 31% des SDF âgés de plus de 18 ans (quand cette agglomération comprend 16% de la population de l'hexagone). Les sans abris représentent 12% de la population des sans domicile (contre 6% dans le reste de la France métropolitaine) et 22% des sans domicile ont dormi la nuit précédent l'enquête dans un hébergement d'urgence (qu'il faut quitter au matin), c'est-à-dire deux fois plus qu'ailleurs. Le recours à l'hébergement en hôtel y est aussi plus fréquent. A Paris, 42% des personnes interrogées étaient de nationalité étrangère, contre 14% dans le reste de la France (alors même que les non francophones n'étaient pas interrogés). La durée de vie passée sans domicile y est également en moyenne plus longue : 36% des personnes sont dans cette situation depuis plus d'un an, contre 27% dans les autres villes d'enquête. Par ailleurs, 35% des personnes sans domicile de l'agglomération parisienne exerçaient un emploi contre 25% dans le reste de la France.[17]

Depuis la réalisation de l'enquête de l'Insee, ces données statistiques se sont enrichies de données qualitatives et sociologiques plus récentes. On citera par exemple l'étude sociologique de M. Giraud conduite auprès de 48 jeunes célibataires sans domicile âgés de 18 à 25 ans ayant fréquenté des lieux d'hébergement dans la région lyonnaise[18]. L'analyse de leurs trajectoires familiales conduit à une typologie en 4 groupes : ceux ayant conservé des liens familiaux robustes et réguliers, ceux ayant rompu avec leur communauté d'origine (des fils de travailleurs migrants), ceux placés durant l'enfance ou l'adolescence par la justice ou les services sociaux et qui sont au contraire, à la recherche effrénée de liens sociaux et, enfin, ceux ayant connu des situations de violences intrafamiliales.

On citera également l'étude géographique de D. Zeneidi-Henry qui s'appuie – dans la lignée des travaux de l'Américain D. Snow[19] - sur un riche travail de terrain, quasi-ethnographique, auprès de personnes sans domicile à Bordeaux. Elle décrit notamment – à partir d'une analyse des espaces géographiques et une description de *« l'espace domestique dans un interstice urbain »* - les stratégies, les pratiques et les usages développés pour survivre et habiter la ville.[20] Comme le note J.M. Firdion à propos de cet ouvrage[21], *« ce qui frappe, c'est la résistance de ces personnes à la misère, leur inventivité*. [L'auteur] *rend à ces personnes en souffrance une part de leur dignité en les traitant comme des êtres rationnels dotés de capacités »*. Ces formes d'appropriation de l'espace, les savoirs, les capacités et les stratégies

développées par les sans domicile sont également au cœur du travail ethnologique de S. Rullac à Paris[22] qui décrit dans un ouvrage au titre particulièrement éclairant (*« Et si les SDF n'étaient pas des exclus ? »*) la vie quotidienne des personnes sans domicile et interroge – en miroir - notre regard sur eux, entre compassion et rejet, révolte et impuissance, stigmatisation et culpabilité.

On citera enfin la recherche conduite sur la sexualité des sans domicile fixe et, en particulier, ce passage de ses auteurs : *« Que le lecteur nous pardonne de rappeler un constat maintes fois énoncé tout au long de ce rapport, mais la tendance médiatique, voire sociologique, à énoncer des vérités sur les SDF, invite à la répétition : nous avons affaire à une population hétérogène. Cette hétérogénéité est manifeste lorsque nous considérons les caractéristiques sociodémographiques de cette population, mais elle nous a également sauté aux yeux lorsque nous avons été confrontés à la diversité de la vie sexuelle et affective des personnes enquêtées »*[23]. Au-delà du stade de sédentarisation évoqué par J. Damon (cf. supra), les auteurs distinguent également les personnes selon que la rue présente ou non, à leurs yeux, un « univers de sens » puis, dans chaque cas, ils distinguent des sous profils.

Ainsi, chez les personnes qui présentent la rue comme leur univers de sens, ils distinguent 4 groupes :

- celles qui refusent l'étiquette qui leur est accolée et se démènent pour sortir de la rue ;
- celles prêtes à saisir d'éventuelles opportunités mais qui reconnaissent le poids de leur exclusion et pondèrent ainsi leur résolution (les « résignés ») ;
- celles qui ne semblent mettre en œuvre aucune stratégie pour sortir de la rue et valorisent le monde de la rue, qui apparaît comme un véritable mode de vie ;
- enfin, les « fatalistes », passifs et certains de rester sans-abri.

Chez les personnes dont l'univers de sens n'est pas la rue, trois groupes se dégagent en fonction de la perception de la situation d'être en centre d'accueil. Pour certains, dormir dans un centre est une « solution indifférente » qui ne revêt aucune signification spécifique étant donnée la prépondérance d'un évènement passé (un deuil notamment). Pour d'autres, cela constitue une rupture biographique et la rue peut alors être soit un accident, plus ou moins grave par rapport à un parcours de formation, scolaire ou professionnelle, soit une opportunité pour passer à autre chose, quitter un mari ou un milieu dévalorisé et risqué. Enfin, pour le dernier groupe, l'hébergement dans des centres d'accueil est en continuité avec la vie passée présentée comme une succession quasi ininterrompue d'épreuves et d'obstacles.

Dans tous les cas, les auteurs soulignent à juste titre le poids de la trajectoire biographique des personnes dans la manière dont elles vivent leur situation actuelle. Ce qu'ils nous disent des déterminants de la vie sexuelle et affective des personnes peut être étendu à d'autres comportements de vie et, notamment au soin de soi et au recours aux soins de santé.

Tous les comportements en lien avec la santé – du souci de soi à l'attention portée au corps et à la santé, des comportements alimentaires ou des addictions aux recours aux soins – dépendent en effet, chez les personnes sans chez soi comme dans la population générale[24], des réseaux de sociabilité actuels et passés, des normes de santé intégrées (avant et depuis la perte d'un chez soi), des expériences passées ou actuelles de la maladie (de soi-même ou d'un proche) tout au long de la vie, que ces expériences soient d'ailleurs antérieures à la perte d'un logement stable, déclenchant cette perte, ou vécues ensuite à la rue.

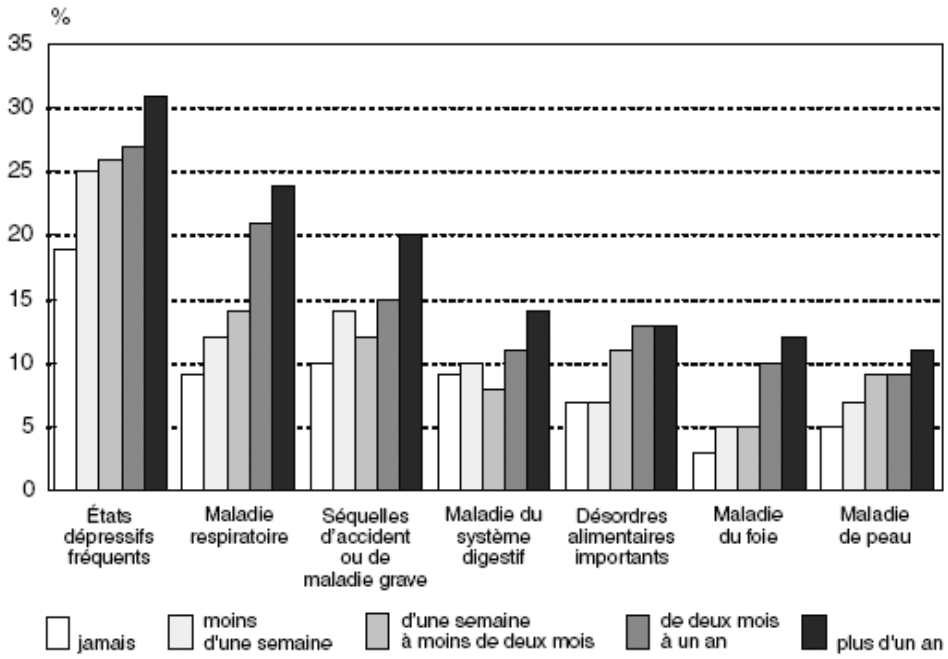
Quels problèmes sanitaires rencontrent-ils ?

La morbidité déclarée

Dès 1995, une étude réalisée par l'Ined auprès d'un échantillon représentatif de personnes faisant appel aux centres d'hébergement ou aux distributions gratuites de nourriture à Paris observait une prévalence déclarée 5 fois plus importante que la population générale pour des troubles locomoteurs, 1,5 fois pour des troubles psychiques, 1,3 fois pour les maladies respiratoires. Elle observait également un taux d'hospitalisation 2 à 4 fois plus élevé que celui de la population de référence.[25]

Dans l'enquête des sans domicile usagers des services d'aide de l'Insee en 2001, 16% de cette population s'estiment en mauvaise santé (soit 5 fois plus que dans la population générale), 65% déclarent 2 fois plus souvent souffrir d'une ou plusieurs maladies (soit 2 fois plus qu'en population générale) et, quelle que soit la maladie physique considérée (hypertension, maladies respiratoires, etc.), la prévalence est toujours plus importante chez les sans domicile que dans l'ensemble de la population[26].

Figure 2. Prévalence de certaines maladies déclarées chez les personnes sans domicile selon la durée passée dans la rue (Source : enquête Insee, janvier 2001).



Les maladies les plus souvent déclarées sont les maladies respiratoires (14% des personnes sans domicile) ou digestives (10%) mais également des troubles du comportement alimentaire (anorexie ou boulimie, 9%) et des maladies de peau (7%). Parmi les hommes, 15% citent des séquelles d'accidents ou de maladies graves (comme les handicaps ou les amputations). Près d'un tiers des personnes se plaignent de graves troubles du sommeil (qu'ils s'expliquent, ou non, par les conditions de vie nocturne) et près d'un quart d'entre eux déclarent se sentir dépressifs.

La morbidité médicalisée[iii]

En dehors de ces données déclaratives recueillies auprès d'échantillons représentatifs, l'immense majorité des données de morbidité provient, en France, d'enquêtes réalisées dans des dispositifs de soins. Si elles sont riches d'enseignements pour les soignants et les structures de soins et de témoignages qui alertent sur les situations des personnes sans chez soi, elles sont toutes biaisées au sens épidémiologique du terme. Puisqu'elles sélectionnent par définition des consultants (donc des malades qui s'adressent aux structures d'enquête), elles sur représentent les malades et sous représentent les personnes à distance des dispositifs de soins. Malgré leurs limites, ces enquêtes apportent des éclairages intéressants.

Ainsi, parmi les personnes s'adressant à la consultation médicosociale du CHAPSA de Nanterre, en 1996[27], la pathologie traumatique représente 15% des antécédents (en deuxième position de fréquence) et 8% des motifs de consultation et la pathologie dermatologique 13% (18% au Samu social de Paris la même année).

En 2007, 23% des patients reçus en consultation dans les CASO ou les programmes spécifiques en direction des personnes à la rue ou mal logées de Médecins du Monde - soit 4133 personnes - ne disposaient pas de logement fixe[28] et 80% d'entre eux n'avaient pas de couverture maladie[iv] (alors que seuls 8,3% d'entre eux n'avaient théoriquement droit à aucune couverture au vue de leur situation). Le codage systématique des résultats de consultation montre que ces personnes sans domicile fixe se distinguaient des autres consultants de Médecins du Monde par une fréquence plus élevée d'affections respiratoires (26,3% contre 21,1%), dermatologiques (20,4% contre 14,9%) ou psychologiques (17,5% contre 11,2%). Ces différences se retrouvent lorsque l'on considère les principaux résultats de consultation de façon plus détaillée : les infections respiratoires apparaissent en tête, de même que les troubles anxieux. Les affections psychiatriques plus lourdes telles que les psychoses sont rapportées 2 fois plus souvent parmi les patients sans logement que chez les autres patients. On note également la fréquence plus importante des traumatismes chez ces patients. Au total, 44 % des consultants de Médecins du Monde sans logement fixe nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme.

On notera enfin les données compilées par la consultation médicale de l'espace solidarité insertion du Samu social de Paris qui observe, auprès de ses 1503 consultants en 2008[29], la fréquence des problèmes d'addiction (16%), des pathologies dermatologiques (16%), traumatologiques (8%), cardiovasculaires (9%), rhumatologiques (7%) et psychiatriques (6%). Les auteurs soulignent également la fréquence élevée (près de 5%) des consultations qui ont nécessité un transfert immédiat vers des urgences hospitalières en raison de la gravité de leur état (infections graves, décompensation cardiovasculaires ou hépatiques, etc.). On peut rapprocher de ce type d'enquête, celles réalisées dans les centres d'examens de santé qui agissent pour le compte de l'Assurance maladie et qui, depuis 1992, ont mission de focaliser leur activité sur certaines catégories de personnes en situation de précarité. Même si ces centres de prévention s'adressent à des personnes qui ne sont pas malades, le biais de leur recrutement les rapprochent des enquêtes précédentes et leurs données ne sont pas représentatives de la population dans son ensemble, sans doute moins encore s'agissant de la

[iii] On entend par ce terme la morbidité constatée et diagnostiquée par un médecin lors d'une consultation.

[iv] Dans l'enquête Insee de janvier 2001 (soit un an après la mise en place de la CMU), la proportion de sans domicile usagers des services d'aide ne bénéficiant d'aucune protection sociale était estimée à environ 8 %. Parmi ceux-ci, 70% étaient des étrangers, 10% des hommes de nationalité française de plus de 30 ans et 20% des hommes français de moins de 30 ans.

population très hétérogène des sans domicile. Malgré ces limites, une analyse[30] a comparé les quelques 28000 personnes sans domicile reçues dans les 98 centres français entre 1995 et 2002 à un échantillon de référence considéré « non précaire ». Cette analyse estime qu'à âge et catégorie socioprofessionnelle comparables, les hommes SDF ont près de 2 fois plus de risque de se sentir en mauvaise santé, d'être fumeurs ou d'être maigres que la population de référence. Ils ont également 1,5 fois plus de risque d'avoir des dents cariées mais, en revanche, 2 fois moins de risque d'être obèses. Chez les femmes, les résultats sont semblables sauf le sur-risque de tabagisme (un peu moins élevé) et, surtout, le risque d'obésité qui est, chez elles, comme la maigreur, plus élevé chez les SDF.

Les données épidémiologiques

En dehors des données représentatives déclaratives ou médicalisées mais biaisées, les enquêtes épidémiologiques systématiques, valides, non biaisées et publiées dans la littérature scientifique, traitant spécifiquement de maladies somatiques chroniques chez les personnes sans domicile restent extrêmement rares en France – faute, en particulier, d'un repérage systématique de la situation de logement dans les systèmes d'information en santé et, notamment, dans la plupart des systèmes de surveillance épidémiologique.

La tuberculose est la plus étudiée et la mieux connue des pathologies somatiques des personnes sans abri. Une littérature scientifique internationale abondante montre une prévalence qui, dans certaines études et dans certains contextes, excède de 16 à 30 fois celle de la population générale[31] et la présence de germes multi résistants. Ces résultats ont conduit certains chercheurs à conclure qu'aux Etats-Unis, la population des sans abri pouvait être désormais considérée comme un « bassin de tuberculose ».[32] En France, les données de surveillance épidémiologique permettent également d'identifier (au moins en partie) les personnes sans domicile fixe. Ainsi, en 2006, le taux de déclaration de tuberculose chez les personnes sans domicile fixe (qui représentaient 3,1% des cas) était de 181,5 pour 100000[33] (soit 20 fois celui de la population française prise dans son ensemble).

Parmi les très rares études épidémiologiques, on citera une enquête sur le diabète réalisée en 2006 auprès de 488 résidants de 9 centres d'hébergement d'urgence à Paris[34]. Elle a observé une prévalence du diabète traité de 6,1 % - comparée à 4,9 % chez les assurés sociaux de plus de 20 ans. Un quart des personnes diabétiques avaient au moins une complication macro vasculaire, 32 % avaient une rétinopathie et 21 % avaient reçu un traitement par laser ophtalmologique ; 17 % avaient subi une amputation, 6 % avaient une artérite des membres inférieurs et 35 % un risque podologique élevé.

On citera également en 2003, par la même équipe parisienne, une enquête sur l'épilepsie auprès de 592 SDF consultant un médecin du Samu social : 8,1% de ces consultants présentaient une épilepsie[35].

Les recours aux soins

Depuis cinquante ans, le système de soins français s'est construit sur un modèle biomédical curatif, où l'accessibilité aux soins y reste le fruit de *« la rencontre entre une offre de soins (curatifs) abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantielle »*[36]. Cette accessibilité, aléatoire et d'ordre consumériste, se révèle inadaptée à la prise en charge des populations précarisées, en particulier - et de façon emblématique - des personnes sans chez soi. Pour elles particulièrement, aucune des hypothèses implicites de ce modèle consumériste de soins ne sont vérifiées : en fonction de leurs conditions de vie, de leurs

expériences antérieures (personnelles ou familiales) de la maladie, de leurs insertions sociales, les personnes ne portent pas la même attention à leur santé, ne possèdent pas le même niveau de connaissance et d'information (sur les maladies, les comportements à risque pour la santé, l'organisation du système de soins) pour prendre en charge leur santé, n'utilisent pas l'offre de soins de la même façon et n'ont pas les mêmes relations avec les professionnels de santé.[37] Plus largement, en tant que rapport à une institution centrale de notre société (la médecine et ses différentes institutions de soins), les recours aux soins mobilisent un vaste ensemble de dimensions qui renvoient à des normes, des représentations, des processus identitaires et relationnels et au rapport à la société dans son ensemble.[38] Dès lors, la tentation est grande – et presque toujours abusive – de préjuger de spécificités attribuées à « l'autre » (dont le «SDF » est une figure emblématique) plutôt que de s'interroger, en tant qu'individu, citoyen, professionnel de santé ou décideur politique, sur les dysfonctionnements de notre système de santé.

Dans les enquêtes non représentatives, auprès de consultants de centres de soins ou de dispositifs plus ou moins spécifiquement orientés à destination des publics précaires, il n'est pas rare de noter une fréquence élevée de non recours aux soins chez les personnes sans domicile accueillies. Comme le note Médecins du Monde dans son dernier rapport[21], *« la santé n'est pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver. Souvent, les personnes sont amenées à consulter lorsque la douleur est intense ou que le problème de santé devient handicapant »*. L'enquête dans les centres d'examens de santé citée précédemment[23] observe également que leurs consultants sans domicile fixe ont 5 fois (pour les hommes) à 9 fois (pour les femmes) plus de risque de ne pas avoir consulté de médecin ou de dentiste au cours des 2 dernières années que le groupe des consultants « non précaires ».

En réalité, lorsqu'on analyse des données représentatives qui ne concernent plus seulement des malades ou des consultants, l'enseignement est quelque peu différent. Ainsi, dans l'enquête de l'Insee de 2001, durant l'année précédant l'enquête (en 2000 donc), 84 % des sans domicile ont vu au moins une fois un médecin ; ils consultent alors en moyenne huit fois par an[v]. Cette fréquentation est identique, globalement, à celle de l'ensemble de la population mais les pathologies sont plus nombreuses chez les personnes sans domicile. Elle est donc – à la fois – plus faible que dans l'ensemble de la population à état de santé comparable mais n'est pas nulle. En ce sens, les problèmes de recours aux soins résultent des difficultés, pour le système de soins de droit commun, à prendre en charge ces personnes et à répondre à l'ensemble de leurs besoins. Ainsi 40% des personnes ont mal aux dents sans les avoir soignées et un tiers des personnes qui en auraient besoin ne portent pas de lunettes. En revanche, une personne sur trois a été hospitalisée au moins une nuit au cours de l'année précédent l'enquête[vi] (soit trois fois plus souvent que l'ensemble de la population), pour des causes dont les fréquences apparaissent assez spécifiques à cette population : troubles psychologiques (24 %), accidents et agressions (15 %), problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie (13% des hommes), tentatives de suicide (3 %)…

Selon L. Fournier et C. Mercier[39]: « *Le ratio hospitalisations - consultations externes [des personnes sans domicile] est plus élevé que dans la population générale, ce qui indique que non seulement ils sont plus malades mais également qu'ils ont tendance à consulter plus tardivement. De la même façon, ils se présentent davantage au service d'urgence qu'en*

[v] Ces visites ont lieu 6 fois sur 10 dans un cabinet ou un centre médical, 2 fois sur 10 à l'hôpital (en consultation ou dans un service d'urgence) et 2 fois sur 10 dans un centre d'hébergement ou dans une association[5].
[vi] En dehors des accouchements

bureau privé et reçoivent des traitements chirurgicaux en situation d'urgence plutôt que sur une base élective. »

Le retard à consulter est le plus souvent mis sur le compte de facteurs liés aux personnes elles-mêmes : moindre souci porté à sa santé, moindre priorité accordée aux soins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux et vitaux urgents, méconnaissance du système de soins, etc. Ces facteurs sont toujours mis en avant - et souvent à tort, dans une vision stéréotypée du « sans abri » ou du « clochard ». Le retard à consulter peut également s'expliquer du fait des attitudes des soignants eux-mêmes. Or ce facteur ne fait jamais l'objet d'études ou d'enquêtes sérieuses en France (au-delà de témoignages multiples compilés par des acteurs associatifs) alors même que notre pays est très attaché à l'équité en matière de soins. Il s'agit à proprement parler d'une réalité qu'on ne veut pas voir - ni dont on ne veut à fortiori estimer la fréquence – contrairement à la situation qui prévaut dans d'autres pays[40,41] dans lesquels il a été bien décrit à quel point ces attitudes péjoratives des soignants contribuaient à éloigner les personnes sans abri (notamment, mais pas seulement) du système de soins.

Recommandations

- **Editer un guide des bonnes pratiques pour la prise en charge des personnes sans chez soi,**

- **Inscrire dans la formation initiale des professionnels de santé (médecins et infirmiers) un module obligatoire sur le soin des personnes sans chez soi et plus généralement apprendre aux professionnels à mieux prendre en compte les conditions d'existences des personnes (déterminants sociaux de santé)**

La mortalité

Finalement, la mortalité des personnes sans domicile semble, dans toutes les enquêtes réalisées à l'étranger, plus élevée et/ou plus précoce que celle de la population générale. Ainsi, la plupart des enquêtes réalisées aux Etats-Unis observent des âges moyens au décès compris entre 40 et 47 ans pour les personnes sans domicile et une mortalité environ 4 fois plus élevée que dans le reste de la population.

En France, c'est un euphémisme de dire que les données sont extrêmement parcellaires. De fait, aucune étude ou analyse épidémiologique ou démographique rigoureuse n'a jamais été conduite sur la mortalité des sans domicile. Comme le souligne l'anthropologue D. Terrolle avec indignation, *« la personne à la rue reste indécelable dans les statistiques de mortalité »*[42]. Que dire alors de la population, plus large encore, des sans domicile ou des sans chez soi ? Cet auteur rappelle que les sans domicile sont classés dans les statistiques de mortalité dans la vaste catégorie des… « inactifs » ! A Paris, tous les morts retrouvés à la rue sont adressés à l'Institut médicolégal (qui dépend du Ministère de l'Intérieur) qui ne rend aucun chiffres publics et ceux-ci ne sont pas pris en compte dans les analyses des causes de mortalité de l'Inserm. Dans ce désert de données, certains auteurs avancent néanmoins une espérance de vie autour de 45 ans[43].

Le collectif Les Morts dans la Rue, créé en 2002 et regroupant une quarantaine d'associations, a recensé 112 morts de février à octobre 2005. Ces personnes avaient en moyenne 49 ans (le plus jeune avait 31 ans et la moitié avaient moins de 50 ans). Parmi elles, il recensait 21 morts violentes (8 assassinats, 7 morts dans des incendies et 6 chutes mortelles). A Marseille, en

2009, l'analyse de 44 décès de personnes sans chez soi[44] observe une moyenne d'âge au décès de 56 ans pour les hommes et 41 ans pour les femmes. A Toulouse le collectif des morts de la rue « Goutte de vies » créé en 2008 a recensé 25 morts de janvier à octobre 2009[vii], d'âge moyen au décès de 42 ans avec des extrêmes allant de 24 à 70 ans. Les morts violentes sont au nombre de 5 (3 suicides, une overdose et une chute mortelle).

La santé mentale

En ce qui concerne la santé mentale, la surmorbidité psychiatrique des personnes sans domicile est constamment retrouvée dans toutes les études européennes et Nord-américaines réalisées depuis les années 80. Une récente méta analyse de la littérature scientifique occidentale sur ce sujet retrouve 29 études épidémiologiques jugées rigoureuses[viii] publiées entre 1979 et 2005 (ce qui est extrêmement peu…).[45] Les prévalences estimées par ces études sont extrêmement variables mais concernent principalement la dépendance à l'alcool (entre 8 et 58,5% des personnes selon les études, pour une moyenne de 37,9%) et la dépendance aux drogues (entre 4,5 et 54%, pour une moyenne de 24,4%,). La prévalence de la dépendance à l'alcool augmente au cours des décennies entre les années 1980 et 2000. Un des résultats marquants de cette méta analyse est la similitude des prévalences de la dépression, d'une part, et des troubles psychotiques, d'autre part : respectivement 11,4% et 12,7% .

Parmi ces 29 études, une seule est française : il s'agit de celle réalisée en 1996 auprès de 838 usagers des services d'aide à Paris.[46] Une étude semblable vient d'être reconduite à Paris en 2009[47], dont les premiers résultats seront connus prochainement. En 1996, 23,7% des personnes interrogées présentaient des troubles de l'humeur (20,2% des troubles dépressifs), 14,9% des troubles de l'usage d'alcool (cette prévalence globale était multipliée par deux chez les hommes nés en France), 10,3% des troubles de l'usage de drogues (cette prévalence globale était multipliée par trois chez les moins de 30 ans) - soit 21,3% des troubles de l'usage de l'un ou l'autre de ces produits - et 5,8% des troubles psychotiques. En prenant en compte la possibilité de présenter plusieurs troubles, au total 29% de la population présentaient au moins l'un des problèmes cités (sans compter, donc, les troubles anxieux, les troubles post-traumatiques et les troubles de la personnalité).

Pour autant, l'idée d'une population sans domicile qui serait majoritairement « malade mentale » et pour qui la rue serait devenue aujourd'hui l'alternative à la prise en charge asilaire est largement battue en brèche par certains auteurs. Ainsi D. Snow et coll., dès les années 80 aux Etats-Unis, s'élèvent contre ce stéréotype. Ils soulignent qu'il est lié à la médicalisation du « sans-abrisme » et à la visibilité particulière des malades mentaux dans l'espace public et rappellent le rôle important de la précarité des emplois non qualifiés et/ou mal payés et de l'accroissement du nombre des travailleurs pauvres[48]. Face à l'accumulation de plusieurs centaines d'enquêtes statistiques conduites auprès des sans domicile au cours des années 90 aux Etats-Unis, les mêmes auteurs préciseront par la suite – se référant à M. Foucault[49] - que de telles enquêtes conduisent à dépeindre des populations majoritairement *« drunk, stones, crazy and stick »*[50] à cause de plusieurs biais méthodologiques. Essentiellement transversales et reposant sur des questionnaires fermés, elles sont incapables de décrire les ressources et les compétences des personnes. Elles calquent des questionnaires et des nomenclatures psychiatriques développés en clinique ou en population générale sans tenir compte du contexte de vie des personnes sans domicile (notamment des violences de la

[vii] Pour mémoire, en 2008, 4800 personnes différentes ont sollicité le 115 départemental.
[viii] C'est-à-dire utilisant une définition claire de la population d'étude, des critères diagnostiques standardisés, des instruments diagnostics validés, un taux de réponse acceptable et un échantillon non biaisé.

rue) et (finalement) *« emploient plus le langage de l'infirmité que de la vulnérabilité biographique »*[51].

Aux Etats-Unis, la question de l'impact de la fermeture des asiles psychiatriques sur l'augmentation du nombre de personnes vivant à la rue a été largement débattue dans les années 1980. Ce débat est aujourd'hui clos et en quelque sorte dépassé, tant l'augmentation du nombre de personnes malades sans abri ces dix dernières années renforce l'importance des facteurs structuraux et macrosociaux (voir encadré n°2, p. 10) de la société américaine dans cette augmentation. En France, certains professionnels avancent la même hypothèse : la fermeture des lits de psychiatrie serait responsable de l'augmentation du nombre des malades mentaux à la rue. Aucune étude française n'a été conduite – ni aucune étude étrangère retrouvée - pour affirmer ou infirmer cette hypothèse. Les données épidémiologiques internationales montrent d'ailleurs des prévalences assez similaires des troubles mentaux parmi les populations sans domicile fixe, quelque soit la densité de lits en psychiatrie par habitant. Lors de nos auditions, il nous a semblé que, plus qu'une question de la densité de lits hospitaliers de psychiatrie, une organisation adéquate en amont et en aval de l'hospitalisation, avec une coordination de tous les acteurs, permettrait de réduire les risques pour les personnes malades de se retrouver à la rue.

La vie dans la rue

Dans ce chapitre nous commencerons par décrire les conditions concrètes d'existence qui influencent la santé de ceux qui, parmi les personnes sans chez soi, vivent à la rue. Puis nous décrirons les interactions entre ces individus, les programmes et les institutions sanitaires et sociales.

Les conditions concrètes d'existence : un espace public à négocier, un temps vécu à survivre, une insécurité chronique.

Les recherches en sciences sociales ont produit un corpus permettant l'accès à des descriptions de la vie dans la rue des personnes sans chez soi, aux Etats-Unis[52,53] et en France[54,55,56,57]. Ces recherches sont d'autant plus précieuses qu'un certain nombre de chercheurs ont passé du temps dans la rue et, pour certains[58], vécu l'itinérance. Des personnes ayant vécu dans la rue ont également écrit des autobiographies[59].

Ces différents travaux, et les auditions que nous avons réalisées, soulignent trois points en particuliers, relatifs aux conditions concrètes d'existence dans la rue. Ceux-ci permettent de comprendre les rapports qu'entretiennent les personnes sans chez soi avec leur santé. Les matériaux recueillis permettent en outre un éclairage sur leurs interactions avec les institutions. Nous développerons donc les trois points suivants : l'occupation conflictuelle de l'espace public, un temps vécu singulier à la fois plus lent et trop rapide, les imprévisibles violences subies aboutissant à une insécurité chronique.

Un espace public à négocier: « la rue c'est chez moi »

Les tensions entre les personnes sans chez soi et le reste de la population sont particulièrement visibles dans les espaces publics des centres urbains où densité et déplacements humains sont maximaux. L'occupation des différents lieux publics peut devenir un enjeu et une source de conflits. Les lois anti-mendicités dans les années 1990 ont été une première réponse des maires de certaines communes, avec pour objectif de « chasser » les sans abri des centres villes. Une des conditions de la survie des personnes sans abri reste la

privatisation partielle et éphémère d'un morceau d'espace public pour en faire un chez soi. Conflits et négociations se succèdent d'autant plus fréquemment que les situations s'installent et se chronicisent.

Le sommeil perdu

Dormir dans la rue la nuit est un exercice difficile. Le bruit, la lumière, le froid, les agressions et les vols sont autant de facteurs mis en avant par les personnes de la rue pour expliquer pourquoi une des activités importantes de la journée reste celle de trouver un « bon endroit » pour dormir. La sécurité demeure la préoccupation essentielle, car c'est pendant leur sommeil que les personnes sont les plus vulnérables.

Nombreuses sont les personnes sans chez soi qui refusent d'aller dans les foyers la nuit, même quand les températures descendent en dessous de zéro. Les raisons de ce refus sont multiples : les horaires proposés voire imposés, la promiscuité et le manque d'intimité, la violence entre les personnes sans chez soi, la violence institutionnelle, l'interdiction de boire, le refus d'accueillir des chiens. Certains foyers estiment que l'ébriété est un critère de refus de l'accueil. La question de la consommation d'alcool est importante car, d'une part, l'alcool est utilisé comme somnifère, et d'autre part un sevrage trop brutal risque d'entraîner un delirium tremens, (voir) une crise d'épilepsie lourde de conséquences, voire même un décès. Alors qu'environ 50% des personnes sans abri consomment régulièrement de l'alcool, pratiquement aucun foyer ne propose de traitement préventif du delirium tremens, ni d'approche par la réduction des dommages. Les personnes ayant déjà expérimenté un delirium suite à des sevrages trop rapides, arrivent parfois dans les foyers très fortement intoxiquées, afin de « tenir la nuit » sans alcool.

Pour toutes ces raisons, dormir dans la rue reste une meilleure solution que les foyers pour de nombreux itinérants car elle permet plus de liberté et de souplesse, outre le sentiment d'avoir le choix et d'éviter les dangers et désagrément des foyers.

Nombreuses sont les personnes qui marchent ou ne dorment que par intermittence la nuit avec des phases de courte durée. Elles préfèrent dormir le jour, privilégiant un lieu public exposé aux regards de nombreux passants, beaucoup plus sécurisant.

S'engouffrer dans une cage d'escalier, négocier avec le surveillant du parking souterrain, ouvrir un lieu inhabité, organiser un squat et, plus globalement, trouver un espace qui permet de « dormir sur ses deux oreilles » relève d'une compétence indispensable à la survie dans une vie d'itinérance.

Soulignons que le manque de sommeil est un facteur important de décompensation d'une pathologie psychiatrique préexistante.

L'exposition aux intempéries.

C'est probablement une des conditions d'existence qui marque le plus la population générale. En effet, elle vient à la fois souligner la dureté de la vie dans la rue, et occulter les autres dimensions évoquées aux effets tout aussi délétères. Le terme de sans abri focalise d'ailleurs l'attention sur cette dimension de la vie dans la rue. Le froid reste l'élément le plus souvent perçu par la population générale comme étant le plus dangereux. Pourtant la chaleur tue régulièrement, autant voir plus que le froid, par déshydratation.

Connaître les différentes techniques de lutte contre le froid dans la rue (superposition de plusieurs couches de vêtements, occupation des plaques d'évacuation de chaleur), trouver des lieux chauffés et/ou à l'abri du vent, se construire un abri de fortune avec trois bouts de carton, etc. sont autant de compétences vitales.

L'impossibilité d'avoir une hygiène standard et s'occuper de soi

La carence de bains publics à des prix abordables dans les villes et la promiscuité des douches dans les foyers rendent l'accès à une hygiène de base difficile. Le nombre réduit de sanitaires dans les accueils de jour ne permet pas de combler ce manque. Le prix des produits est également une autre barrière à l'accès à une hygiène standard[60].

Une femme de la rue auditionnée témoigne du temps qu'elle consacre à prendre soin de sa féminité malgré les difficultés qu'elle rencontre à se procurer ne serait-ce que des serviettes hygiéniques. Les hommes et les femmes de la rue font preuve de créativité et d'imagination pour utiliser toutes les ressources qui leur sont disponibles pour se laver (fontaine, toilette de bar, rivières, mer, lac) et s'apprêter (utilisation des rétroviseurs de voiture, quête de nouveaux habits). Ils déploient une capacité extraordinaire à « s'occuper de soi », à se « faire beau ou belle ». C'est le prix à payer pour éviter la honte, rester invisible dans la foule, et ressembler à tout le monde tout simplement.

Le manque d'intimité et l'exposition aux regards

Ne plus avoir de chez soi et vivre dans l'espace public ou les hébergements collectifs, c'est ne plus avoir de moment seul avec soi, à l'abri des regards. Des témoignages de personnes sans chez soi ayant fait partie des utilisateurs de tentes distribuées par Médecins du Monde font référence au plaisir de pouvoir s'habiller à l'abri des regards mais aussi de pouvoir inviter quelqu'un « chez eux ». De même la notion « d'intimité sécurisée » a été mise en avant par un des membres du GAF[ix] toulousain lors de la journée organisée le 1er octobre 2009 au Ministère de la santé et des sports[x] dans le cadre du présent rapport. Certains sans abris revendiquent ainsi le choix d'un habitat atypique pouvant être classé comme habitat de fortune (tente, caravanes, cabanes…) mais s'installent proche d'une des maisons du GAF afin de sécuriser ce mode de vie. Il s'agit là encore de mettre en avant des potentiels d'adaptation d'une population trop souvent disqualifiée.

[ix] Le Groupe Amitiés Fraternités existe depuis une vingtaine d'année sur Toulouse. Ces SDF assurent entre autre la gestion d'habitats communautaires sur quatre lieux : les « maisons du GAF ».

[x] Legagneux JM. *Le GAF à Toulouse : se reconstruire à travers le collectif, 15 ans d'expérience. Le « rétablissement » : un outil pour la santé des personnes sans chez soi ?* Journée de réflexion et d'échanges, Paris, Ministère de la santé et des sports, 1er octobre 2009.

La sexualité et vie affective

Etre chez soi facilite le développement d'une vie affective et sexuelle. La vie à la rue n'offre pas ces conditions. Les hébergements se font très rarement en couple. Les conditions favorables à l'épanouissement de la vie affective et sexuelle des personnes sans abri dans les hébergements proposés ne sont jamais abordées, pensées et encore moins créées. Au contraire, la plupart du temps, il s'agit avant tout pour les acteurs de terrains « d'empêcher » les rapports sexuels des personnes sans chez soi. La peur de la prostitution vient souvent justifier ces positions.

Un temps vécu à survivre

La vie dans la rue procure rapidement l'expérience spécifique du temps qui passe. Plusieurs raisons conduisent à cette expérience spécifique : le manque de sommeil, le temps passé à attendre, la course permanente aux besoins essentiels (un repas, un lit, une rencontre), l'usage et l'abus de substances psychoactives.

Un « emploi du temps de ministre pour un salaire de misère »

Quand elles essayent d'obtenir un accès à leurs droits élémentaires, les personnes à la rue sont confrontées à un ensemble de démarches à accomplir souvent irréalisables. En pratique, le mode de vie des personnes (l'itinérance voir l'errance, l'état de santé, la carence de ressources financières, les vols à répétitions) ne leur permet pas de surmonter, seules, la complexité des règles à suivre pour les différents systèmes d'aides (CMU, RMI, AAH, FSL, aide juridictionnelle, titre étranger malade, etc...). Celles-ci ne sont pas pensées en fonction des conditions d'existence des personnes sans chez soi (voir p. 23). L'éclatement de l'offre dans un tissu urbain de plus en plus étalé oblige les personnes à des déplacements sur de grandes distances, le plus souvent à pied. Les files d'attentes se succèdent pour rencontrer un travailleur social, manger, dormir dans un foyer, voir un médecin. Le manque de sommeil et une inversion du cycle veille/sommeil est courante, ce qui met les personnes dans des temporalités en inadéquation avec les horaires des administrations auprès desquelles elles doivent faire leurs démarches, et des associations qui pourraient leur offrir un certain nombre de services.

Malgré la multiplicité des obstacles, des personnes vulnérables et malades arrivent à sortir de la rue et à se rétablir. Elles ont alors rencontré des professionnels compétents se démenant pour proposer une offre adaptée. La possibilité pour les personnes d'utiliser leurs compétences acquises lors de la survie dans la rue, ainsi que d'en développer d'autres pour bénéficier d'une vie décente, est une des clés du rétablissement individuel à la fois social et sanitaire.[53]

Passer son temps à attendre : le quiproquo et la honte

Maintenir ses droits élémentaires ouverts nécessite de plus en plus de rendez-vous, de démarches bureaucratiques et de justificatifs. Ce temps bureaucratique est d'autant plus mal vécu que les professionnels s'imaginent parfois à tort que les personnes sans chez soi « ont du temps ». Cette méconnaissance des conditions concrètes d'existence conduit à des quiproquos, voire des conflits, entre professionnels et « sans abris ». Les files d'attentes journalières sont paradigmatiques de ce que certains chercheurs ont décrit en termes de « politique du temps » : celle de la gestion (par les professionnels) du temps des personnes sans chez soi[61]. Ce principe de gestion sous entend que les personnes sans chez soi ont du

temps et qu'elles doivent l'utiliser à cet effet pour « mériter » les aides qu'elles perçoivent. Indubitablement le matin commence par une première file d'attente pour prendre son petit déjeuner dans un foyer. La seconde file d'attente est celle qui permet de se laver les mains, les dents ou même prendre une douche, du fait du petit nombre de sanitaires disponibles. Rencontrer un travailleur social pour faire le point sur sa situation sera également parfois difficile et nécessitera d'attendre qu'il soit disponible. Manger dans une « soupe populaire » à midi va évidemment passer par un moment d'attente.... Une multitude de files d'attentes pour chaque action engagée...

De plus, faire la manche dans la rue est une activité à part entière, considérée comme un métier doté de savoirs faire, d'horaires et de lieux propices[55]. Pourtant elle passe par des moments d'attentes que la honte rend interminable. Enfin le soir, « choisir » un foyer exige d'arriver tôt, parfois dès 16h, pour être sûr d'obtenir une place, surtout en période de grand froid ou d'attendre interminablement une réponse du 115 qui, dans certaines villes, gère les places disponibles dans les foyers. L'attente répétée, peut amener la personne à reconsidérer ses priorités, la volonté de se soigner décline. C'est ce que nous montre le témoignage suivant :

« *Alors les pompiers m'ont conduit à l'hôpital Nord. Là, j'ai attendu, putain, c'était long. En plus, l'infirmier ne m'a même pas regardé. J'ai été infirmier dans l'armée alors je sais de quoi je parle. J'ai attendu et puis finalement au bout d'une heure, les pompiers m'ont conduit à l'hôpital Desbief. Et là, j'ai encore attendu, alors j'en ai eu marre et je me suis barré. (…)* »

Modifier le temps, tuer l'ennui: l'abus de substances psychoactives

La consommation d'alcool est une pratique très courante. Selon les études, la prévalence de l'abus ou de la dépendance à l'alcool se situe entre 15 % et 20 %, la prévalence sur la vie entre 63 % et 75 %[62,63].

Les liens entre alcool et « sansabrisme » ont fait l'objet de très nombreuses études depuis les années 1950[64]. Dans la rue, l'utilisation de l'alcool a plusieurs fonctions. Il permet de rendre le quotidien plus agréable pour certains ; il diminue la honte de faire la manche et donne le courage d'affronter la nuit dehors[65]. L'alcool a enfin, comme en population générale, une vertu festive et occupationnelle.

Par ailleurs, une autre utilisation relève de l'automédication. L'alcool est un anxiolytique puissant et un hypnotique. Les personnes présentant des symptômes psychiatriques, ainsi qu'une phobie sociale, vont en consommer plus facilement, l'alcool diminuant efficacement ce type de symptomatologie sur le court terme. La consommation d'alcool va se faire en groupe le plus souvent pour les hommes, et de façon plus cachée et solitaire pour les femmes[66]. L'alcool est un anesthésiant, à la fois physique et psychique, très accessible. Il permet de diminuer la douleur mais surtout, indépendamment de ses effets recherchés, il aide à « tuer le temps efficacement ».

Les autres substances psychoactives se mélangent assez souvent avec l'alcool. Leurs effets sur la perception du temps peuvent être puissants.

La dépression et la schizophrénie sont aussi des expériences qui modifient le temps vécu[67]. L'alcool peut alors, dans ces contextes, être utilisé pour faire diminuer les voix et le sentiment de tristesse et de vide.

Les personnes utilisatrices de substances psychoactives sans abri développent une connaissance particulièrement fine de l'effet des drogues sur leur psychisme. Leur relation avec les soignants est d'autant plus compliquée que ces derniers n'ont pas acquis ces connaissances qui ne sont pas légitimées par un savoir institué. Du reste, les personnes développent des stratégies de protections individuelles et collectives (voir l'auto-support, p. 124) face aux conséquences négatives de l'abus de substances. Ces stratégies sont d'autant plus nécessaires que les personnes sont souvent confrontées à des situations d'usages extrêmes et chroniques.

Recommandations

- **Favoriser la reconnaissance et l'utilisation des compétences et des connaissances des personnes sans abri « mésusant » de substances psychoactives.**

- **En partant de ce principe, faire de l'approche par la réduction des dommages et des risques une règle générale de fonctionnement des différents dispositifs spécifiques sanitaires et sociaux s'adressant aux personnes sans abri.**

- **Il s'agit notamment de ne plus faire de l'abstinence un pré-requis pour l'accueil en hébergement d'urgence, ni pour l'inscription dans des dispositifs d'insertion.**

Une insécurité chronique

Des personnes auditionnées témoignent d'expériences de violences diverses. Elles vont du regard paternaliste et supérieur du passant, aux remarques blessantes du citoyen lambda, en passant par l'agression physique, le viol, les vols et les incarcérations à répétition pour des délits mineurs, qui s'expliquent le plus souvent par des logiques de survie. Ces expériences sont fréquentes et peu prévisibles. Elles génèrent souvent un sentiment d'insécurité chronique qui influe sur les comportements et les logiques, et modifie la manière d'occuper l'espace public.

Ainsi ce témoignage d'un sans chez soi toulousain dénonçant ce regard des passants qui renforce le sentiment d'une « indignité ressentie » : *« Il y a tout ce que j'appelle moi les déqualificatifs. Les gens sont déqualifiés etc. En fait, ça rappelle aux personnes que, par rapport à la « norme », ils sont pas dans la norme. Donc voilà, automatiquement le regard qu'on porte, automatiquement c'est un regard de dominant sur dominé. C'est un peu excessif, mais globalement c'est ça. »*

<u>Les vols et les violences physiques</u>

Les personnes sans abri sont victimes d'agressions dans des proportions allant de 3 à 140 fois plus élevées que celles de la population générale. Elles y sont d'autant plus exposées qu'elles présentent des troubles psychiatriques.[68] Les premiers résultats de l'enquête Samenta réalisée dans l'agglomération parisienne en 2009[69] auprès d'un échantillon représentatif des personnes sans domicile fixe usagères des services d'aide confirment cette situation : les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles de l'humeur sévères et troubles anxieux) ont été victimes de violence au cours des 12 derniers mois 3 à 10 fois plus souvent que celles sans troubles de la santé mentale ou avec des troubles de l'humeur modérés. Les psychotiques, notamment, sont 31% à avoir été victimes de vol, 49% de menaces verbales, 10 fois plus souvent de viols.

Tableau 4. Fréquence des violences rapportées au cours des 12 derniers mois en fonction de la présence ou non de troubles psychiatriques et du type de troubles (source : enquête Samenta, agglomération parisienne, 2009)

	Pas de troubles diagnostiqu˘ s	Troubles psychiatriques s˘ v¸r es (dont troubles psychotiques)	Troubles de la personnalit˘	Troubles de l'humeur non s˘ v¸r es
Regards ou paroles irrespectueux	26,7%	42,0 % (47,0 %)	60,1 %	20,4 %
Menaces verbales	9,3%	32,3 % (49,4 %)	25,9 %	6,0 %
Vol	12,3%	28,4 % (31,0 %)	18,8 %	15,9 %
Agressions physiques	7,2%	15,3 % (8,3 %)	14,7 %	4,0 %
Coups re¨ us lors de bagarres	3,5%	7,8 % (10,9 %)	24,9 %	2,0 %
Agressions sexuelles	0,2%	2,2 % (1,8 %)	0,3 %	0,1 %

Les vols sont si fréquents que les personnes à la rue passent parfois plus de temps à refaire leurs papiers d'identité qu'à les avoir en leur possession. Elles rapportent s'être fait voler non seulement leur argent mais aussi leur sac de couchage, leurs chaussures et même leur chiot, le tout dans la rue pendant leur sommeil. Certaines personnes sont « rackettées » de leur RMI ou leur AAH. Dans un quartier de Marseille, autour des grands foyers pour personnes sans domicile, des travailleurs pairs signalent qu'une petite délinquance se serait spécialisée dans ce racket.

Les agressions physiques sont également très nombreuses. Elles vont de la simple menace pour soutirer quelques pièces, au coup de couteau mortel. Les violences se font entre personnes sans abri, mais viennent aussi et souvent de personnes extérieures au monde des sans chez soi. Les plaintes sont rares et la police a beaucoup de mal à connaître le milieu des personnes sans abri. A Bruxelles, un groupe de policier s'est spécialisé dans le travail avec des personnes sans abri. Ces professionnels vont les rencontrer directement dans la rue, enregistrer leurs plaintes et tenter de les protéger par des rondes systématiques dans les lieux connus qu'elles fréquentent.

Les femmes à la rue témoignent d'agressions sexuelles dans des pourcentages très élevés (voir ci-dessous), et ce d'autant plus qu'elles ont des troubles psychiatriques.[70] Une étude montre que l'homosexualité dans la rue est un risque supplémentaire d'agression sexuelle.[71] Souvent corrélées à ces questions de violence et de discriminations, des études étrangères observent chez les personnes à la rue de fortes prévalences pour les idées suicidaires (66,2%) et les tentatives de suicide (jusqu'à 51,3 % au cours de la vie).[72] L'abus d'alcool et de drogues, incluant des overdoses multiples, est également corrélé aux pulsions suicidaires chez les « sans chez soi »[73].

Les contacts obligatoires et répétés avec des institutions, face auxquelles la personne doit se justifier systématiquement afin d'accéder au minimum vital, sont des expériences qui peuvent être vécues comme des moments de violence[74,75]. De nombreuses personnes abandonnent les démarches, pour éviter de vivre et revivre ces moments humiliants. Ces interactions sont vécues de manière violente pour plusieurs raisons.

Tout d'abord les offres ne correspondent pas aux besoins. P. Declerk souligne combien le dispositif du RMI, par exemple, peut être un projet absurde pour des personnes qui tentent de survivre dans la rue et pour qui l'insertion ne veut « rien dire »[74]. Elles ne seraient pas rares,

d'ailleurs, celles à pouvoir prétendre bénéficier de ce dispositif et qui, pourtant, ne le demandent pas.

En France, si le délit de vagabondage a disparu du code pénal en 1994, les arrêtés municipaux se sont multipliés depuis, interdisant l'errance et la mendicité dans les zones commerçantes de nombreuses villes. La police municipale effectue parfois de véritables opérations de « nettoyage » de l'espace public comme en témoigne une infirmière travaillant dans une équipe mobile psychiatrie précarité : « *Ce jour-là, j'étais en train de m'occuper d'une personne allongée à l'arrêt du tramway situé sur la Canebière. Elle ne pouvait bouger à cause de violentes douleurs dans les reins. Trois agents de la Police Municipale (un homme et deux femmes) sont arrivés à ce moment-là. Interrompant mon travail, un agent a brutalement frappé sur le banc et crié sur la personne afin qu'elle "dégage de là". J'ai expliqué à cet agent que je m'en occupais et que je trouvais sa méthode violente, il m'a alors demandé de quoi je me mêlais sur un ton agressif. J'ai donc répondu que cette personne était malade et qu'il fallait appeler les pompiers plutôt que de seulement lui demander de se déplacer. Sa réponse a été que cela prenait trop de temps, qu'il devait "nettoyer" la Canebière, que les usagers du tram ne paient pas 1,70 euros pour trouver "des merdes" sous les bancs.* » De telles « opérations de nettoyage » font souvent suite à des directives explicites des élus locaux, le plus souvent consécutives à de nombreuses plaintes de riverains. Mais elles se font également dans un contexte législatif durci. La loi de sécurité intérieure du 18 mars 2003 a créé le délit de la demande de fonds sous contrainte (la « mendicité agressive ») avec la justification de la sécurité publique et d'une répression qui, parce qu'elle est présentée comme ciblée, ne remet pas en cause les dispositifs d'assistance aux personnes démunies.[76] En réalité, la compassion à l'égard des personnes à la rue s'amenuise à mesure que l'espace public - dans les villes (et particulièrement les centres villes) - se transforme en « lieu marchand » de plus en plus sécurisé[77]. Dès lors, comme le souligne J.M. Firdion[78], « *le mendiant ou la personne en errance a retrouvé sa place d'individu incarnant une potentialité de danger. […] Afin que les citoyens soient bien convaincus de l'innocuité de ce « nettoyage des rues », les partisans du contrôle social des espaces publics mettent en avant d'une part le bien commun, c'est-à-dire essentiellement la sécurité, et, d'autre part, le bien des personnes à la rue, à défaut de leur plein gré* ».

Encadré n°4 : Un lynchage qui aurait pu se terminer en arrestation de la victime…

Dimanche 1er Novembre 2009, 16h, hypercentre d'une grande ville. Un attroupement c'est constitué dans une petite rue d'un quartier populaire. Un homme « SDF », visiblement saoul, le visage en sang, titubant, cri en menaçant des jeunes hommes du quartier qui l'entourent en l'insultant. L'un d'entre eux lui assène un coup de casque à la tête. Un autre lui saute un pied en avant dans le dos puis le frappe d'un coup de pied à la tête. Un troisième lui jette une table dessus. Des femmes supplient à leur fenêtre d'arrêter ce massacre. Des enfants hurlent et des bébés réveillés de leur sieste pleurent. Une cinquantaine de personnes de tous les âges, principalement des hommes, sont dans la rue et assistent à la scène sans l'interrompre.

Après plus de 45 minutes, la police intervient avec les pompiers. Ils se dirigent vers la personne « SDF », le visage tuméfié et couvert de sang, et lui demande son nom. Après avoir recueilli les témoignages des agresseurs, un des policiers souhaite d'abord interpeller la personne SDF. Un professionnel d'une Equipe mobile psychiatrie précarité, témoin de la scène, qui est intervenu pour arrêter le « lynchage », évite l'interpellation.

Les arrestations et incarcérations pour troubles et délits mineurs de personnes sans abri sont également nombreuses[79] et, de l'avis même des policiers auditionnés, peu efficaces. L'exemple suivant est révélateur de l'absurdité de la situation.

Encadré n°5 : Une criminalisation bien inutile…pour des délits bien légers…

Une personne sans chez soi, d'origine ivoirienne est suivie difficilement par une équipe mobile psychiatrie précarité. Cet homme d'environ 40 ans a quitté le domicile conjugal, dans un délire lié à sa maladie, qui se révèle être une forme sévère de schizophrénie, résistante aux traitements. Depuis plusieurs années il erre dans différentes villes de France. Il boit de l'alcool pour faire diminuer les voix qui l'insultent de façon insistante. Il est surpris un jour, en train d'uriner entre deux voitures, en face d'une école. Passé en comparution immédiate, il sera reconnu coupable et purgera une peine de plusieurs mois de prison pour « exhibition sur la voie publique… En prison, refusant le plus souvent les traitements, il ne verra que très peu les psychiatres du SMPR. Sorti de prison, et malgré un passage en HO dans un secteur fermé de psychiatrie sur la demande de l'Equipe mobile psychiatrie précarité, il sera interpellé à nouveau, pour une tentative d'enlèvement alors qu'il voulait offrir son poste radio à un enfant de l'âge de sa fille. Il sera reconnu irresponsable par une expertise psychiatrique en février 2008, 3 mois après le début de son incarcération, et libéré en mai 2009, soit plus d'un an après avoir été reconnu irresponsable.

Ce cas illustre les dommages de la comparution immédiate et les carences du juge et de l'avocat à faire respecter les droits de cette personne. Il permet de comprendre pourquoi les personnes présentant des troubles du comportement liés à une pathologie psychiatrique en phase aiguë, coupables de délits mineurs se retrouvent de plus en plus souvent incarcérées.

La criminalisation de comportements liés à la maladie mentale se traduit d'ailleurs par un pourcentage élevé de personnes malades mentales avec le parcours suivant, parfois répétitif : rue-prison-hôpital-foyers. Les maladies mentales diminuent les aptitudes à se confronter aux situations stressantes de la rue et augmentent les risques d'être victimes de violences[80] et de reproduire ces comportements violents.[81]

Cependant, au fil du temps, la succession d'agressions extérieures subies confèrent aux personnes la faculté de se protéger des interactions inter individuelles violentes. Elles

deviennent - bien malgré elles - spécialisées dans la gestion de certaines situations conflictuelles à risques. Elles apprennent à repérer les situations potentiellement dangereuses et les évitent. L'isolement ou le regroupement en collectif sont des stratégies d'évitement et de prévention de ces situations.

Ces capacités individuelles peuvent aussi se potentialiser dans un cadre collectif et militant. Dans une de ses formes les plus abouties, le GAF de Toulouse - par le biais du collectif SDF et du GAG (groupe d'actions du GAF) - revendique une action de défense des droits et de l'accès à la citoyenneté des personnes sans domicile. Ces deux groupes pratiquent la non violence active et s'impliquent dans toutes les actions revendicatives : opérations de *testing* à l'aide d'une caméra cachée pour dénoncer « la chasse aux SDF » devant les grands magasins ou d'autres lieux publics, organisation de squats autogérés, démontage de mobilier urbain conçus pour exclure les gens de la rue, soutien, médiation et accompagnement auprès des élus locaux, des administrations ou des représentants de l'ordre public des SDF pour le respect de leurs droits et de leur citoyenneté, etc. Le champ d'actions militantes du GAG ne cesse lui aussi de s'élargir, au fur et à mesure qu'empire la ségrégation sociale.[82]

Recommandations

- **Former les acteurs de terrain sur les discriminations et leurs liens avec la violence et la santé**

- **Former en particulier les professionnels de terrain de la police nationale, de la gendarmerie, des polices municipales, de la sécurité civile à l'accompagnement des personnes sans abri les plus vulnérables : prévention des agressions, travail en réseau avec les équipes de maraudes et les équipes mobiles, réception des plaintes des personnes victimes de violence et de discrimination, etc.**

- **De telles formations devraient être « croisées » entre forces de l'ordre et de sécurité, soignants et travailleurs sociaux.**

- **Mettre en place des campagnes ciblées d'information et de sensibilisation sur les violences dont font l'objet les personnes sans chez soi. Ces campagnes informeront également des droits et des compétences acquises par ces personnes.**

- **Intégrer dans l'accompagnement des personnes sans chez soi des groupes de parole collectifs autour des phénomènes et des motifs de discrimination et de violence.**

- **Offrir aux personnes sans abri des formations individuelles et collectives leur permettant de mieux se défendre face aux différentes violences qu'elles rencontrent.**

Les jeunes en errance à la sortie du dispositif de l'aide sociale à l'enfance

Les acteurs de terrain et les personnes auditionnées sont généralement unanimes sur le fait que les jeunes sortant du dispositif de prise en charge de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ont des chances non négligeables de se trouver à la rue.

En France, l'âge de 18 ans marque la fin de la prise en charge par l'ASE (éventuellement l'allocation Jeunes majeurs peut-être octroyée entre 18 et 21 ans) et L'Etat, « parent de

substitution » pour ces jeunes, arrête à cet âge tout accompagnement. Il est alors très difficile de connaître plus avant leurs parcours puisqu'il n'y a pas de suivi des situations par les institutions jusque là en charge de leur éducation[83,84]. En particulier, on ne connaît pas bien les processus qui amènent ces jeunes anciennement placés à se reconstruire, à s'insérer et à devenir autonome. La question des liens entre « placement dans l'enfance » et « errance » a donc été plutôt appréhendée au travers de l'analyse des trajectoires des jeunes sans domicile. On retrouve alors un certain nombre d'événements vécus pendant l'enfance et l'adolescence qui augmente le risque de devenir sans domicile pour un jeune dont, le placement mais aussi, « *les violences familiales, le décès précoce ou la maladie grave d'un des parents, les difficultés financières de la famille d'origine* ».[85] Les jeunes qui ont été placés sont sur-représentés chez les sans-domicile : *« ils représentent 23% des sans-domicile aidés de l'enquête Insee de 2001 (contre 2% dans la population générale logée), et 35% des 18-24 ans enquêtés. Le même phénomène est observable aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume-Uni ».*

Par ailleurs, la Conférence de consensus sur les sans abris[86] a souligné un certain nombre d'éléments sur la situation de ces jeunes à la rue qui nous alertent quant aux difficultés majeures qu'ils rencontrent et à leur conséquences sur le moyen et long terme. Ainsi, il existe un « gap » entre la fin de l'aide aux mineurs et un possible droit à l'aide sociale en temps qu'adulte (allocation RMI), d'où une grande difficulté à accéder à une autonomie financière. Une étude sur les jeunes sans domicile à Rennes montre leurs difficultés d'accès au logement quand ils sont sans ressource et le risque qu'ils se retrouvent alors sans domicile de façon durable (plus de la moitié des jeunes enquêtés sont dans cette situation depuis plus d'un an)[87]. Passer à l'âge adulte est un moment où les jeunes sollicitent fortement le soutien de la famille. Ceci est impossible pour ceux qui sont le plus en difficulté, cumulant échec scolaire et faiblesse ou absence de qualification professionnelle, de ressources financières et de réseau familial.

Dans le cadre d'une enquête sociologique auprès de jeunes de 18-25 ans fréquentant un hébergement temporaire en banlieue lyonnaise précédemment citée[18], M. Giraud explique que ces jeunes *« se définissent par le fait qu'ils ne sont pas entrés dans le monde des sans-domicile »*. Leur mode de vie se caractérise par « *le déploiement de toutes leurs forces dans l'objectif, pas nécessairement conscient ni exprimable mais néanmoins prégnant […] de satisfaire leur besoin de « survie sociale » […]. Le travail de réalisation sociale et spatiale de leur personne monopolise la presque totalité de la vitalité de certains résidents ».* L'insertion telle qu'elle est leur est présentée par les travailleurs sociaux ne leur apparaît que très secondaire. Enfin, la Conférence de consensus souligne que la sortie de l'errance est en général progressive avec des allers et retours entre vie à la rue, différents modes d'habités pour probablement se stabiliser sur le logement. Pour autant on connaît peu ces éléments et des analyses plus poussées des trajectoires de sortie de rue via des études longitudinales sont nécessaires dans ces tranches d'âge jeunes, au moins autant – et sans doute plus encore - que chez les adultes plus âgés.

Enfin, signalons les cas ubuesques de jeunes adultes, pris en charge par l'ASE alors qu'ils étaient des adolescents immigrés « sans papier » de plus de 15 ans, qui ne peuvent plus - depuis 2002 - obtenir à leur majorité la nationalité française ou un titre de séjour. Bien que le plus souvent parfaitement intégrés (et quelque soit leur parcours scolaire, le plus souvent particulièrement brillant et méritant), ils ne peuvent être naturalisés puisqu'ils n'ont pas bénéficié de trois années de prise en charge par l'ASE, ni obtenir de titre de séjour (puisque entrés irrégulièrement sur le territoire, seuls ou avec leurs parents). Leur régularisation

administrative relève donc d'une mission quasiment impossible, de même que l'accès à un emploi et à un logement stable.

Recommandations

- **Assurer une continuité dans le suivi et l'accompagnement des jeunes qui sortent du dispositif ASE au delà de l'âge limite actuel pour prévenir les risques de se retrouver à la rue.**

Les femmes à la rue : entre silence, honte et violences

Comme nous l'avons déjà souligné, toutes les associations ont constaté un accroissement du nombre des femmes seules sans chez soi depuis la fin des années 1990. Dans l'enquête Insee de 2001, un tiers des individus usagers des services d'aide en milieu urbain (agglomérations de plus de 20.000 habitants) étaient des femmes, dont 7% vivaient dans la rue ou des abris de fortune. La moitié des femmes enquêtées en 2001 étaient accompagnées d'enfants. En 2009, en Ile de France, l'enquête Samenta[69] montre que 35,9% des personnes interrogées sont des femmes. Comme en 2001, elles sont proportionnellement plus représentées – fort heureusement - dans le dispositif de réinsertion et les hôtels que dans les structures d'hébergement d'urgence. En effet, 28,2% d'entre elles sont rencontrées dans le dispositif d'urgence (1 612 femmes), 21,8% dans les hôtels sociaux et 50% dans le dispositif de réinsertion (centres d'hébergement et de réinsertion et centres maternels).

Les femmes à la rue sont donc en petit nombre. Elles n'en constituent pas moins une population particulièrement vulnérable et, de ce fait, une véritable urgence sociale qui n'est pas résolue.

A l'issue d'une recherche action conduite pendant 2 ans et demi, l'association Femmes-SDF, créée en 2000 à Grenoble, a ouvert un lieu d'accueil pour les femmes en errance. Dans un ouvrage paru en 2004[88], l'association souligne l'invisibilité des femmes à la rue qui d'une part, pour leur survie, cherchent volontairement à passer inaperçues et, d'autre part, dissimulent volontiers – et le plus longtemps possible - leur situation, par honte. En témoigne cette femme âgée de 22 ans, rencontrée par l'association : *« il y a un an, pendant un mois et demi, j'ai dormi dans les cages d'escaliers. Nous les femmes on ne dit rien, quand on est à la rue, on ne dit rien, on se débrouille »*[89]. Le sentiment de honte apparaît plus prononcé encore chez les femmes que chez les hommes : elles intériorisent, sur le mode de la culpabilité, l'anormalité scandaleuse que constitue le fait d'être à la rue quand on est une femme (c'est-à-dire, dans l'imaginaire collectif, une « gardienne du foyer »). La honte est plus grande encore quand elles sont mères et que leurs enfants ont été placés (c'est le cas de 80% des femmes rencontrées par Femmes-SDF). Dans ce cas, elles se perçoivent et sont perçues comme de mauvaises mères qui n'ont pas su subvenir aux besoins de leurs enfants et les protéger. A contrario, la grossesse et la maternité sont souvent une période heureuse de leur vie. Ce sont des moments *«où elles sont reconnues, elles n'ont rien à prouver, elles n'ont jamais eu autant de travailleurs sociaux autour d'elles »*.[89]

Aux femmes invisibles, s'opposent « *les femmes qui se sont laissées voir* » comme les appellent l'association Femmes-SDF et qui « *se fondent dans des groupes de jeunes errants, peu homogènes : jeunes travellers, punks, elles y sont le plus souvent en couple. De plus en plus nombreuses, elles ont en moyenne une vingtaine d'années et ont un bon niveau scolaire*».

Les femmes à la rue sont particulièrement en danger. En 2009, dans l'enquête Samenta conduite dans l'agglomération parisienne, les femmes enquêtées ont 10 fois plus de risque d'avoir été victimes d'agressions sexuelles que les hommes (et ce, quelque soient leurs conditions d'hébergement) : 2,1% des femmes déclarent avoir été victimes de telles violences au cours des 12 derniers mois contre 0,2% des hommes. Cette violence est illustrée par ce témoignage issue de la recherche action grenobloise : *« C'est très difficile : dans les squats, il faut se défendre, j'ai un couteau. J'ai dû me défendre plusieurs fois, c'est quand les mecs ont pris trop de produits, ils ne savent plus ce qu'ils font. »* (E., 20 ans, 3 ans d'errance).[89]

Les autres formes de violence apparaissent aussi extrêmement fréquentes chez les femmes enquêtées en hébergement d'urgence : au cours des 12 derniers mois, près de la moitié d'entre elles (44,2%) ont essuyé des menaces verbales, un tiers (32,9%) des vols et un quart (27,7%) des agressions physiques.

Tableau 5. Fréquence des violences rapportées au cours des 12 derniers mois par sexe (source : enquête Samenta, agglomération parisienne, 2009)

	Hommes	Femmes	Femmes en r˘ insertion ou en h™tel	Femmes en h˘ bergement dÕurgence
Regards ou paroles irrespectueux	37,3 %	32,7 %	25,4 %	59,0 %
Menaces verbales	24,0 %	19,6 %	12,7 %	44,2 %
Vol	21,4 %	16,6 %	12,1 %	32,9 %
Agressions physiques	12,8 %	13,5 %	9,8 %	26,7 %
Coups re¨u s lors de bagarres	13,8 %	3,8 %	3,1 %	6,2 %
Agressions sexuelles	0,2 %	2,1 %	2,3 %	1,6 %

Pour se protéger, notamment des viols et des violences physiques ou verbales, les femmes à la rue ont tendance à se « masculiniser », à être violentes et à se faire violence elles-mêmes, notamment en consommant des substances psychoactives. A la rue, l'alcoolisme est, pour une femme, particulièrement stigmatisant et il participe à l'image dévalorisée qu'elles ont d'elles-mêmes. Chez les femmes à la rue depuis longtemps, plus encore que chez les hommes, le corps est délaissé, meurtri, nié, détesté.
Lorsqu'elles sont victimes de viols, plus encore que les femmes insérées dans la société, elles ne recourent pas à la police, persuadées que leur plainte ne sera pas écoutée et inquiète des représailles : ce sujet reste un véritable tabou.

L'hébergement collectif est souvent, pour elles, la dernière des solutions envisageables, quand toutes les autres solutions (même les plus précaires) ont échoué ou ont été épuisées. Parmi ces solutions, la prostitution – sous des formes diverses – est rarement formulée comme telle dans leur récit de vie mais nombreuses sont les situations vécues qui renvoient à des situations multiples de « monnayage » de son corps en échange de services. Car le fait d'être en couple est une protection même si cette protection peut n'être qu'éphémère quand la relation se teinte rapidement d'alcool, de violence et de solitude.

Lorsqu'elles font la manche, les femmes à la rue subissent des insultes ou des propositions de prostitution qui leur sont insupportables, réduisent encore l'estime d'elles-mêmes et leur font vivre un harcèlement quotidien.

Recommandations

L'association Femmes SDF préconise, pour ces femmes à la rue, de :

- **créer des lieux de « l'entre soi » pour que les femmes puissent se retrouver entre femmes ;**
- **travailler sur l'intimité, le soin de soi, le réapprentissage de pratiques basiques liées à la famille et à l'enfance (la cuisine, les repas pris ensemble), la réappropriation de sa féminité ;**
- **travailler également avec le conjoint, le compagnon, notamment sur la question des violences et des rapports conjugaux.**

Les immigrés sans chez soi

En 2001, un tiers de la population sans domicile dénombrée par l'Insee était étrangère (quatre fois plus que dans l'ensemble de la population). En région parisienne, une majorité des femmes et des familles hébergées dans des dispositifs d'urgence ou à l'hôtel (dans des conditions le plus souvent médiocres) sont étrangères. Les familles sont le plus souvent dans l'une ou l'autre de ces situations : demandeuses d'asile, déboutées de leur demande d'asile, ou encore constituées de personnes en situation irrégulière dont certaines sont présentes sur le territoire depuis plusieurs années (et leurs enfants nés et scolarisés en France).

S'agissant des réfugiés ayant obtenu un statut, France Terre d'Asile rappelle que, faute de solutions alternatives, un certain nombre d'entre eux restent hébergés en centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), centres en principe réservés aux personnes dont la demande d'asile est en cours d'examen. Leur accès à un logement pérenne est difficile dans un contexte de crise du logement (et de méconnaissance par les bailleurs du statut des réfugiés), ce qui contribue à l'engorgement de l'ensemble du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile.

S'agissant des étrangers en situation irrégulière[xi], la récente enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde consacrée à ces populations[90] observe que seuls 29% des personnes sans papier consultant Médecins du Monde (interrogées à Paris, Saint-Denis et Lyon en 2008) avaient un logement stable tandis que 8,5% étaient hébergées à court ou moyen terme en foyer ou en hôtel et 8% étaient « SDF » (il s'agissait, sur l'ensemble de la population enquêtée en Europe, plus souvent d'Européens non communautaires et de Maghrébins que de personnes d'autres origines). En juin 2009, suite à plusieurs interpellations de travailleurs sociaux ou de bénévoles ou de « descentes » dans des centres d'hébergement d'urgence, la Présidente de la FNARS a dû rappeler le *« respect de la mission d'accueil inconditionnel des personnes en détresse – quelle que soit leur situation administrative qui nous a été confiée par la loi. Ce respect implique d'une part d'éviter les interpellations au sein des centres [d'hébergement] et, d'autre part, de ne pas poursuivre*

[xi] Rappelons que les étrangers en situation irrégulière ont droit à l'hébergement dans les centres d'urgence ou de réinsertion, à l'aide sociale à l'enfance et à l'aide médicale d'Etat.

pour aide au séjour irrégulier des professionnels ou bénévoles qui accompagnent ces personnes ».[91]

Les politiques migratoires restrictives conduites depuis quelques années en Europe de l'Ouest (et singulièrement en France) se traduisent par la constitution d'une « *underclass* » d'immigrés confinés dans la clandestinité, rejetés à la marge et dans l'ombre des grandes villes européennes, qui vivent dans des conditions souvent indignes des droits humains élémentaires tout en fournissant une main d'œuvre, corvéable et bon marché, indispensable à certains secteurs économiques.[92] De ce fait, et parce que l'accès à un logement leur est particulièrement difficile et leur risque d'être sans chez soi particulièrement élevé, ces politiques alimentent donc le « flux » des personnes sans chez soi.[93]

Dans une enquête sociologique parue en 2002[94], son auteur parle – au sujet d'Africains sub-sahariens sans domicile fixe rencontrés dans un foyer de l'association Emmaüs – de « désaffiliation » et en décrit tous les aspects. *« Celle-ci se situe d'abord par rapport au réseau d'immigrés présent dans le pays d'accueil, lequel peut comprendre une famille proche ou lointaine ou de simples compatriotes, ensuite par rapport à la famille restée au pays, enfin par rapport à la société française. La cause de cette désaffiliation est à chercher soit dans l'absence de famille ou de communauté d'accueil, soit dans leur défaillance vis-à-vis du migrant, soit enfin dans le refus de ce dernier d'en dépendre. L'absence de papiers, de logement, de travail rend leur participation à la société d'accueil à peu près nulle […]. Le regard des gens « normaux » […] les suspecte de cumuler les stigmates des sdf, des pauvres, des noirs, des étrangers, des sans-papiers, des illégaux, des délinquants… »*[95].

Les immigrés vivant en foyer pour travailleurs migrants constituent également la cible spécifique d'expulsion aux motifs d'une sur-occupation des chambres, de non-paiement de loyers ou d'occupation non déclarée. Les bailleurs et les gestionnaires de ces foyers ont une attitude qui alterne entre « fermer les yeux » et « utiliser la manière forte », sans guère se soucier du devenir des personnes expulsées.

Enfin, les immigrés sans domicile fixe en situation régulière peuvent faire également l'objet d'interpellation policière ciblée. En mars 2009, l'hebdomadaire *Le Point* a ainsi relaté[xii] que les policiers d'Angers avaient reçu la consigne d'interpeller les SDF étrangers en situation régulière : une note leur recommandait de *« prendre systématiquement en note leur identité et de l'incorporer à la main courante, à fin de prise en compte par la sûreté départementale. […] Les étrangers en situation régulière sont expulsables à certaines conditions cumulatives, dont la mendicité. »*

Les personnes vieillissantes à la rue

L'OMS définit une personne âgée à partir de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées. Si nous choisissons le vocable « vieillissante » et non « âgées », c'est qu'il existe à la rue des personnes trop jeunes pour relever de cette définition réglementaire mais dont l'état physiologique les ramène dans cette catégorie.

Il n'est pas possible de chiffrer précisément cette catégorie de population parmi l'ensemble des personnes sans chez soi, mais elle représente une part non négligeable des personnes accueillies sur de longs mois dans les LHSS. A ceux-là s'ajoutent les personnes de plus de 60

[xii] http://www.lepoint.fr/actualites/2009-03-05/la-note-anti-sdf/1331/0/322877

ans qui en théorie, devraient bénéficier d'un soutien adapté à leur situation. Si l'on se réfère au préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 *« (…) tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »* et cette question engage donc bien l'Etat. De même, la Charte sociale européenne révisée de 1996 reconnaît et protège le droit des personnes âgées à une protection sociale. Pourtant, l'évaluation nationale du dispositif « Lits Halte Soins Santé » de juin 2009 a montré que les plus de 60 ans représentent 15,7% des personnes accueillies et les plus de 65 ans environ 8%. Il s'agit donc d'une frange de la population particulièrement vulnérable et qui malgré tout relève durablement de la rue ou des dispositifs de l'urgence sociale.

Comme pour l'ensemble des personnes sans chez soi, on retrouve chez les plus âgés une grande variabilité des trajectoires. Certains sont à la rue depuis de nombreuses années, d'autres ne le sont que plus récemment, souvent à la suite d'une rupture familiale (le décès des parents est parfois retrouvé dans l'histoire récente) ou une hospitalisation longue. Ce dernier point mérite d'être souligné afin que les structures hospitalières y soient particulièrement vigilantes. Pour des personnes isolées, nécessitant hospitalisation, rééducation, maison de repos, les parcours peuvent être de plusieurs mois - voire de plusieurs années – et, à la sortie, les impayés de loyer se sont accumulés et les personnes se retrouvent à la rue, comme le souligne ce témoignage d'une personne âgée de 67 ans : « *J'ai passé beaucoup de mois à l'hôpital, entre l'hôpital et la clinique, tout ça, et comme ça j'ai perdu mon appartement. Je sais pas comment, je sais pas pourquoi, le patron il m'avait écrit […] Quand je suis sorti de l'hôpital, je suis resté un peu dehors, à droite, à gauche, à la gare et tout et je suis allé voir l'assistante sociale* ».

Pour les personnes vieillissantes à la rue vont se conjuguer à la fois des éléments de vulnérabilité personnelle (rupture, prise de risques, événements traumatiques) et des éléments plus constitutifs du vieillissement lui-même : une fragilité physiologique, un resserrement du réseau relationnel et du périmètre des activités, une moindre adaptabilité au changement, des troubles des facultés cognitives pouvant aller jusqu'à la démence. Tous ces éléments se potentialisent pour aboutir à des tableaux cliniques inquiétants ; et ce d'autant plus si la personne consomme de l'alcool même en quantité peu importante. Avoir 60 ans signifie aussi concrètement pour la personne pauvre que les prestations dont elle relève changent. Ce passage de l'ancienne prestation (souvent le RMI) à la nouvelle (le minimum vieillesse ou la retraite) implique alors également le changement du référent social, élément déstabilisant poussant parfois les personnes à abandonner toute démarche. On le sait, la personnalisation est importante et nombre sont les personnes qui ont instauré des relations très privilégiées avec leur travailleur social, des relations dont la rupture peut déclencher l'exclusion.

Les solutions de mise à l'abri adaptées sont rares. L'orientation vers un appartement autonome, une maison relais ou un foyer logement n'est possible que si la personne est assez autonome et peut bénéficier d'un service d'aide à domicile[xiii]. Les maisons de retraite sont réticentes à accepter ces populations car, d'une part, elles sont souvent « très jeunes » par rapport à la moyenne d'âge des pensionnaires (qui se situe autour de 85 ans) et, d'autre part, elles ont des conduites addictives ou des troubles du comportement qui les rendent peu compliantes au règlement de ces institutions. Enfin, l'entrée en institution oblige à faire appel à un financement par l'aide sociale, la plupart des établissements souhaitent une mise sous curatelle comme garantie de paiement, et ce qui reste alors à la disposition des personnes qui

[xiii] Les catégories bénéficiaires sont les plus de 60 ans, les personnes relevant d'un handicap (AAH) ou souffrant de certaines pathologies (par exemple certains cas d'infection à VIH).

n'ont que le minimum vieillesse est dérisoire (il ne permet souvent que l'achat des cigarettes mensuelles, et encore !). Pour les personnes ayant des enfants avec qui ils n'ont plus de relation, faire appel à l'aide sociale, c'est aussi entrer dans une démarche d'enquête sociale qui contraint de renouer les liens avec eux et de juger leur solvabilité. Certains ne veulent rien devoir à personne et refusent ces démarches. Certains enfin ne comprennent pas qu'ils aient à payer une maison de retraite après tant d'année à la rue ou dans le circuit de l'hébergement d'urgence…

La question du sort que l'on réserve aux personnes vieillissantes à la rue interpelle notre société dans son ensemble. Les collectifs des morts de la rue qui se sont créés progressivement dans de nombreuses grandes villes françaises[xiv] - mais aussi à Bruxelles et Montréal - témoignent en partie d'une prise de conscience collective. Rappelons que, parmi les décès recensés depuis 2007, 20% ont plus de 60 ans[xv].

Recommandations :

- **Les personnes sans chez soi vieillissantes doivent s'inscrire dans les actions et les recherches promues par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)**

- **Elles doivent apparaître dans les programmes régionaux et départementaux : PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) et schéma gérontologique.**

- **En particulier, ces programmes doivent prendre en compte la spécificité du vieillissement prématuré pour les personnes sans chez soi.**

Le milieu rural

Nous ne disposons d'aucune estimation fiable de la taille des populations sans chez soi présentes sur les territoires ruraux. On rappelle notamment que l'enquête Insee ne concernait pas les villes de moins de 20000 habitants et remonte maintenant à 8 ans. Certes, les zones urbaines donnent au phénomène une visibilité incomparable mais il ne serait pas licite d'ignorer les territoires ruraux où les acteurs de proximité (maires de petites communes, conseillers généraux de cantons ruraux, Mutualité Sociale Agricole, médecins généralistes et services sociaux) font face à des difficultés très prégnantes. Ainsi, un certain nombre de cantons de l'Ariège connaissent des phénomènes de population néo-rurale installée de façon très précaire dans les montagnes et qui, sans s'apparenter à la question des sans chez soi, ont des difficultés d'accès aux soins. Autre exemple, le Tarn-et-Garonne recrute au moment des cueillettes de fruits et légumes des travailleurs saisonniers venant de l'Europe du Sud ou de l'Est. Certains demeurent sur le département à échéance de leur contrat de travail et survivent dans des conditions extrêmement précaires. Nombre de département français se trouvent certainement dans des situations semblables mais peu documentées dans les statistiques officielles.

[xiv] Bordeaux, Dunkerque, Lille, Lyon, Paris- Ile De France, Marseille, Nantes, Rennes, Rouen, Toulon, Toulouse et Strasbourg.
[xv] http://www.mortsdelarue.org

Ces situations sont difficiles sur le plan humain. En terme de santé publique, elles sont à l'interface des inégalités de santé sociales et territoriales. Elles étaient jusque là plutôt stables et peu visibles mais risquent de venir sur le devant de la scène et ceci pour deux raisons. D'une part, la désertification médicale des zones rurales s'aggrave avec un départ massif à la retraite d'un contingent de médecins installés dans ces zones et qui ne sont pas toujours remplacés. Si l'on ajoute à cela la fermeture de certains centres ou services hospitaliers de proximité pour des raisons – le plus souvent justifiées – de sécurité des soins et de rentabilité, le nombre croissant de praticien exerçant en secteur II, le fait que les populations dont on parle n'ont pas – ou peu – de moyens de déplacement sur de longues distances, on arrive à des situations très tendues de non accès aux soins sur certains territoires. Un autre élément va peut être apporter plus de visibilité à la question des sans chez soi sur les territoires ruraux, c'est la circulaire du 25 février 2008 portant réforme de la domiciliation pour les personnes sans domicile stable.

Encadré n°6 : Circulaire du 25 février 2008 portant réforme de la domiciliation pour les personnes sans domicile stable.

La circulaire du 25 février 2008 émise par les ministères du Logement et de la Ville et du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité souligne que les procédures de domiciliation des personnes sans domicile stable ont été réformées par la loi n° 2007-290 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (article 51), suivie de deux décrets d'application du 15 mai et du 20 juillet 2007.

Cette réforme vise trois objectifs:

- améliorer l'accès aux droits des intéressés en rendant l'attestation d'élection de domicile opposable pour l'accès à un très large éventail de droits et de services
- simplifier et clarifier les règles de domiciliation, en remplaçant les multiples régimes antérieurs (revenu minimum d'insertion, allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation) par un système unique;
- mettre en place un véritable pilotage du dispositif de domiciliation, sous la responsabilité des préfets de département, de façon à assurer une bonne couverture du territoire.

L'Aide médicale Etat et les demandes d'asile restent soumises à des régimes spécifiques de domiciliation. La circulaire est complétée par un cahier des charges-type en annexe.

Doivent être considérées comme ayant un lien avec la commune (pour les CCAS) ou du groupement de communes (pour les CIAS) et devant être domiciliées, les personnes qui sont installées sur son territoire. Le terme d'installation doit être entendu de façon large, il ne saurait évidemment être réduit au seul fait d'habiter dans un logement sur le territoire de la commune. De même, toute personne dont il est établi qu'elle a l'intention de s'installer sur la commune dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un

minimum de stabilité a vocation à être domiciliée par le CCAS. L'installation ou l'intention de s'installer sur la commune est établie par un des éléments suivants :

- l'exercice d'une activité professionnelle ;
- le bénéfice d'une action d'insertion sur le territoire de cette commune ;
- l'exercice de l'autorité parentale sur un enfant qui y est scolarisé ;
- la présence de liens familiaux dans la commune (famille y a vécu ou y vit toujours), des liens amicaux ;
- l'hébergement chez une personne demeurant dans la commune ;
- les démarches effectuées auprès des structures institutionnelles et associatives (demandes auprès des centres d'hébergement d'urgence, des foyers, des bailleurs sociaux, des institutions sociales, les recherches d'emploi, les démarches administratives, les soins, un suivi social…).

Aucune durée minimale de présence sur la commune ou le groupement de communes ne peut être imposée. En revanche, une personne itinérante de passage peut voir sa demande de domiciliation rejetée. Ce refus doit être motivé. Le lien avec la commune ou le groupement de communes peut être attesté par tous moyens. Des attestations (attestation /coordonnées des hébergeants, fiches de paye, inscription des enfants à l'école ou/et au centre de PMI, livret de famille, preuve d'une attache familiale, carte d'électeur, formulaires de demande ou accordant des prises en charge, …) seront demandées à l'usager.

Cette circulaire rappelle que les CCAS « *sont habilités de plein droit à procéder à des élections de domicile donnant accès à l'ensemble des prestations (prestations sociales, délivrance d'une carte nationale d'identité, inscription sur les listes électorales…)*». Mais surtout qu' « *ils ne peuvent refuser l'élection de domicile des personnes sans domicile stable qui en font la demande que si ces dernières ne présentent aucun lien avec la commune* ». La notion de lien avec la commune est définie par la loi et elle se révèle très large. Par ailleurs, si les CCAS jugent que la demande n'est pas recevable, ils ont obligation d'« *orienter le demandeur vers un autre organisme qui sera en mesure de le domicilier*. ». Il ne sera donc plus possible à un CCAS d'une petite commune d'orienter les sans chez soi vers la métropole départementale ou régionale.

Dans ces conditions, l'accès aux services de qualité pour tous doit passer par une évaluation fine des besoins et par une démarche « d'aller vers » adaptée aux zones rurales.

Le centre hospitalier de Montauban[xvi] a mis en place à cet effet au sein d'un pôle « santé société » une démarche originale visant à réduire conjointement les inégalités sociales et territoriales de santé. Sont regroupées au sein du pôle des activités de soins, de prévention, d'éducation thérapeutique, d'éducation pour la santé, d'évaluation et de recherche. Y est particulièrement étudié le développement des coopérations entre les différentes unités. Ainsi la collaboration étroite entre l'unité mobile de prévention - lutte contre la tuberculose, promotion de la vaccination et du dépistage - et la PASS facilite l'accès aux soins et l'orientation des populations les plus précaires lors des déplacements de cette équipe dans les différents hôpitaux du département. Un projet expérimental de médecine générale est à l'étude. Il vise à permettre l'accès au médecin généraliste via des consultations avancées dans les zones de forte désertification médicale.

Recommandations :

[xvi] Extrait du projet d'établissement 2006-2010 CH de Montauban.

- **Intégrer les communes de moins de 20000 habitants dans les enquêtes concernant les personnes sans chez soi.**

- **Favoriser - via les ARS - les coopérations à l'échelle départementale entre les établissements de santé, les institutions (dont la MSA) et les services sociaux du conseil général. Y développer des projets visant à réduire conjointement les inégalités territoriales et sociales de santé.**

- **Favoriser le développement d'unités mobiles pluri-sectorielles type PASS mobile.**

Les interactions avec les dispositifs sanitaires, sociaux et judiciaires

Nous décrirons d'abord quelques interactions significatives des problèmes que les personnes sans chez soi rencontrent dans leurs échanges avec le système sanitaire de droit commun. Puis nous exposerons les interactions des personnes sans chez soi malades avec le système d'aide social mis en place autour du logement. Enfin nous donnerons quelques exemples d'interactions avec le système judiciaire, et ses conséquences sur la santé des personnes.[xvii]

Les interactions avec le système de soins

Les équipes sanitaires et sociales de proximité et les pompiers

Il existe peu d'équipes sanitaires intervenant directement dans la rue en dehors du contexte d'urgence. Elles sont soit spécialisées en psychiatrie (Equipe mobile psychiatrie précarité), soit issues du monde associatif (Croix rouge, Médecins du Monde, notamment).

Dans tous les cas l'intervention de médecins directement dans la rue reste rare. Les pompiers restent les acteurs les plus présents sur l'ensemble du territoire national. Ils interviennent la plupart du temps sur signalement, sans la présence de médecin. Un certain nombre de signalements sont issus de la population générale et relèvent autant de troubles de l'ordre public (ivresse, occupation d'une cage d'escalier) que de véritables problèmes sanitaires (personne inconsciente sur la voie publique). Les pompiers soulignent pour leur part, combien il est difficile de travailler avec les personnes « SDF » qui ne sont pas demandeuses. Ils se retrouvent alors dans une situation à la limite entre l'action sanitaire et le contrôle social.

Les signalements effectués par les équipes sanitaires de proximité aux pompiers sont généralement plus précis. Une relation antérieure entre l'équipe sanitaire de proximité et la personne signalée permet une négociation et un accompagnement vers la prise en charge par les pompiers dans de meilleures conditions. Un diagnostic médical précis et/ou une définition précise des besoins sanitaires de la personne facilite le travail d'articulation entre l'équipe sanitaire de proximité et les pompiers, puis des pompiers avec les Urgences.

Les Urgences

Les Urgences générales sont un des lieux les plus fréquents du premier contact des personnes sans chez soi avec le système de soins. Il existe au moins trois raisons qui expliquent cette particularité de l'accès aux soins. D'abord les personnes sans chez soi vont faire appel au système de soins plus tardivement que la population générale, quand les pathologies sont plus avancées et que la situation est plus grave. Elles ont rarement un médecin traitant et donc peu de possibilités d'être soignés en amont des Urgences. Elles sont d'ailleurs plus souvent que les autres amenées inconscientes à l'hôpital par les pompiers, et dans un état sanitaire sévère.

Paradoxalement, selon les auditions réalisées et les témoignages existant dans la littérature sur le sujet, elles sont moins bien accueillies et souvent moins bien examinées. L'accueil qui leur est réservé est souvent discriminant. Les hospitalisations sont plus rares même dans les cas où elles seraient pleinement justifiées. Quand les personnes sont hospitalisées, elles le sont très souvent dans des cas extrêmes. À titre d'exemple à Toulouse, parmi les personnes sans abri

[xvii] Pour une analyse plus approfondie des freins à la fréquentation des dispositifs spécifiques sanitaires (PRAPS, PASS, EMMP, etc.), médico-sociaux (LHSS) et sociaux (maison relais, stabilisation, etc.), on se reportera aux chapitres suivants.

hospitalisées suite à un passage aux urgences et suivies par le réseau santé précarité, 50% des hospitalisations se font en service de réanimation. À Marseille, un praticien hospitalier des Urgences que nous avons auditionné rapporte qu'une personne sans abri est passée régulièrement aux Urgences pendant plus de 2 ans avant qu'un soignant ne découvre une tumeur pulmonaire à un stade extrêmement avancée (elle avait littéralement traversé la paroi thoracique). Sur les dossiers médicaux des Urgences des personnes « SDF », l'absence de prise de tension et de température, l'absence d'examen somatique et la rareté des examens complémentaires, la mention lapidaire « problème social » pour tout compte-rendu clinique est symptomatique de l'accueil qui leur est réservé et de l'attention qui leur est portée.

Encadré n° 7 : Une histoire – parmi d'autres - de prescription mortelle…

Une femme de 41 ans, Lucy, sans domicile « chronique », présente un retard mental et un alcoolisme modéré. Sa manière de s'habiller, l'état général de sa peau, ses pieds et ses cheveux ne permettent pas le doute. Elle vit dans la rue depuis plusieurs mois, voire des années. Elle est connue des urgences où elle est reçue cette fois-ci pour une fracture du pied en août 2007. Un plâtre est fait et une ordonnance d'anticoagulant à faire par une infirmière à domicile est prescrite, en prévention de l'embolie pulmonaire.

Deux jours après sa sortie, dans la rue, un infirmier d'une équipe mobile psychiatrie précarité, appelle les pompiers car il trouve Lucy dans un état physique inquiétant. Malgré cela les pompiers refusent de l'amener à l'hôpital, car disent-ils, ils l'amènent « trop souvent ». Elle meurt dans la nuit d'une embolie pulmonaire, faute d'anticoagulant.

Une enquête sur la mortalité des personnes sans abri menée à Marseille montre que les personnes décédées ont eu parfois jusqu'à 20 passages aux urgences dans les 6 derniers mois de leur vie sans qu'aucun diagnostic ne soit posé. Ainsi, une personne a été accompagnée aux Urgences par un médecin travaillant dans une équipe de rue, avec une anémie sévère (à 4 g/l) dans le cadre d'un sida. Cette personne était passée aux Urgences une vingtaine de fois en quelques semaines sans qu'aucun diagnostic n'ait été posé. Pourtant elle était connue par les services d'infectiologie et d'addictologie du même hôpital. C'est parce que le médecin de l'équipe de rue a insisté auprès de son confrère des urgences que des examens complémentaires seront enfin effectués permettant une hospitalisation en urgence en service infectieux. Inutile de préciser que ces cas de dysfonctionnement flagrant ne font pratiquement jamais l'objet de signalement auprès des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en chargexviii : de ce point de vue également, les personnes sans domicile sont traitées comme des « sous citoyens ».

Recommandations

- **La présence de médiateur de santé, issu de la population cible, est une solution nécessaire dans les urgences ayant une forte activité d'accueil de ces publics (voir p. 104).**

- **La définition de protocoles et de fiches de liaison médico-sociales pour la prise en charge des personnes sans chez soi, permettant une meilleure articulation entre le sanitaire et le social, est une pratique qui doit être généralisée.**

[xviii] Les CRUQPC ont été instituées dans chaque hôpital par la loi du 4 mars 2002 et leurs missions et composition définies par le décret du 2 mars 2005.

- **Les personnes sans domicile doivent être comme les autres informées des droits des malades et notamment de la possibilité de porter réclamation auprès de l'hôpital si elles jugent que leur accueil et leur prise en charge ont été déficients.**

Les consultations

Selon L. Fournier : « *Les difficultés de transports, (…) les horaires des professionnels souvent incompatibles avec les files d'attentes que doivent prendre les sans abris afin de subvenir à leurs besoins (repas, refuge, pour la nuit, rendez-vous avec les travailleurs sociaux) compliquent encore davantage l'accès aux services de santé, et ce, même dans les pays où ceux-ci sont gratuits. (…) Les itinérants font souvent une utilisation inadéquate du système de soins de santé. Ils ne respectent pas leur rendez-vous. Cet aspect rend extrêmement difficile l'établissement d'un plan de traitement. Les raisons de ce non respect sont notamment attribuables au fait que les sans abris utilisent une partie importante de leur temps à effectuer des demandes d'aide de toutes sortes, à leur difficulté à demeurer dans une salle d'attente, à leur manque de confiance dans l'utilité d'un suivi, et quelquefois à leur état d'ébriété et d'intoxication…* »[31]

Les consultations spécialisées à l'hôpital constituent un autre exemple de dysfonctionnement de la prise en charge de ces personnes à l'hôpital. Les délais de rendez-vous sont singulièrement longs pour elles, quand elles ne sont pas purement et simplement renvoyées vers les Urgences (d'où elles viennent souvent) sans que personne ne se soucie de savoir pourquoi, découragées, elles ne se « plient » pas à l'orientation qui leur avait été proposée.

Pour avoir une consultation avec un psychiatre, les délais d'attente en Centre médico-psychologique sont également un obstacle, tout comme la sectorisation : certains CMP refusent de recevoir en consultations des personnes «non sectorisées », au premier rang desquelles figurent les personnes sans domicile fixe.

Peu de personnes sans chez soi ont un médecin traitant, et il n'est pas toujours facile d'avoir un rendez-vous, d'arriver à l'heure et de pouvoir attendre dans une salle d'attente. Les médecins eux-mêmes ont des difficultés à organiser la présence de personnes « SDF » dans leur salle d'attente. Leur apparence et leur comportement (voire leur odeur) peuvent incommoder la clientèle. Pourtant, de rares médecins généralistes sont connus par les acteurs travaillant dans le champ de l'exclusion pour accepter d'accueillir ces personnes, soit dans une logique de droit commun et une éthique de non discrimination, soit de manière plus organisée et militante en réservant une demi-journée de leur activité aux personnes sans abri.

D'après les témoignages recueillis et les expériences observées, un accompagnement par une tierce personne est souvent un facteur-clé permettant l'accès effectif à une consultation. Les médecins, quand ils sont «soulagés » des questions sociales, se sentent plus en capacité de soigner les personnes sans abri.

L'hospitalisation

Les soignants partent souvent de l'à priori que les « SDF » utilisent l'hôpital comme un logement. Une des craintes majeures des soignants est un allongement de la durée d'hospitalisation du fait du manque de prise en charge en aval. Une fois la barrière des urgences passée, l'hospitalisation en elle-même permet généralement de gérer la phase aigue de la maladie mais, beaucoup trop souvent, la sortie de l'hôpital reste un moment de rupture de la continuité des soins et de rechute dans la rue.

Recommandations

- **Créer des équipes de liaison intra hospitalière qui facilite l'amont et l'aval de l'hospitalisation (voir p. 74).**

Les pharmacies d'officine

La question de l'accès aux soins des personnes sans-abri passe naturellement par les pharmacies d'officine. Bien que cette question ne concerne pas l'ensemble des officines françaises, celles basées dans les centres urbains y sont particulièrement sensibles. Ces dernières couvrent largement le territoire des grandes villes et sont autant de postes avancés disponibles.

Elles peuvent permettre aux personnes sans-abri d'avoir un contact facile d'accès, avec un professionnel de santé, capable de suivre l'évolution de sa prise en charge médicale, et de l'orienter si nécessaire vers d'autres professionnels de santé. Ce sont également des lieux dans lesquels les petits maux du quotidien (petites blessures, dermatoses...) peuvent trouver une réponse rapide qui limitera les complications.

Les pharmacies sont des espaces particulièrement adaptées à la population des sans-abris puisqu'elles sont accessibles sans rendez-vous, en activité 24h/24h et sont ouvertes sur la rue, lieu de vie des personnes sans-abri.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'état des lieux sur l'accueil des personnes sans-abri au sein des pharmacies d'officine en France. On peut toutefois supposer que le principe d'un accueil inconditionnel ne doit pas être respecté partout. En effet, l'activité commerciale et libérale des pharmacies d'officine suppose des mécanismes de sélection de la clientèle propres aux activités commerciales en général, et qui s'exercent souvent au détriment des populations les plus précaires. L'hygiène, les troubles du comportement, l'alcoolisation peuvent constituer des motifs de discrimination dans le but de préserver une clientèle plus classique, moins « atypique ».

Si la discrimination est interdite dans l'accueil du public au sein des officines, des mécanismes et des stratégies peuvent être malgré tout déployées, volontairement ou involontairement, pour décourager les personnes sans-abri à se rendre régulièrement à la même enseigne.

On peut tout d'abord penser à des modes de communication inadaptés dans lesquels les maladresses ou les préjugés peuvent avoir des conséquences délétères sur la construction d'un lien de confiance: ton de la voix, langage corporel... Un accueil inapproprié peut être particulièrement stigmatisant.

Ce peut être également des choses plus élaborées comme pour les personnes sans-abri bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés. Ainsi, certains pharmaciens n'hésitent pas à être en rupture de stock constamment ou bien n'en posséder que le strict nécessaire. Les personnes « indésirables » sont donc invitées à revenir le jour suivant pour obtenir tout ou partie du traitement.

L'anticipation des difficultés auxquelles ils auront à faire face dans leur accompagnement des personnes sans-abri peut également constituer, pour le personnel des pharmacies d'officine, des entraves à la qualité de leur travail. Ceci est particulièrement flagrant sur la pratique du

tiers-payant. Cette dernière dispense les assurés sociaux de l'avance financière nécessaire pour obtenir leur traitement.

Très exposées à la perte ou au vol, de leurs papiers, justificatifs, il est souvent difficile pour les personnes sans-abri de faire la preuve de leur affiliation à un régime de sécurité sociale. Il est toutefois possible de vérifier ces informations par le réseau internet de l'assurance maladie, uniquement avec le numéro de sécurité sociale de la personne et la preuve de son identité. Le personnel des pharmacies d'officine en charge de la délivrance des ordonnances est responsable du recouvrement des frais avancés par le mécanisme de tiers-payant. L'absence de documents formels ou de dispositifs sécurisés comme la carte vitale peut constituer pour eux un risque potentiel de litige avec les caisses d'assurances maladies qu'ils écarteront en demandant à la personne de s'acquitter de l'avance des frais. Ceci est bien entendu impossible pour les personnes sans-abri.

Les systèmes informatiques mis en place dans les pharmacies permettent néanmoins d'inscrire les dates de validité des couvertures médicales des patients, d'où l'importance pour le public des sans-abri d'avoir la possibilité de se rendre dans une pharmacie de référence.

Enfin, d'une manière générale, l'accueil spécifique des personnes sans-abri ne fait pas partie des enseignements prodigués lors du cursus des études de pharmacie. Cette absence de formation ne permet pas de lever tous les préjugés, qu'ils soient propres ou non aux professionnels de santé. D'autre part, le manque de connaissance sur les déterminants sociaux de santé et la spécificité des maladies touchant les personnes sans-abri ne permet pas aux professionnels de la pharmacie d'adopter la plupart du temps les attitudes appropriées à l'accompagnement de cette population.

Recommandations

- **Intégrer une formation spécifique des pharmaciens d'officine, dans leur cursus universitaire, sur la santé des personnes sans chez soi.**
- **Sensibiliser les pharmaciens d'officine à la prise en charge des personnes sans chez soi en incluant une formation spécifique dans les programmes de formation continue.**
- **Ces formations doivent également être proposées dans les écoles de formation des préparateurs en pharmacie.**

Les interactions avec le système d'hébergement et de logements

Les liens entre mauvaise santé et logement insalubre sont largement documentés. L'OMS considère ainsi le logement comme un des 8 principaux déterminants sociaux de santé. Un document a été produit en 2004 à l'occasion de la 4ème Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, 23-25 juin 2004). Dans une approche sanitaire[96], il préconise un certain nombre de recommandations concernant les politiques de logement en Europe. En France, depuis plus de 20 ans, le développement d'un ensemble de dispositifs pour permettre aux personnes sans chez soi de sortir de la rue a été globalement aussi inefficace que coûteux.[5] Si cette situation paradoxale a pu se prolonger aussi longtemps, cela s'explique d'une part par une approche excessivement compassionnelle et caritative[6], au dépend d'une politique publique ambitieuse et cohérente, mais aussi par une carence de l'évaluation des initiatives entreprises. Dans d'autres pays, d'autres approches orientées sur la santé communautaire (voir p. 109) ont permis d'obtenir des résultats plus probants, pour des investissements et une structure sociale comparables.

Selon J. Damon, les itinéraires institutionnels des personnes sans domicile sont - aujourd'hui, en France - de plus en plus segmentés. *« La carrière administrative et sociale des SDF est un parcours qui ressemble à un autre jeu, celui du jeu de l'oie : d'une case départ (absence d'emploi et de toit) à une case arrivée (un toit légal et des revenus stables). Entre les deux, le nombre d'étapes intermédiaires a fortement augmenté au cours du temps. Du Samu Social jusqu'aux HLM en passant par des logements d'insertion, des CHRS ou des asiles de nuit, les cases se multiplient. En théorie, le parcours des SDF est envisagé comme un passage de la rue à des accueils d'urgence, puis à des hébergements et des stages d'insertion, et, en bout de course, à une stabilisation des ressources et du logement. Mais cet enchaînement est loin de toujours fonctionner. Notamment parce que les différents paliers sont saturés. Dans ce jeu de l'oie, on voit plus souvent les personnes passer d'une réponse à une autre réponse, d'une case à une autre, sans que ces passages soient inscrits dans une trajectoire vers la stabilité. De nombreux SDF arrivent à s'en sortir grâce aux services et prestations en place. Mais certains en viennent à abandonner le jeu. D'autres ne s'y sont jamais engagés. Ils refusent les services proposés. »*[97]

Les Unités d'hébergement d'urgences (UHU)

Les personnes sans chez soi ont le plus souvent expérimenté à de nombreuses reprises les structures d'hébergement d'urgence. Il existe des différences notoires dans la taille et donc dans l'organisation des UHU. P. Pichon[98] souligne néanmoins que : *«certes, l'accueil dans des centres d'hébergement peut être un soulagement pour ces personnes qui sont non seulement au chaud mais peuvent récupérer les heures de sommeil manquantes ou évacuer le stress des nuits à la rue. Mais l'abri, dans l'espace public ou ailleurs, s'il est investi, « habité », peut être préféré à la structure collective car celle-ci génère un sentiment de relégation sociale. Le sentiment de relégation sociale peut être plus aigu dans une structure collective n'offrant aucune condition décente que dans un abri affichant, dans son agencement intime, le résultat des compétences mises en œuvre pour survivre et se maintenir. Au moins, dans le second cas, l'individu peut-il évaluer ses capacités alors que dans le premier il risque de se voir dépossédé de tout, jusqu'au sentiment de n'être plus qu'un numéro ».*

Nombreuses sont les personnes qui préfèrent la rue, n'acceptant l'UHU qu'à certains moments de besoins particuliers. L'UHU reste une structure pensée pour l' « urgence » et la « mise à l'abri » momentanée. Cette fonction protectrice n'est d'ailleurs pas toujours assurée. Des personnes sans chez soi auditionnées - mais aussi des professionnels travaillant dans ses structures - décrivent des situations d'extrême violence (tentative de meurtre, viols, agression physique), de violence ordinaire (agression verbale, menace, vols) et de violence institutionnelle (mépris, racisme, discrimination).

« Il y a un énorme malentendu entre les travailleurs sociaux et les SDF. Un énorme malentendu. C'est à dire que chacun ne voit pas les mêmes choses… Et ça, les travailleurs sociaux ont du mal à le comprendre. […] Chez les travailleurs sociaux y a toujours cette idée…que ça ne peut pas venir des gens eux-mêmes ». Ainsi comme le souligne ce sans abri toulousain, c'est le plus souvent sur un versant déficitaire que sont qualifiées les personnes fréquentant les dispositifs de l'urgence sociale, alors même que certains « usagers » revendiquent *« une autonomie, une indépendance, une liberté qui cadrent mal avec les logiques institutionnelles »*[xix]. Cet affrontement entre des représentations des professionnels et des souhaits des usagers qui ne coïncident pas ne peut amener de « coproduction » et

[xix] Analyse de témoignages recueillis par l'équipe de l'ORS Midi Pyrénées en août 2009.

nécessite une fonction de médiation ou une fonction de passage que S. Clément, chercheur en sciences sociales et responsable associatif toulousain, définit de la façon suivante : *« Les formules les plus productives ont été crées par des personnes qui se sont décalées par rapport à leur propre fonction. On peut appeler « passeurs » ceux et celles qui se sont éloignés de leur rôle habituel pour opérer auprès des sans chez soi une fonction de passage, afin de rendre perméables des mondes qui se donnent comme peu accessibles l'un à l'autre. C'est le jeu entre la fonction évidente, plus ou moins institutionnalisée (infirmier, travailleur social, bénévole associatif, épicier) et le rôle effectif que l'on remplit auprès de la personne qui peut produire ces passages. Chacun dans son métier, sa fonction, représente la société : c'est avec elle que les sans chez soi ont des conflits. Les décalages qu'opèrent la personne sous l'uniforme de son métier, sa fonction, laissent entrevoir l'appartenance à une commune humanité, propice à permettre des échanges sur lesquels « accueillis » et « accueillants » peuvent négocier.* »[xx]

Les personnes arrivent le soir et repartent le matin et ne peuvent rester dans la structure au cours de la journée. Ceci ne leur permet pas de se poser et de s'organiser pour sortir de la rue si elles le souhaitent et en ont l'énergie. Pour la Cour des comptes[5], ce type d'organisation, loin de permettre d'organiser une sortie de l'itinérance, favorise le maintien dans l'exclusion.

Autre effet pervers des UHU, elles deviennent les lieux d'accueils momentanés des personnes expulsées. En effet, de nouvelles lois favorisent les expulsions locatives[xxi]. Or une de leurs clauses précise qu'il est obligatoire de proposer des solutions de remplacement de logement ou d'hébergement aux personnes expulsées. En pratique, les préfets utilisent l'UHU comme une solution de remplacement obligatoire.[xxii]. Nombreuses sont les voix qui s'élèvent pour souligner les insuffisances de la loi qui instaure le droit au logement opposable, la possibilité d'orienter les personnes requérantes vers des foyers d'hébergement - et non des logements de droit commun –ce qui affaiblit considérablement la portée d'un « droit au logement »[99]. Les personnes expulsées de chez elles se retrouvent alors hébergées quelques jours, le plus souvent avant de se retrouver dans la rue sans qu'aucune solution de relogement durable ne soit trouvée. Elles perdent leur « chez soi » pour un hébergement individuel au mieux, collectif au pire, sans aucune pérennité ni intimité. On comprend dès lors comment une expulsion peut être et rester – malgré l'apparente obligation de relogement – une catastrophe qui conduit à la rue.

Ainsi, loin d'être une première étape vers la sortie de la rue, les UHU maintiennent trop souvent les personnes dans la rue, quand elles ne constituent pas l'ultime étape de la chute dans la rue.

[xx] Contribution au blog « la santé des personnes sans chez soi » créé et mis en ligne dans le cadre de cette mission : http://sanschezsoi.sante.gouv.fr/?page_id=39

[xxi] Le Sénateur Roland Courteau questionnera d'ailleurs cette nouvelle loi en ces termes au Senat : « *Or, la loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion a réduit de trois à un an le délai de sursis censé permettre aux expulsés de retrouver un logement. Une telle mesure devrait encore accroître le nombre de situations dramatiques car, avec cette réduction du délai de sursis à un an, on peut être expulsé avant de voir l'aboutissement de son dossier DALO (droit au logement opposable).* »

[xxii] Madame Boutin, à l'époque Ministre du logement, dira dans une interview du 12 mars 2009 que toutes les personnes expulsées se verront offrir « une solution de remplacement obligatoire de logement ou d'hébergement ». Ce « ou d'hébergement » est particulièrement lourd de conséquence. Concrètement cette décision favorise la perte d'un « chez soi » vers une solution de remplacement qui n'est qu'un « abri temporaire ».

Recommandations

- **Les grandes UHU doivent être fermées progressivement et remplacées au fur et à mesure par des petites structures, mieux intégrées dans le paysage urbain.**

- **Les structures d'hébergement d'urgence doivent accueillir les personnes avec le plus bas seuil d'exigence possible, tant administratif que sanitaire.**

- **Les personnes accueillies doivent pouvoir rester dans la journée, avoir une place stable et être logées en chambre unique.**

- **Rendre obligatoire le développement d'une « charte de la personne hébergée » dans tous les lieux d'hébergement. La définition de cette charte, propre à chaque lieu, se fera systématiquement avec les personnes hébergées et sera affichée et communiquée à tous les hébergés. Elle sera discutée et re-négociable en permanence, dans un processus participatif.**

- **Augmenter l'utilisation des compétences des personnes dans le fonctionnement des lieux d'hébergement.**

- **Les personnes ne doivent plus pouvoir être expulsées si leur situation financière, familiale, sociale ou d'emploi les place à haut risque de se retrouver sans domicile fixe, à moins qu'une solution alternative d'un « chez soi » pérenne ne soit trouvée.**

- **Les expulsions de personnes présentant de graves problèmes de santé doivent faire obligatoirement l'objet de mesures spécifiques préalables prenant en compte les besoins de soins des personnes. Un accompagnement comprenant la mobilisation d'une équipe de soins de proximité doit être systématique.**

Les Centres d'Hébergements et de Réinsertion Sociale (CHRS)

Les CHRS proposent des possibilités d'accueil moins précaires que les UHU, sans logique d'urgence. Ces lieux offrent un hébergement limité dans le temps avec pour objectif la réinsertion sociale.

Pour certaines personnes sans chez soi, les critères de réinsertion sont parfois adaptés et permettent aux acteurs sociaux de leur offrir des perspectives et des objectifs réalistes. Dans de nombreux cas en revanche, des responsables de CHRS témoignent de leurs difficultés à répondre à des objectifs de réinsertion irréalisables au vu des situations des personnes accueillies.

Ces objectifs de réinsertion trop élevés peuvent conduire les responsables à élever le seuil d'exigence de compétences pour les personnes accueillies afin de pouvoir « montrer des pourcentages de réinsertion » en adéquation avec les objectifs affichés dans le projet initial. Par conséquent, les CHRS accueillent de plus en plus de personnes proches du retour à l'emploi et refusent d'accueillir un certain nombre de personnes plus vulnérables.

Le CHRS de stabilisation est une bonne réponse à ce problème de seuil d'exigence car les objectifs ne sont plus la réinsertion par le travail mais par le logement, avec une contrainte de

temps plus souple. Cependant, ces structures restent dans le champ de l'urgence et ne rentrent pas dans le dispositif classique de « l'action sociale ».

Enfin, le problème principal souligné par tous les directeurs de structure demeure le manque de solution de sortie liée à la carence de logements sociaux.

Les personnes les plus vulnérables, qui ont par ailleurs des problèmes de santé, ont plus de risque de perdre leur place en CHRS, du fait même qu'elles ne peuvent parfois pas répondre aux attentes des structures (respect des règles, construction de projets de sortie). Les retours à la rue sont alors (parfois) inévitables. Au fond pour les plus vulnérables *« L'inclusion est accompagné d'injonction : si tu arrêtes de boire je t'intègre,(…) si tu n'étais pas toi je t'intégrerais* » comme le souligne M. Benassayag que nous avons auditionné ; cette posture est impossible à tenir pour l'individu et conduit à une nouvelle rupture dans sa trajectoire de disqualification et d'exclusion.

Recommandations

- **Redéfinir les critères d'insertion utilisés pour l'évaluation des CHRS afin d'être en phase avec les situations des personnes accueillies**

- **Mettre en place une définition d'inclusion de la population cible des CHRS avec des critères de vulnérabilité propices à la sélection des plus vulnérables de façon exclusive.**

Les interactions avec le système judiciaire

« La rue, c'est pire que la prison, t'es tout seul…t'es enfermé dehors »
Parole d'une personne vivant dans la rue

Les rapports entre prison et rue peuvent être vus de plusieurs manières. D'une part, un nombre important de personnes incarcérées étaient sans domicile fixe au moment de leur l'incarcération. D'autre part, il est tout à fait justifié de considérer les personnes vivant en prison comme sans chez soi, au vu des conditions d'incarcération. Les personnes de la rue comparent d'ailleurs souvent l'expérience de la rue avec celle de la prison, en termes de violence et d'exclusion. Enfin, un grand nombre de personnes vont se retrouver à la rue à leur sortie de prison.

<u>La police</u>

Nous avons déjà évoqué les interventions parfois violentes de la Police municipale auprès des personnes sans chez soi. Dans les centres urbains, La Police nationale, généralement plus nombreuse, est désormais bien souvent la profession la plus présente dans l'espace public.

Les policiers auditionnés avouent méconnaître généralement les problèmes de santé des personnes sans abri. S'ils attribuent l'origine des troubles du comportement le plus souvent à l'abus d'alcool ou d'autres substances psychoactives, le lien avec une pathologie mentale est rarement évoqué, faute de connaissances – même basiques – sur ces maladies. S'ils détectent des comportements bizarres, les policiers se retrouvent souvent dans l'obligation de limiter leurs interventions aux arrestations pour des délits faute de partenariat avec les Equipes mobiles psychiatrie précarité, d'expériences négatives avec les services d'Urgences… et de valorisation – dans leur pratique et leur propre évaluation – de ce que pourrait être cette tâche de détection et d'alerte. Dès lors, les principales arrestations se font pour « ébriété sur la voie

publique » ou « trouble de l'ordre public », parfois pour des petits vols[xxiii] ou plus rarement pour « exhibition sur la voie publique ».

Nous verrons plus loin qu'il existe, à l'étranger, des programmes de coopération entre équipe de police et équipe sanitaire qui permettent de diminuer les arrestations et les incarcérations.

Par ailleurs les personnes sans abri portent rarement plainte alors même qu'elles sont bien plus souvent que les autres agressées[39]. Lors des auditions réalisées, elles rapportent (souvent) avoir peu confiance dans la police et avoir peur d'être incarcérées. Des études étrangères anciennes[100,101] révèlent des antécédents d'incarcérations 3 à 5 fois plus fréquents que dans la population générale.

Recommandations

- **Mettre en place des programmes permettant d'éviter l'arrestation (et l'incarcération) des personnes les plus malades, plus particulièrement celles qui sont usagères de substances psychoactives et présentent des troubles psychiatriques, pour des délits mineurs (voir p. 129).**

La justice

L'avocat auditionné dans le cadre de cette mission, spécialisé dans l'accompagnement et la défense des personnes expulsées, vivant en squats ou encore sans titre de séjour, rencontre plusieurs types de problèmes dans sa pratique avec les personnes sans chez soi.

Les personnes ont du mal à respecter les horaires des rendez-vous du fait de leur mode de vie. Elles se font, de plus, souvent voler leurs papiers. La mauvaise maîtrise de la langue française (et le fait d'être étranger) vient compliquer encore un peu plus l'interaction entre les personnes sans chez soi et un système judiciaire au fonctionnement complexe. Il existe rarement un membre de la famille ou un tuteur qui pourrait transmettre les informations minimales nécessaires à une défense des droits de la personne quand celle-ci est déjà incarcérée. D'autre part les avocats commis d'office sont souvent peu au courant du contexte de vie des personnes et assimilent - à tort - maladie mentale et violence d'une part, et itinérance et délinquance d'autre part. Les problèmes de communication et d'organisation nécessitent une dépense de temps et d'énergie disproportionnée au vue de la rémunération prévue par l'assistance juridictionnelle.

Les juges et les experts psychiatres, comme le rappelle A. Lovell dans son rapport sur santé mentale et violence[102], ont tendance à ne plus considérer que la présence de troubles mentaux sévères au moment des faits corresponde systématiquement à une irresponsabilité totale, « *ni même une raison pour atténuer la peine. Une autre cause de cette évolution est le changement profond de conception de certains psychiatres du rôle de la peine privative de liberté qui ne serait plus seulement une sanction mais qui pourrait également être thérapeutique en responsabilisant le délinquant souffrant de troubles psychiques, même s'il n'est pas pleinement l'acteur de ses actes*[103]*. La conséquence la plus tangible de ces différentes prises de position est l'actuelle tendance à la pénalisation de la maladie mentale. Ainsi, les non-lieux psychiatriques, de 0,51 % dans les affaires criminelles en 1990, sont*

[xxiii] Extrait d'un article Internet (le post.fr) de 2008 : « Le "dangereux" SDF récidiviste qui avait volé, mercredi, dans un supermarché de Saint-Herblain, pour 10 euros de nourriture, est passé en comparution immédiate, ce vendredi, devant le tribunal de Nantes. Il vient d'être condamné à trois mois de prison, dont deux avec sursis, ainsi qu'un mandat de dépôt. A la suite du jugement, l'homme a été écroué. »

passés à 0,17 % en 1997. D'autre part, on constate que les jurys d'assises prononcent souvent des peines plus longues pour des personnes souffrant de troubles mentaux et qui ne bénéficient pas d'une irresponsabilité et ceci dans un réflexe de protection vis-à-vis des risques de récidive[104]*).* »

Selon J.L. Roleandt[105], le nombre de non lieux pour irresponsabilité serait constant, environ 250 par an depuis 17 ans .Il semblerait donc que c'est bien plus la longueur des peines, la faible qualité du dépistage des troubles lors des comparutions immédiates, la moins bonne qualité de la défense en cas de précarité et la faible coopération de la psychiatrie avec la police et la justice - en dehors des expertises (absence de stratégie concertée d'évitement à l'incarcération pour des peines minimes) - qui expliquent cette criminalisation. Soulignons néanmoins que cette criminalisation n'est pas assez documentée en termes de données épidémiologiques et que des études plus régulières, nationales, permettraient d'avoir une idée sur l'importance et l'évolution du phénomène.

Quand les personnes sont en plus sans abri, étrangères, le plus souvent sans famille et sans capital social, les chances qu'elles soient bien défendues diminuent, et leurs chances de se retrouver en prison augmentent d'autant. On retrouve ces mêmes risques pour les hospitalisations sous contraintes[106].

Recommandations

- **Développer dans le cadre des associations d'auto-support et d'entraide des programmes spécifiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap et/ou de grande exclusion à l'accès effectif à leurs droits juridiques.**

- **Développer des programmes et des actions de coopérations entre la psychiatrie, la police et la justice.**

- **Revoir la loi de 1970 sur la pénalisation de la consommation de drogues.**

La prison

Pour L. Wacquant, la prison s'inscrit dans une logique de pénalisation de la misère urbaine[107]. La prison française est, selon lui, « *un aspirateur social pour nettoyer les scories des transformations économiques en cours et faire disparaître de l'espace public les rebuts de la société de marché, petits délinquants d'occasion, chômeurs et indigents, sans-abri et sans papiers, toxicomanes, handicapés et malades mentaux…* ». L'enfermement carcéral et l'enfermement de la rue renvoient pour le premier à un contrôle social total et, pour le second, à une carence de contrôle social. Ces deux contextes de vie, extrêmes et violents, ont malheureusement en commun l'absence de chez soi et de graves dommages sanitaires. Dès lors, il apparaît urgent – dans une France « malade de ses prisons » - de ne plus utiliser la prison comme un lieu de relégation de la pauvreté et des personnes en situation de handicap social, physique et psychique.

Avec plus de 60 000 personnes incarcérées en France, il est nécessaire d'analyser les rapports entre rue et prison, ne serait-ce que pour ne pas prendre le risque de masquer à son tour une partie du phénomène « sans chez soi ».

Des données scientifiques confirment qu'il existe une criminalisation de la maladie mentale et de l'itinérance[108], phénomène ancien mais toujours actuel comme l'a montré Foucault[109]. Il

n'est donc pas surprenant que les personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques, cumulant les stigmates, soient plus à risque d'être incarcérées. Il existe un phénomène d'aller et retour entre prison, rue et hôpital psychiatrique bien documenté[110].

Pour l'équipe de santé mentale d'un SMPR (travaillant en prison) auditionnée, il est difficile de trouver des solutions d'hébergement pour les patients quand ils sortent de prison. Un rapport d'activité du SMPR de Marseille avance que 35 % des sortants de prison ayant des problèmes d'usage de substances psychoactives n'ont pas de « chez soi » à la sortie[111]. Selon l'Insee, 16% des sortants de prison sont sans abri à leur sortie[112]. L'Observatoire international des prisons alerte sur l'augmentation importante des malades mentaux sévères en prison en France[113]. Une étude épidémiologique française publiée en 2006[114] confirme d'ailleurs une surreprésentation des troubles mentaux dans les prisons françaises avec des taux comparables à ceux observés dans la rue et les foyers d'hébergements.

Recommandations

- **Interdire les incarcérations dans des lieux pathogènes de personnes déjà malades, notamment les prisons qui n'offrent pas le minimum nécessaire tel qu'il est défini par le droit européen (voir également p. 129).**

- **Développer des programmes de sortie de prisons vers l'habitat en articulation avec les équipes sanitaires et sociales.**

Conclusions provisoires

Les questions de santé sont complexes et renvoient pour une part importante aux conditions concrètes d'existence des individus et à leurs interactions sociales. La vie dans la rue et les alternatives les plus fréquentes qui amènent les personnes sans chez soi à en sortir momentanément, pour y retourner ensuite, souligne combien la santé est souvent un facteur déterminant qui favorise la chronicité du cycle rue/foyer/prison/hôpital.

Dans les parties qui suivent nous tenterons d'affiner l'analyse des interactions entre les personnes sans chez soi et les institutions en s'attardant cette fois-ci sur les situations et expériences qui permettent aux personnes de se sortir de ce circuit « parallèle » de la grande pauvreté. Nous aborderons d'abord les interactions avec le système sanitaire, puis nous analyserons les conditions des possibilités de sortie de la rue lorsque l'on est « malade ».

Références bibliographiques

1 Collectif. *Fiche bibliographique n°1. Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ?* Paris, Conférence de consensus « les sans abris », novembre 007.

2 Clanché F. Le classement des situations de logement. Les sans domicile dans des nomenclatures générales. *In*: Marpsat M, Firdion JM, eds. *La Rue et le foyer. Une recherche sur les sans domicile et les mal-logés dans les années 90*. Paris, INED, Travaux et documents n°144, 2000, pp. 193-210.

3 Firdion JM. Les sans-domicile : de qui est-il question ? Problème de la définition. *In*: Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Editions Inserm, 2005, pp. 95-104.

4 Chambaud L. *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, octobre 2007.

[5] Cour des Comptes. *Rapport public thématique sur les personnes sans domicile*. Paris, La Documentation française, mars 2007.

[6] Damon J. *Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union Européenne. Rapport au Ministre du Logement*. Parsi, avril 2009.

[7] Fondation Abbé Pierre. *L'état du mal-logement en France*. Paris, rapport annuel 2009.

[8] Cour des Comptes. *Rapport public thématique sur les personnes sans domicile*. Paris, La Documentation française, mars 2007.

[9] Castel R. *La montée des incertitudes*. Paris, Seuil, 2009.

[10] Meert H, Benjaminsen L, Cabrera P, et al. *L'évolution des profils des sans-abri : une dépendance persistante à l'égard des services d'urgence en Europe : qui et pourquoi ?* Bruxelles, Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-abri (FEANTSA), novembre 2005.

[11] Beaud S, Confavreux J, Lindgaard J. *La France invisible*. Paris, La Découverte, 2006.

[12] Giulani F, Vidal-Naquet P. Les personnes sans domicile fixe : modes de vie et trajectoires. *In*: Collectif. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*. Paris, La Documentation française, 2002, 359-9.

[13] Brousse C, de la Rochère B, Massé E. Les sans domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds. *In*: Collectif. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*. Paris, La Documentation française, 2002, 395-431..

[14] Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. *Deuxième enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière*. Paris, Observatoire européen de l'accès aux soins, Médecins du Monde, septembre 2009.

[15] Brousse C, Firdion JM, Marpsat M. *Les sans-domicile*. Paris, La Découverte (coll. Repères), 2008.

[16] Marpsat M, Firdion JM. *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 90*. Paris, Ined-PUF, 2000.

[17] Marpsat M, Firdion JM. Paris. *In*: Levison D, ed. *Encyclopedia of homelessness*. Thousand Oaks, Sage, 2004, pp. 441-45.

[18] Giraud M. *Le jeune SDF. Socioanalyse de la précarité*. Paris, L'Harmattan, 2004.

[19] Snow D, Mulcahy M. Stratégies de maîtrise de l'espace, de résistance et de survie des sans-abri à Tucson, Arizona. *In*: Cefaï D, Joseph I., eds. *L'héritage du pragmatisme, conflit d'urbanité et épreuves du civisme*. La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, 2002, pp. 357-58.

Snow D, Anderson L. *Down on their luck: a study of homeless street people*. Berkeley, University of California Press, 1993.

[20] Zeneidi-Henry D. *Les SDF et la ville. Géographie du savoir-survivre*. Paris, Editions Bréal, 2002.

[21] Firdion JM. Bibliographie critique : différentes approches du phénomène des personnes sans domicile. *Population* 2005; 60: 569-86.

[22] Rullac S. *Et si les SDF n'étaient pas des exclus ? Essai ethnologique pour une définition positive*. Paris, L'Harmattan, 2004.

[23] Laporte A, Le Ménier E, Oppenchaim N, Pourette D, Carpentier S. *Survivre ou faire l'amour ? La pluralité des expériences affectives et sexuelles de personnes sans domicile fixe. Rapport à l'INPES*. Paris, Observatoire du SAMU social, mars 2007.

[24] Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Editions Inserm, 2005.

[25] Firdion JM, Marpsat M, Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. Vie et santé des personnes sans domicile à Paris. *In* : Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risque et santé*. Paris, Editions Inserm, 2001, pp. 167-85.

[26] De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *Insee Première*, avril 2003, n°893.

[27] Hassin J. Etat de santé et prise en charge des populations sans domicile fixe à Paris. *In* : Chauvin P, Lebas J, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1998, pp. 107-118.

[28] Collectif. Les personnes sans domicile. *In* : Médecins du Monde et ORS Midi Pyrénées. *Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*. Paris, Médecins du Monde, octobre 2008, pp. 137-146.

[29] Samu social de Paris. *Rapport d'activité 2008*. Paris, Samu social, 2009.

[30] Moulin JJ, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, Guéguen R. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704128 personnes en situation de précarité à une population de 516607 personnes non précaires, France, 1995-2002. *BEH* 2005; 43: 213-15.

[31] Founier L, Mercier C, eds. *Sans domicile fixe : au delà du stéréotype*. Montréal, Méridien, 1996.

[32] Schieffelbein C, Snider D. 1988. Tuberclosis control among homeless populations. *Arch Internal Med* 1988; 148: 1843-46.

[33] Antoine D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006. *BEH* 2008; 10-11: 69-72.

[34] Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006. *BEH* 2008; 43: 418-20.

[35] Laporte A, Rouvel-Tallec A, Grosdidier E, et al. Epilepsy among the homeless: prevalence and characteristics. *Eur J Public Health* 2005; 16: 484-6.

[36] Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France*. Paris, La Documentation française, 1994.

[37] Chauvin P. Comment objectiver et construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ? *In* : Richard C, éd. *Les Ateliers Santé Ville*. Paris, Editions de la DIV (coll. Repères), 2007, 40-50.

[38] Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé. *In*: Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D, eds. *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2007, 331-41.

[39] Founier L, Mercier C, eds. *Sans domicile fixe : au delà du stéréotype*. Montréal, Méridien, 1996.

[40] Brickner PW, McAdam JM, Torres RA, et al. Providing health services for the homeless: a stitch in time. *Bull NY Acad Med* 1993; 70: 146-70.

[41] Wen CK, Hudak PL, Hwang SW. Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *J Gen Intern Med* 2007; 22:1011-7.

[42] Terrolle D. La mort des SDF à Paris : un révélateur social implacable. *Etudes sur la mort* 2002; 122: 55-68.

[43] Hirsch M. La réduction des inégalités de santé est au coeur de la cohésion sociale. *BEH* 2007; 2-3: 9.

[44] Equipe mobile santé mentale communautaire. *Mortalité des personnes sans abri à Marseille : premières données et premières analyses*. Marseille, Médecins du Monde et AP-HM, janvier 2009.

[45] Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine* 2008; 5: e 225.

[46] Kovess V, Mangin Lazarus C. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 580–87.

[47] Laporte A, Mercuel A, Chan-Chee C, Douay C, Zucca S, Chauvin P. *Estimer la prévalence des troubles psychiatriques en population SDF : quel dispositif ?* XXIVème Journée scientifique EPITER, Paris, 20 mars 2009, abstract book: O4.

[48] Snow DA, Baker SG, Anderson L, Martin M. The myth of pervasive mental illness among the homeless. *Social Problems* 1986; 33: 407-23.

[49] Foucault M. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris, Gallimard, 1975.

[50] Wright JD. *Address unknown: the homeless in America*. New York, Aldine de Gruyter, 1989.

[51] Snow DA, Anderson L, Koegel P. Distorting tendencies in research on the homeless. *Am Behav Scientist* 1994; 37: 461-75.

[52] Lovell A. 1992. *Marginal arrangements :homelessness, mental illness and social relations*. New York, Columbia University, Thèse d'Anthropologie, 1992.

[53] Hopper K. *Reckoning with homelessness*. Ithaca, Cornell University Press, 2003

[54] Gaboriau P, Terrolle D. *Ethnologie des sans-logis : étude d'une forme de domination sociale*. Paris, L'Harmattan, 2003.

[55] Pichon P. La manche, une activité routinière. Manières de faire. *Annales de la recherche urbaine* 1993; 57-58: 146-57.

[56] Jamoulle P. *Drogues de rue, récits et style de vie*. Paris, De Boeck, 2000.

[57] Benoist Y. *Sans-logis de Paris à Nanterre, ethnographie d'une domination ordinaire*. Paris, L'Harmattan, 2008.

[58] Anderson. *The sociology of the homeless man*. Chicago ,University of Chicago Press, 1923.

[59] Händlhuber H. *Die Hölle kenn ich schon [l'enfer je connais déjà]*. Leipzig, Engelsdorfer-Verlag, 2005.

[60] Estebe *M. Mémoire de DEA d'anthropologie médicale*. MMSH, Aix-en-Provence, 2005.

[61] Lovell AM. Seizing the moment: power, contingency, and temporality in street life. *In*: H. Rutz H, eds. *The Politics of time*. Washington DC, American Ethnological Society, 1992.

[62] Koegel P, Burnam MA. Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1011-8.

[63] CCOMS 2006 : http://www.epsm-lille-metropole.fr rubrique CCOMS

[64] Garrett G, Bahr H. 1973. Women on skid row. *Quartely J Stud Alchool* 1973; 34: 1228-43.

[65] Händlhuber H. *Après la Rue*. Verdière, Editions Presque Lune, 2009.

[66] Corrigan E, Anderson S. 1984. Homeless alcoholic women on skid row. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984; 40: 535-49.

[67] Minkowsky E. *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris, Presses Universitaires de France, 1995.

[68] Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 180-91.

[69] Laporte A, Douay C, Detrez M-A, Chauvin P. *Premiers résultats de l'enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagères des services d'aide dans l'agglomération parisienne*. Paris, Observatoire du Samusocial, 2009.

[70] Goodman LA, Dutton MA, Harris M. Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. *Am J Orthopsychiatry* 1995; 65: 468-78.

[71] Tyler KA. A comparison of risk factors for sexual victimization among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual homeless young adults. *Violence Vict* 2008; 23: 586-602.

[72] Prigerson HG, Desai RA, Liu-Mares W, Rosenheck RA. Suicidal ideation and suicide attempts in homeless mentally ill persons: age-specific risks of substance abuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 213-9.

[73] Neale J. Suicidal intent in non-fatal illicit drug overdose. *Addiction* 2000; 95: 85-93.

Neale J, Kennedy C. Good practice towards homeless drug users: research evidence from Scotland. *Health Soc Care Community* 2002; 10: 196-205.

[74] Declerck P. *Les naufragés, avec les clochards de Paris*. Paris, Plon, 2001.

[75] Benoist Y. *Sans-Logis De Paris À Nanterre - Ethnographie D'une Domination Ordinaire*. Paris, L'Harmattan, 2008.

[76] Gardella E, Le Méner E. SDF victimes du 'nettoyage' des espaces publics ? *In :* Hossard N, Jarvin M, eds. « *C'est ma ville ! » De l'appropriation et du détournement de l'espace public*. Paris, L'Harmattan, 2005.

[77] Doherty J, Busch-Geertsema V, Karpuskiene V, Korhonen J, O'Sullivan E, Sahlin I, Tosi A, Petrillo A, Wygnaska1 J. Homelessness and exclusion: regulating public space in European cities. *Surveillance & Society* 2008; 5: 290-314.

[78] Firdion JM. En deça de l'emploi, en deçà du logement : des écueils pour l'insertion. *Savoir agir* 2009; 8: 67-78.

[79] Fischer P. The criminalization of Homelessness. *In:* Robertson MJ, Grennblat P, eds. *Homelessness : a national perspective*. New York, Springer, 1992, pp. 54-64.

[80] Simons R, Whitebeck B, Bales A. Life on the street : victimizarion and psychological distress among adult homeless. *J Interperso Violence* 1989; 4: 482-501.

[81] Singer S. Victim of serious violence among mentally disordered: generating useful knowledge. *Int J Law Psychiatry* 1996; 2: 249-57.

[82] Le groupe amitiés fraternités à Toulouse (Dossier). *Lien social* 2008; 907: 10-6.

[83] Frechon I. Situation sociale et familiale de jeunes femmes après un placement au cours de leur adolescence. Colloque CERC, DEP, CNAF, DREES *« Le devenir des enfants de familles défavorisées en France »*, Paris, 1er avril 2004.

[84] Corbillon M, Assailly JP, Duynme M. L'aide sociale à l'enfance : dépendance et devenir adulte des sujets placés. *Population* 1998; 2: 473-79.

[85] Firdion JM. Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile. *Economie et Statistique* 2006; 391-392: 85-114.

[86] Collectif. *Rapport du jury d'audition*. Paris, Conférence de consensus « Les sans abris », novembre 2007.

[87] Association pour la promotion de l'action et de l'animation sociale. *Personnes à la rue à Rennes. Etude sur les sans domicile fixe*. Rennes, novembre 2005.

[88] Association Femmes-SDF, Vanneuville MC. *Femmes en errance - de la survie au mieux-être*. Lyon, Chronique sociale, 2004.

[89] Association « Femmes SDF ». *Femmes en errance dans l'agglomération grenobloise. Recherche action, septembre 2001-juillet 2003*. Grenoble, Femmes SDF, 2004.

[90] Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. *Deuxième enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière*. Paris, Observatoire européen de l'accès aux soins, Médecins du Monde, septembre 2009.

[91] Entretien avec Nicole Maestracci, présidente de la Fnars. *Le lien social* 2009; 930 : 15.

[92] Edgar B, Doherty J, Meert H. *Immigration and homelessness in Europe*. Bristol, Policy Press, 2004.

[93] Daly G. Migrants and gate keepers: The links between immigration and homelessness in Western Europe. *Cities* 1996; 13: 11-23.

[94] Soussan J. *Les sdf africains en France. Représentations de soi et sentiment d'étrangeté*. Paris, CEAN-Karthala, 2002.

[95] Dacher M. Soussan, Judith. — Les sdf africains en France. Représentations de soi et sentiment d'étrangeté ». *Cahiers d'études africaines* 2004; 176: 980-2.

[96] OMS Europe. *Le logement et la santé. Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé*. Copenhague, OMS Europe, document de travail n° EUR/04/5046267/12, avril 2004.

[97] Damon J. Zéro SDF : un objectif souhaitable et atteignable. *Droit social* 2008; 3: 349-59.

[98] Pichon P. *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*. Paris, Aux lieux d'être, 2007.

[99] Bouillon F, Girard V, Musso S. Du droit au logement aux expériences de l'habiter : ce que la « folie » nous enseigne. *Bulletin Amades* 2007; 69.

[100] Newton J, Geddes J, Bailey S, Freeman C, Mcaleavy A, Young G. Mental health problems of Edinburgh roofless. *Br J Psychiatry* 1994; 165:537-40.

[101] Lindelius R, Salum I. Criminality among homeless men. *Br J Psychiatry* 1976; 165: 537-40.

[102] Lovell AM. *Violence et santé mentale. Rapport préparatoire à l'élaboration du plan « Violence et santé »*. Paris, 2005.

[103] Bénézech M. Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques. *Journal français de psychiatrie* 2000; 13: 23-4.

[104] Senon JL.2004. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Annales médico-psychologiques* 2004; 162: 646-52.

[105] Roelandt JL. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *L'information psychiatrique* 2009; 85: 525-35.

[106] Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Invonluntary commitment in psychiatric care : what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 360-5.

[107] Wacquant L. *Punir les pauvres : le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*. Marseille, Agone, 2004.

[108] Michaels D, Zoloth SR, Alcabes P, Braslow CA, Safyer S. Homelessness and indicators of mental illness among inmates in New York City's correctional system. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 150-5.

[109] Foucault M. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard, 1975.

[110] Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 103-9.

[111] Centre Spécialisé de Soin de Dépendance, AP-HM, Centre pénitentiaire de la prison des Baumettes. *Rapport d'activité*. Marseille, 2008.

[112] Guilloneau M, Kensey A, Mazuet P. Les ressources des sortants de prisons. *Les Cahiers de démographie pénitentiaire* 1998; 5: 1-4.

[113] Observatoire international des prisons. *Rapport 2005 : les conditions de détention en France*. Paris, La Découverte - OIP, 2005.

[114] Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, Rouillon F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006; 21: 33.

Interactions avec le système de santé

Le droit à la santé : mythe ou réalité ?

La Constitution française inscrit le droit à la santé comme un droit fondamental. Si l'on se réfère au rapport européen 2006 de la FEANTSA[1], on remarque combien ce droit n'est pas effectif pour les personnes sans chez soi qui - conséquence mais aussi cause - ne sont pas considérées comme des citoyens à part entière. On y lit notamment : *« le besoin est criant de promouvoir la reconnaissance des personnes sans domicile dans leur citoyenneté à part entière – c'est-à-dire avec les mêmes droits que n'importe quel autre citoyen, et de sensibiliser l'opinion à leur état de santé déplorable. Il est vital de corriger la croyance selon laquelle les personnes sans domicile sont responsables de leur situation et qu'elles ont, d'une certaine manière, renoncé à leurs droits lorsqu'elles ont perdu leur logement ».*

Ainsi, la FEANTSA plaide pour réduire ce qui est l'un des plus graves scandales de nos sociétés industrialisées - laisser mourir à la rue nos concitoyens les plus fragiles en invoquant leur libre arbitre – et souligne, avec d'autres, l'urgence à agir !

« Tant qu'on a la santé…. »

La santé est une ressource, un capital ; elle est synonyme de force de travail, de capacité à résister aux aléas de la vie et, pour les sans chez soi, à affronter les risques inhérents à la vie à la rue. Un membre du GAF à Toulouse nous a déclaré : « *A la rue on se sent invincible* », et pour le rester il faut développer des stratégies de protection. Dans l'expérience de la Halte Santé[i] toulousaine, où sont reçues des personnes sans chez soi pour des séjours de repos et de soins, on retrouve chez les personnes accueillies ce que l'on peut qualifier de « compétence de la vie à la rue ». Puis, peu à peu le corps devient trop fragile et alors il est temps de sortir de la rue… Les personnes l'expriment très bien ; encore faudrait-il qu'elles puissent trouver des solutions adaptées à leurs modes d'habiter. Ainsi, cette mesure du bénéfice / risque par les personnes sans chez soi n'est que rarement entendue - ce qui pose problème car si « avoir un toit doit être un droit reconnu à chacun[2] », seules un tiers des personnes reçues dans les LHSS peuvent bénéficier d'une solution de sortie de rue, malgré un état de santé très dégradé[3].

Tout se passe comme si la santé était le seul bien des personnes sans chez soi. Elles n'ont pas droit à l'erreur car pour elles les systèmes d'assurance ne rattrapent pas…manque de réseau relationnel, absence d'économies pouvant amortir les aléas de la vie, travaux pénibles et conditions de vie défavorables à la santé. Alors quand la maladie ou l'épuisement s'installent, perdre son logement devient facile (expulsions par créances non recouvrées), ce qui entraîne l'aggravation des symptômes. Ceci est vécu comme une injustice et un sentiment de profonde discrimination. Les témoignages des militants d'ATD Quart Monde[4] le montrent clairement : *« Les gens ne vont plus se faire soigner ». « On est montré du doigt : la CMU c'est une étoile jaune ». « Toi tu es normal, tu n'es pas un vieux chien qui traîne dans la rue. Ben non, tu as une vrai Sécu ». « Nous on a une sous-Sécu. C'est comme ça et tu ne peux rien dire ». « Il faut un parcours de soins ….. de bon patient…. Des patients ! De la patience tu veux dire pour attendre les rendez-vous, attendre qu'on veuille de nous, attendre qu'on nous refuse, qu'on nous mette sur une voie de garage. Ben non on n'est plus patient c'est fini !!! ».*

Ainsi les pauvres doivent faire preuve de soumission et la loi de lutte contre les exclusions n'a, de ce point de vue, que peu ou pas changé les représentations : relever du système

[i] Lits Halte Soins Santé- structure médico-sociale

d'assistance conserve un coût symbolique, comme l'a bien décrit I. Parizot[5]. Le bon pauvre reste encore, comme au XIX^{ème} siècle, celui qui ne boit pas, qui est docile et qui doit se satisfaire de ce qu'on lui propose ! La logique compassionnelle enferme l'individu dans un statut d'assisté et de victime d'une société qui le considère comme un corps souffrant et non comme une personne capable de compétences. Pourtant les sans chez soi ne revendiquent le plus souvent qu'une chose : faire valoir leurs droits !

Il s'agit parfois d'un discours de sourds qui poussent les individus à la désespérance, ainsi ce témoignage sur les renoncements aux soins : *« De toute façon, je vais mourir, de toute façon, c'est ma faute si je suis malade ; et en plus je suis pauvre. Autant que je meurs. […] Ils n'ont qu'à nous euthanasier tout de suite puisqu'on leur coûte des sous ; ils n'ont qu'à nous piquer tout de suite. ….]Ils n'arrêtent pas de nous dire qu'on n'est pas des responsables. Si on n'est pas des responsables, ils n'ont qu'à nous piquer et nous dégager. On a plusieurs cas où les gens ont arrêté leurs médicaments parce qu'ils ne peuvent plus payer dans le foyer*[4] ».

Les dispositifs et leurs limites

De la santé aux soins

Le malentendu entre un système de santé axé sur le soin curatif et un « usager » qui tend, lui, à améliorer son « bien être », cette contradiction entre la perspective médicale de la santé et sa perspective « profane » largement décrite dans l'ensemble de la population, se trouvent encore amplifiés pour les personnes sans chez soi. Ce malentendu va jusqu'au « non entendu » qui peut pousser au passage à l'acte, tel ce « SDF » venant aux urgences pour obtenir un traitement psychotrope et, devant ce qu'il estime être « l'indifférence des soignants », cognait sur tout ce qui était à sa portée… ainsi disait-il « *ils ont fait enfin attention à moi et m'ont soigné comme on soigne un malade*[ii] ». De même, les soignants sont souvent frappés par des tableaux cliniques de grande incurie présentés par certaines personnes sans abri. L'équipe mobile sociale et de santé toulousaine a suivi pendant plusieurs mois une personne qui, suite à un traumatisme oculaire, a présenté une infection puis un abcès oculaire jusqu'à la perte de son œil. Il a toujours refusé tout traitement !

Les réponses apportées par le système de santé à la problématique des inégalités sociales de santé, ont été essentiellement centrées sur l'accès aux droits de santé pour tous avec la mise en place d'une couverture maladie universelle. C'est un préalable nécessaire mais non suffisant. Autre point, le législateur même s'il a dans le cadre de la Loi de Lutte contre les Exclusions[iii] mis en place des dispositifs spécifiques destinés aux plus démunis, a favorisé un accès aux soins dans le cadre du système de droit commun. Les conditions favorables pour que les personnes sans chez soi puissent allez vers un soin de qualité ne sont toujours pas remplies. Il en est pour preuve leur état de santé très dégradé et qui est en décalage avec l'amélioration globale de la santé des français mesuré sur des indicateurs tels que l'espérance de vie, les taux de morbidité et mortalité rapportés à l'âge et la santé ressentie.

Enfin, un certain nombre de points que nous allons développer plus avant dans ce document restent très problématiques :

- *Le droit à la couverture maladie universelle n'est pas effectif pour tous puisqu'il laisse les personnes sans papier hors du dispositif*

[ii] Consultant centre de soins Toulouse
[iii] PASS et PRAPS

- *Les plus vulnérables ont une méconnaissance des dispositifs, ainsi 20% des personnes relevant théoriquement de la CMU n'en font pas la demande*[6]
- *Le système de soin est complexe, basé sur une offre de service fragmentée, loin de ce qui semble être retenu comme critère de qualité pour les plus vulnérables : le guichet unique*
- *Il existe des refus de soin de la part des prestataires au regard du type de couverture sociale comme l'ont montré les enquêtes de MdM et du fond CMU*
- *Des inégalités territoriales d'accès aux soins sont importantes du fait de nombreux spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires (secteur 2)*

Les couvertures maladie

La CMU – l'AME

Principales conditions et type d'accès

La **CMU** (couverture maladie universelle) de base permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis plus de trois mois[iv] de manière stable et régulière[v], avec ou sans domicile fixe et qui n'est pas déjà couvert par un régime de Sécurité sociale. L'affiliation à la CMU de base est – au moins en théorie - immédiate et automatique. Les assurés doivent s'acquitter d'une cotisation de 8 % de leurs revenus fiscaux. Cette cotisation n'est pas due sur la part des revenus inférieure à un plafond déterminé (8774 € en 2009) ; ainsi les bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU complémentaire sont exonérés de cette cotisation. La **CMU complémentaire** (CMU-C) est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire. La CMU-C est accordée pour un an sous condition de ressources. Au 1er juillet 2008, le plafond annuel de ressources pour bénéficier de la CMU-C est fixé à 621 euros par mois pour une personne seule en métropole. Dans le cadre du parcours de soins coordonnés elle permet de bénéficier de la prise en charge du ticket modérateur[vi]), il n'y a plus d'avance de frais (y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale des tarifs conventionnés) et le forfait journalier hospitalier. En outre, les bénéficiaires n'ont pas à payer la participation forfaitaire d'un euro. En 2008, 4,2 millions de personnes bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire.

Depuis 2005, l'objectivation de la fréquence des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C a fait l'objet de plusieurs enquêtes :

- Le Fonds CMU a diligenté une enquête, menée en 2005, dont les résultats ont été publiés en juin 2006[7], auprès de 215 médecins et dentistes dans le département du

[iv] Le délai de trois mois n'est pas opposable aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage dans le cadre d'un accord de coopération, aux bénéficiaires de certaines prestations (prestations familiales, prestations logement, RSA ou autre), et aux étrangers reconnus réfugiés ou ayant demandé le statut de réfugié.

[v] Les personnes étrangères doivent avoir un titre de séjour en cours de validité ou un document attestant qu'elles ont demandé le renouvellement du titre de séjour ou encore une attestation de dépôt de demande d'asile (c'est la résidence régulière).

[vi] Les praticiens conventionnés en secteur 2 ne peuvent pas demander de dépassement aux patients bénéficiant de la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière de ces derniers. Ils doivent également appliquer le tiers payant intégral et l'Assurance maladie leur verse directement le montant de leurs honoraires au tarif opposable (base de remboursement de l'Assurance maladie). Concernant les prothèses dentaires, les dentistes sont dans l'obligation de rester dans les limites du forfait.

Val-de-Marne. Elle conclue à un taux de refus élevé pour les médecins spécialistes (41%) comme pour les dentistes (39,1%). Celui des médecins généralistes est de 4,8 % (1,6% pour les généralistes du secteur 1 et 16,7% pour ceux du secteur 2).

- Fin 2005, Médecins du Monde réalise une enquête de testing auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France et conclue que 10% des médecins testés refusent les soins aux bénéficiaires de la CMU.[8]
- En janvier 2009, une seconde enquête diligentée par le Fonds CMU, réalisée par testing à Paris, observe des taux de refus de 32% pour les dentistes, 19% pour les généralistes (9% en secteur 1 et 33% en secteur 2), 31% pour les ophtalmologues, 38% pour les gynécologues (17% en secteur 1 et 40% en secteur 2)… et « seulement » 5% en radiologie. [9]
- En février 2009, un sondage LH2/CISS indique que les refus de soins touchent essentiellement les personnes aux revenus les plus faibles et que plus de 60% des personnes qui se sont vus opposer un refus de soins sont bénéficiaires de la Couverture maladie universelle.
- En mai 2009, une nouvelle enquête de *testing* réalisée par le CISS, la FNATH et l'UNAF[10] auprès des spécialistes de secteur 2 dans plusieurs villes de France montre que 22% d'entre eux refusent les soins aux bénéficiaires de la CMU-C (jusqu'à 50% à Paris) : notamment 16% des ophtalmologistes ou des dermatologues et 41% des psychiatres.

Dès 2006, La Halde a confirmé le caractère discriminatoire des refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C et établi 13 excellentes recommandations pour lutter contre cette pratique[11] ; des recommandations qui n'ont pas toutes été suivies d'effets.

Recommandations

- **Nous recommandons, comme la Halde, d'autoriser expressément, par décret, les particuliers et les associations agissant dans le domaine de la santé ou de l'action sociale à saisir les chambres disciplinaires et les sections des assurances sociales des ordres (en particulier au nom de personnes sans chez soi victimes de tels refus).**

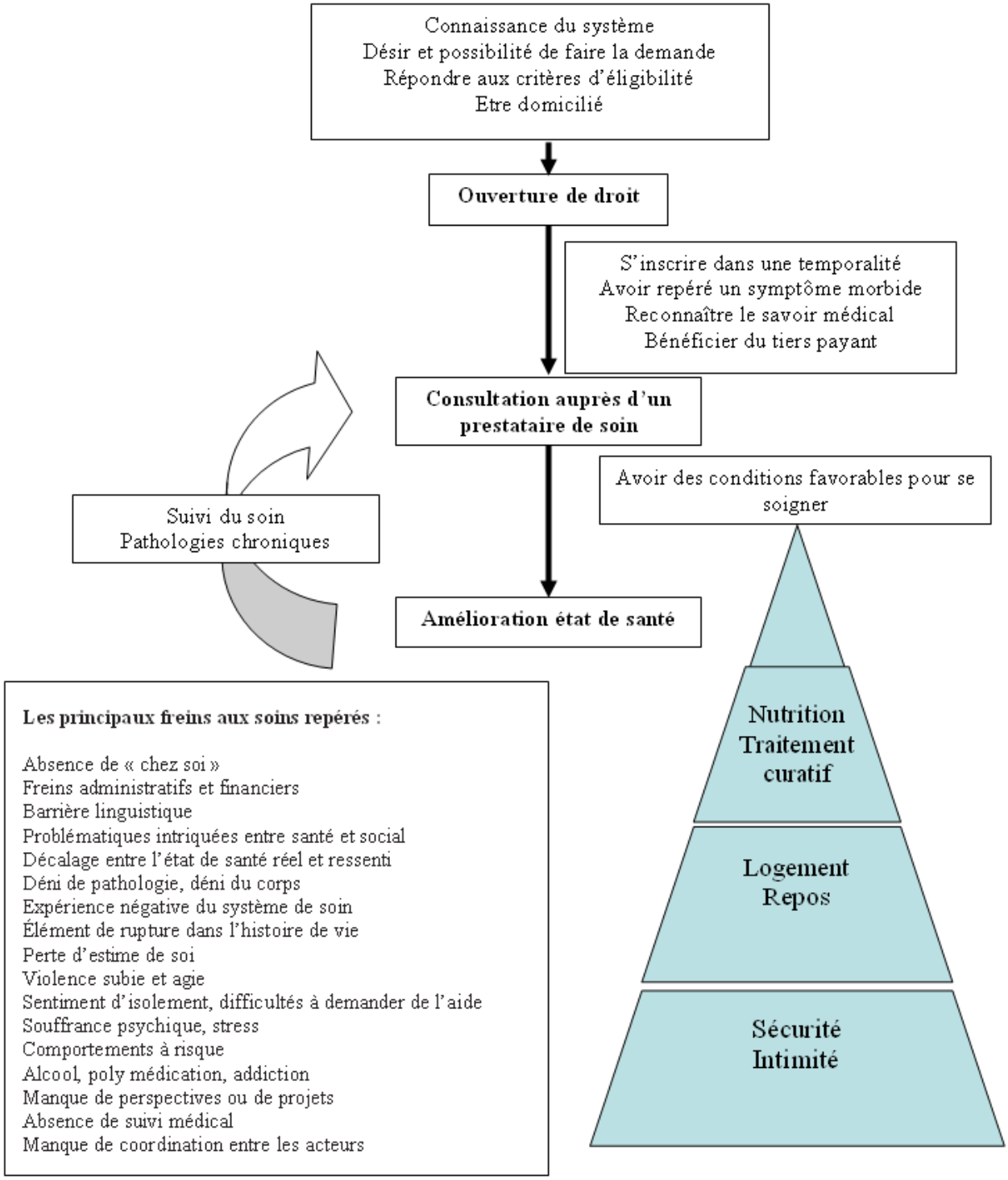
L'**aide médicale d'État** (AME) est principalement destinée à prendre en charge les dépenses médicales des étrangers en situation irrégulière et sans ressource résidant en France.

Instaurée le 1er janvier 2000, l'AME donne droit aux soins médicaux et aux prescriptions médicales, aussi bien en hôpital qu'en médecine de ville, dans la limite des tarifs conventionnels. Le bénéficiaire de l'AME doit résider en France depuis plus de trois mois[vii], ce qu'il doit prouver en fournissant pour chaque mois un justificatif de présence (visa expiré, facture d'hôtel, inscription scolaire…). Ses ressources doivent être inférieures au plafond fixé pour la CMU complémentaire. L'AME doit être redemandée chaque année. En 2007, un rapport d'audit sur l'AME est réalisé par l'IGAS et l'IGF.[12] Il observe que le nombre de ses bénéficiaires a atteint 192 000 en 2006, malgré des conditions d'accès progressivement durcies. Les dépenses annuelles s'élèvent en moyenne à 326 millions d'euros. Les rapporteurs

[vii] Les personnes en situation irrégulière et présente depuis moins de trois mois peuvent bénéficier, en théorie, d'une prise en charge limitée aux soins les plus urgents, dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

constatent que les dépenses par bénéficiaire restent contenues, proches de la moyenne générale malgré la surreprésentation de certaines maladies (VIH, tuberculose, hépatite C), qu'elles correspondent à de véritables soins avec des risques de fraude limités et sont donc parfaitement justifiées en termes de santé publique. Ils proposent d'apurer la dette de l'Etat envers la CNAMTS et de porter le financement annuel de l'AME à 500 millions d'euros.

Figure 3. Les conditions nécessaires aux soins
(source : Projet d'accès à la santé dans 8 CHRS toulousains).



Le système de soin de droit commun

Consulter dans le système de droit commun nécessite des préalables tels que le montre le schéma n° 1. Comme il a souvent été souligné, les « sans chez soi » ont un recours aux soins qui est loin de suivre le parcours classique recommandé dans le cadre du dispositif « médecin traitant ». Nous ne reviendrons pas dans ce chapitre sur les comportements des personnes elles-mêmes, mais nous analyserons ce qui, dans l'organisation du système, est un frein à leur accès aux soins.

En préambule, nous citerons les recommandations de bonnes pratiques issues du travail des acteurs de terrain et des réseaux[viii] :

- Travailler en pluridisciplinarité
- Mettre en place des stratégies de soin :
- Remplacer « l'acte » par « la stratégie », « l'objectif à atteindre par la personne » par « la direction à suivre avec la personne »
- Adapter la temporalité médicale à la temporalité de la personne
- Poser un cadre de prise en charge négociée et expliquée à la personne et le tenir
- Maintenir le lien, être dans l'empathie
- Réorienter si la prise en charge n'est pas possible et s'assurer de l'effectivité de l'orientation
- Adapter la pratique au potentiel d'autonomie de la personne
- Suivre les recommandations de bonnes pratiques médicales pour les actes techniques

L'ambulatoire

Le parcours de soin : « médecin traitant »

Le libre choix du médecin par le patient se conjugue souvent pour les sans chez soi en libre choix du patient par le médecin ! Une enquête[13] auprès de 40 médecins généralistes toulousains en 2005 montrait qu'ils avaient en moyenne 10% de patients en situation de précarité dans leur clientèle (CMU – AME) mais que, plus la présentation physique des personnes étaient dégradée, plus la mixité de population dans les salles d'attente était problématique. Ainsi un médecin généraliste voyait son patient sur le pas de la porte quand il était trop alcoolisé, sale et malodorant…

Il existe naturellement, dans chaque territoire, des médecins plus sensibilisés que d'autres à la question du « social » ; ceux ci sont en général repérés par les acteurs sociaux et les réseaux puisqu'ils reçoivent plus facilement les publics spécifiques[ix]. Une étude menée dans les Bouches du Rhône par l'ORS PACA auprès de 434 médecins généralistes montre que la plus grande part des activités en direction des populations démunies semble être assurée par un tiers environ des médecins[14]. L'expérience des réseaux ville hôpital « santé précarité » ou « addiction » qui ont tenté de mobiliser plus largement d'autres médecins moins sensibilisés se révèle décevante. Le médecin libéral acquière lors de sa formation un corpus technique et scientifique mais il va adapter sa pratique – et les contours de sa mission - en fonction d'éléments plus personnels (formations post universitaires, expériences de vie, engagements associatifs, etc.…). Cette diversité possible de la pratique libérale est riche car elle permet une diversité de choix pour les patients. Pourtant elle ne garantit pas une prise en charge de tous et

[viii] Notamment du réseau santé précarité toulousain.
[ix] Dans cette catégorie on peut classer les grands marginaux mais aussi les toxicomanes.

certains publics à prise en charge plus complexe sont laissés pour compte comme en témoignent les refus de soins cités plus haut. Prendre en charge des publics spécifiques nécessite en effet une pratique adaptée et, donc, une formation (complémentaire) elle aussi adaptée (d'où l'importance, dans la formation initiale, des stages chez les praticiens de ville ou dans les PASS hospitalières pour les futurs praticiens, ou encore les enseignements universitaires ou de formation médicale continue sur ces sujets qui, les uns comme les autres, ne concernent malheureusement qu'une petite minorité des médecins libéraux). Dans une structuration de l'offre de soins où, d'une part, le patient a l'obligation de s'inscrire auprès d'un généraliste et où, d'autre part, le nombre de généralistes se restreint dans certains territoires[15] (ainsi que la disponibilité des praticiens libéraux en secteur I, notamment dans les grandes villes[16]) et où, enfin, il n'y a pas d'obligation réglementaire pour les libéraux à inscrire tous les patients relevant de leur territoire d'installation, une sélection des patients existe *de facto*.

La fragmentation et l'éclatement des prises en charge

Un des premiers outils à mettre en place pour le médecin généraliste serait la constitution d'un réseau médico-social sur son territoire. Ceci avait déjà été relevé en 1999 dans l'enquête de l'ORS-PACA qui montrait « *que la prise en charge de nombreux patients ayant des revenus inférieurs ou égaux au RMI implique, de la part des médecins, une plus grande coordination avec le secteur social. Il existe déjà un renforcement manifeste des liens entre les deux secteurs mais aussi de la part des médecins, une recherche d'aide et d'information qui reste encore mal déterminée* »[14]. Dans l'enquête toulousaine citée précédemment[13], il ressort que les médecins se construisent des réseaux d'adresses au cas par cas mais n'ont pas une connaissance exhaustive des ressources potentielles sur leur territoire. Dans certaines régions, le PRAPS a tenté de promouvoir des formations interdisciplinaires pour remédier à cela. Ces formations basées sur le volontariat ont vite montré leurs limites. Seule l'inscription de ce type de formation dans le cursus initial et obligatoire des médecins peut remédier à ce biais de sélection.

La notion de médecin de famille s'est peu à peu délitée avec le temps. Tout se passe comme si chaque acteur de soin assurait une prestation de service, charge à l'usager de se repérer dans le paysage sanitaire.

Même s'ils sont de natures différentes, les systèmes de régulation mis en place progressivement par le législateur (franchise, parcours de soin…) ont pour conséquence d'une part, la création d'un maillage entre les différents niveaux de soin (ce qui est positif) mais également, d'autre part, la création de contraintes nouvelles dans le libre accès au médecin libéral. Ces mesures sont susceptibles d'avoir un effet catastrophique pour les personnes sans chez soi : pour elles (comme d'ailleurs pour toutes les personnes vulnérables ou en situation précaire), la « responsabilisation » si chère au législateur risque de se traduire en une mise à distance encore accrue du système de soins primaires. Les contraintes qui pèsent sur leur quotidien les obligent à développer des capacités de « survie » pour les actes essentiels tels que manger, se laver, dormir. Tout ce qui n'est pas dans les priorités vitales risque donc d'être relégué au deuxième plan. Si des contraintes nouvelles surgissent telles que des freins financiers, ils renoncent aux soins et n'y accèdent plus qu'en urgence, via les urgences hospitalières, dans des états de santé aggravés. A l'inverse, tout ce qui va développer l'accompagnement et le lien va permettre une inscription de la personne dans une temporalité autre que celle de l'urgence et l'inscription dans une stratégie de soin. On pourra ainsi mettre en place un suivi du soin, des démarches de prévention et réduire les recours itératifs aux urgences.

L'isolement de la pratique libérale

Les personnes sans chez soi sont globalement reléguées hors du corps social. Le cumul de difficultés, de ruptures, de douleurs, de violence, qu'ils portent oblige à une prise en charge pluridisciplinaire, pour diversifier les réponses mais aussi pour supporter la charge émotionnelle liée à ce type de suivi. Ainsi le reconnaissent toutes les équipes travaillant auprès de ces publics : seul, on ne peut rien. Ceci vaut bien sûr pour le soin qui ne peut être efficace que dans le cadre d'une prise en charge médico-psycho-sociale. L'isolement de la pratique médicale est donc à priori mal adapté au suivi des grands marginaux.

Les médecins qui s'y intéressent adaptent donc leur mode d'exercice : travailler sur rendez vous, recevoir plutôt les personnes en fin de consultation et prévoir un temps de consultation long, ne pas les faire attendre dans la salle d'attente et/ou négocier avec les patients présents pour qu'ils passent avant les autres[x], ne les recevoir que s'ils sont sobres au moment de la consultation (ce qui nécessite de négocier avec eux des horaires de consultation où ils peuvent rester sobres en fonction de leur type de consommation), leur inscrire les jours et dates des rendez vous sur un agenda. Dans l'expérience toulousaine[13] ces médecins sont aussi en lien étroit avec les acteurs de proximité : équipe mobile, lits halte soins santé, PASS, veille sociale et 115. Ils participent à des réseaux, à des groupes d'échanges de pratiques, de réflexions, etc.… Ce type d'investissement n'est pas possible pour tous les praticiens, pourtant tous devraient pouvoir assurer a minima des soins de base de qualité sans distinction de condition sociale ; c'est d'ailleurs là leur obligation éthique, déontologique et légale. L'enquête toulousaine de 2005 révélait que la plupart des généralistes souhaitaient pouvoir se référer à une structure identifiée facilement repérable et pouvant assurer cette fonction d'accompagnement et de suivi.

Encadré n°8 : Les besoins des médecins généralistes.

L'étude toulousaine citée plus haut[13] permet de dégager plusieurs éléments quant à l'évaluation des besoins des médecins généralistes face à la prise en charge des personnes en précarité :

- la pratique est individuelle, le médecin « isolé » doit apporter une réponse en temps réel type « prestation de service » ;

- les médecins ont une méconnaissance des textes législatifs et, pour une part d'entre eux, des problématiques spécifiques des populations concernées par le projet ;

[x] Dans notre expérience, ceci ne pose semble t-il pas de problème si c'est convenablement expliqué aux personnes…

- les médecins se constituent des modes d'organisation en réseau de façon empirique selon les affinités de chacun. Il y a une grande diversité des pratiques professionnelles ;

- la plupart du temps, les demandes des patients en situation de précarité sont complexes, et ce d'autant plus que les personnes ne peuvent compter sur aucune aide de leur famille. Or, les réponses des médecins sont centrées sur l'acte médical à un point tel qu'elles tendent à s'opposer à toute « discrimination positive », dans la crainte d'apparaître stigmatisante ;

Au total, les médecins généralistes sont demandeurs d'une « structure de coordination » autour du patient, de la création d'un « guide des personnes et structures » et de la mise en place d'un « numéro vert avec médecin de permanence »

La Loi HPST : une clarification du rôle du médecin traitant

Dans son titre II, la loi renforce et clarifie le rôle du médecin généraliste, *« acteur pivot en terme de soins de premier recours »*. De notre point de vue et au regard des limites rappelées ci-dessus, ce rôle - effectivement essentiel - oblige à envisager, pour les personnes sans chez soi (et, plus généralement, toutes celles en situation de grande précarité), le développement d'une « fonction support » à la pratique du médecin libéral pour que ces personnes puissent bénéficier d'un accès aux soins de qualité comme le prévoit la loi et pour que les médecins puissent les prendre en charge dans le cadre d'une activité libérale. Il semble, en effet, que pour ces personnes aux conditions sociales et sanitaires complexes et souvent intriquées, le médecin généraliste ne peut être laissé dans un exercice professionnel solitaire et que sa pratique strictement médicale, pour qu'elle soit efficiente et de qualité, doit être accompagnée, préparée et relayée par une offre de service complémentaire.

Cette prestation pourra donc s'envisager comme un soutien à la coordination des soins en particulier sur les axes suivants :

- Accès aux droits et accompagnement dans les démarches
- Synthèse des informations médicales et sociales
- Aide à l'hospitalisation pour les soins aigus et soins de suite
- Accompagnement dans les démarches de soin, d'hygiène et de prévention (dépistage et vaccination)

Deux points importants sont à souligner : d'une part la nécessité de mutualiser cette fonction support sur un territoire de santé, et d'autre part d'en garantir un accès et une utilisation simplifiés tant pour les professionnels que pour les personnes sans chez soi. Cette fonction devra donc être identifiable sur un lieu dédié. Partout où cela est possible elle pourra être adossée à l'existant : maison de santé pluridisciplinaire, centre de santé, centre social, PASS mobile. Juridiquement, elle pourrait, par exemple, s'apparenter à un réseau de santé ou un pôle de santé tels qu'ils sont institués dans la loi HPST.

Recommandations

- **Nous recommandons la création de « Maisons d'accompagnement, de liaison et de suivi sociosanitaire » (MALISS) dans chaque territoire pertinent (ceux des Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri). Elles auront pour fonction l'accompagnement, le lien, le suivi et la coordination des soins pour les**

personnes sans chez soi. Elles assureront une fonction d'accueil téléphonique et d'accueil physique.

- **Une MALISS est à la fois une plate-forme d'orientation vers un professionnel sanitaire pour les acteurs sociaux et une plate-forme d'orientation vers les acteurs sociaux pour les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes et les médecins libéraux. Elle permet d'assurer un accompagnement sanitaire et social ambulatoire dissocié de l'hébergement et/ou de l'habitat le temps nécessaire à la personne de retrouver ses capacités d'autonomie.**

- **Les MALISS pourront être sollicitées par les médecins libéraux et les travailleurs sociaux, à qui elles apporteront un soutien pour la prise en charge des personnes sans chez soi : regroupement des éléments du dossier médical, gestion des situations de crise, organisation de l'hospitalisation, accès aux droits, etc. Cette fonction de suivi sanitaire et social les différentie des structures de veille sociale qui ont une fonction de premier accueil.**

- **Pour les orientations sociales, elles travailleront en coopération étroite avec le 115 et les UTAMS.**

- **Pour les orientations sanitaires, elles mettront en place des conventions avec le pôle santé société hospitalier, les LHSS, les établissements médico-sociaux. Ces conventions seront identifiées dans le cadre du groupement local de santé publique. Une attention particulière sera portée vis-à-vis des urgences hospitalières générales ou psychiatriques.**

- **Le personnel pourra être détaché des institutions territoriales (hôpital, CCAS, CPAM, …) et/ou des collectivités territoriales (mairie, conseil général…), dans le cadre de conventions ad hoc.**

- **Ces maisons comprendront des travailleurs sociaux (éducateurs, AS), des infirmiers (qui pourront y travailler dans le cadre de protocoles de transferts de compétences avec prescriptions médicales prévus par la loi), des travailleurs pairs. La coordination sera assurée par un médecin qui veillera au respect des protocoles de coordination des soins, garantira la prise en charge dans le cadre des règles de déontologie et de bonne pratique médicale et sociale.**

- **La prise en charge des personnes sans chez soi se fera dans le cadre d'un contrat d'accompagnement individualisé tripartite. La stratégie de soin sera envisagée avec la personne et mise en place à son rythme. Les accompagnements et la coordination se feront en lien étroit avec les équipes mobiles de proximité.**

- **Le personnel intervenant sur les équipes mobiles et les MALISS pourra être mutualisé afin de pouvoir intervenir sur les deux structures. Ceci réduira le morcellement des prises en charge.**

- **Elles constitueront également un lieu ressource de formation et d'échanges des pratiques pour les professionnels et un observatoire pour l'accès aux soins des sans chez soi sur le territoire susceptible d'exercer une fonction de veille sanitaire et sociale.**

L'hospitalier

Les Urgences, une porte d'entrée vers le soin

Les personnes sans chez soi vont avoir recours aux soins hospitaliers essentiellement via le service des urgences lors d'épisodes aiguës sur la voie publique : accidents, crises comitiales, etc.... Ainsi sur les 120 personnes sans chez soi intégrées dans le réseau toulousain, nous relevons en moyenne une hospitalisation par jour. Dans 60% des cas, les personnes sont amenées par les pompiers. Mais elles peuvent aussi venir (le plus souvent d'elles-mêmes) pour des consultations qui auraient pu relever de la médecine ambulatoire. Elles peuvent, enfin, être accompagnées ou adressées par des acteurs de proximité (équipes mobiles, associations…). Dans ces deux derniers cas, le séjour aux urgences intervient à l'occasion d'une rupture dans le parcours de vie entraînant des prises de risques importantes (alcoolisation massive, traumatisme et AVP, non observance des traitements prescrits) sur un état de santé déjà très dégradé. La prise en charge sanitaire classique permet de traiter l'épisode aigu mais n'a pas d'impact sur les éléments déclencheurs. Aussi les séjours aux urgences vont se succéder sans efficacité thérapeutique[xi]. Pour le patient et les soignants, ces épisodes successifs entraînent un sentiment d'échec. Une enquête[17] menée auprès des soignants du service de l'UHCD des urgences du CHU de Toulouse en 2006 montrait que les personnels ne connaissaient pas ou peu les services spécifiques de prise en charge pour les sans chez soi (équipe mobile, LHSS, 115…) et pour ceux qui les connaissaient ils ne savaient pas comment les utiliser. Ainsi la prise en charge des personnes sans chez soi est « problématique » en particulier par manque de solution d'aval au séjour hospitalier.

Dans une étude auprès de 3 établissements de santé à Paris et en banlieue (un privé et deux public), la DREES relève que *« Dans les cas extrêmes, la grande précarité reflète des situations de populations marginalisées : certains SDF en rupture sociale ou encore les personnes étrangères en situation irrégulière. Elle est manifeste dans l'ensemble des entretiens que nous avons menés notamment au niveau des services des urgences par une absence de réponse à la question «qui doit-on prévenir ? ». L'un des répondants évoque un « faisceau » de précarité mais surtout évoque « l'effet de boucle et d'accélération » qui renvoie à cette « spirale de l'exclusion » évoquée par les chercheurs. Une cadre de santé des urgences l'exprime ainsi : « le pire, c'est le cumul : un peu « psycho », plutôt précaire et de surcroît âgé ». »* [18]

Mais un accès aux soins de mauvaise qualité

L'enquête toulousaine[13] conclue que *« L'admission au SAU est le principal moyen d'accès à une hospitalisation pour les patients en situation de grande précarité »*, mais note aussi que *« le nomadisme médical est un facteur de pertes d'informations, d'efficacité et d'erreurs de prise en charge »*. Dans notre étude, les durées moyennes de séjours aux urgences sont de 19 heures, 1/3 des séjours aux urgences se soldent par un passage à l'UHCD et pour 8% des séjours la durée moyenne de séjour dépasse 48 heures. Dans ce cas, les urgences assurent une fonction de soin et/ou de diagnostic qui devrait se faire en service de soins. 17,3% des séjours aux urgences se soldent par une hospitalisation en service de soin dont la moitié en service de soins intensifs, ce qui témoigne de la gravité de l'état de santé. Enfin - et pour tenter d'en finir avec une idée reçue - les patients sans chez soi n'utilisent pas les urgences à des fins

[xi] 9% des patients du réseau toulousain sont responsables de la moitié des passages aux urgences soit prêt de 182 passages.

d'hébergement puisque dans notre expérience, les motifs sociaux représentent moins de 4% des admissions.

Le nombre de personnes concernées par ces séjours aux urgences n'est probablement pas numériquement très important mais il est générateur pour les personnels d'un surcroît de travail, de surcoûts et comme il a été souligné plus haut d'un sentiment d'échec qui peut entraîner des effets de rejets et avoir des conséquences négatives sur la prise en charge. Dans son étude, la DREES relève que *« l'hôpital parisien, concevant la précarité essentiellement sous l'angle de l'errance (homeless), peut identifier sur un total d'environ 50000 patients/an une proportion de précaires s'élevant à environ 1000 entrées, soit 2 % du total, se traduisant en moyenne par 3 entrées quotidiennes (essentiellement la nuit) »*. L'étude toulousaine est proche de ces chiffres, puisque sur la file active de 120 « grands précaires[xii] » nous repérons 1 passage quotidien aux urgences.

Le repérage des personnes « sans chez soi », lors de leur passage aux urgences, est indispensable dans l'objectif de leur proposer une prise en charge coordonnée avec les dispositifs médico-sociaux d'aval (équipe mobile, LHSS, veille sociale…). Cette prise en charge doit s'envisager en accord avec la personne dans le cadre d'un réseau. Deux objectifs seront ainsi atteints, d'une part une fonction de veille des urgences et d'autre part une transversalité de la prise en charge pour une meilleure connaissance médicale des patients et des dispositifs existants. A titre d'exemple, le réseau toulousain qui a développé depuis 3 ans une collaboration entre les urgences du CHU et le dispositif médico-social d'aval a pu proposer à 22% des personnes intégrées dans le réseau une solution de logement stable à 2 ans dont 7% avec une solution définitive adaptée à leur situation.

<u>Les conséquences organisationnelles et les surcoûts</u>

L'entrée par les urgences a un impact important sur l'organisation dans les services de médecine, et sur les plateaux techniques et médico-techniques. Elle influe notamment sur la gestion des lits, sur la programmation au bloc opératoire, ainsi que sur les laboratoires et plateaux d'imageries en cas d'examens urgents. Pour les patients sans chez soi, il est impossible de programmer les interventions ou de proposer de la chirurgie ambulatoire. Ils sont consommateurs de temps infirmiers et de nursing, sont peu compliants aux soins, nécessitent un temps plus long en cas de barrière de la langue. Enfin comme le souligne la DREES[18], *« Ceux-ci […] en outre […] déstabilisent et poussent aux limites l'efficacité de l'organisation et de ses nécessaires routines. »*

Le manque d'hébergement et d'accompagnement en sortie oblige le plus souvent à allonger les durées de séjours. Ainsi ces patients peuvent apparaître comme des « bloqueurs de lits »[14] dans les services à turn-over rapides. L'incompréhension entre soignants et soignés peut être la source de comportements de rejet, de violence et de rupture de soin. Les patients sont alors perçus par les soignants comme étant en situation de dépendance, une dépendance insupportable car le soignant n'a aucune réponse à proposer au regard de la complexité de la situation. In fine, ces personnes ne sont pas les bienvenues dans les services et, de fait, ils n'y accèdent peu ou alors, comme dans l'expérience toulousaine, en soins intensifs une fois leur état de santé très dégradé, « ils » échouent.

La question des lits d'aval reste complexe car les soins de suite, maisons de repos ou de rééducation ont la même défiance par rapport à ces patients. L'accès à ces établissements est

[xii] Personnes sans chez soi cumulant poly pathologies et pertes d'autonomie

souvent cautionné à l'assurance d'une solution en sortie vers des structures d'hébergement. Or, les assistantes sociales hospitalières n'ont pas une connaissance précise des structures sociales extra hospitalières du fait de l'éclatement des dispositifs. Elles sont souvent sollicitées en fin de séjour hospitalier doivent trouver des solutions en urgence et ne sont que peu en lien avec les médecins des services alors que les structures d'aval sont demandeuses d'informations médico-sociales. Là encore il y a juxtaposition de prestations alors qu'une vision globale et une coproduction est nécessaire.

Renforcer la qualité des soins et recentrer l'hôpital sur son cœur de métier : le soin.

Les personnes sans chez soi doivent pouvoir bénéficier d'un soin de qualité. Comme pour la médecine ambulatoire, un accompagnement est nécessaire afin d'assurer la fonction support indispensable à l'activité strictement médicale. Cette fonction support comprend notamment la coordination intra et extrahospitalière, la médiation et l'accompagnement vers une solution d'aval à l'hospitalisation.

Cette fonction est principalement nécessaire aux urgences et dans les UHCD. Elle doit être mobilisable rapidement (moins de 24heures), être assurée par des équipes pluridisciplinaires connaissant la personne dans son milieu de vie habituel. Cela nécessite enfin un repérage systématique des personnes sans chez soi dans les services d'urgences.

Les urgences hospitalières ont deux fonctions à assurer pour les personnes sans chez soi : le soin quand la personne est en situation de crise sanitaire et le signalement quand la personne est en situation de « crise sociale ». Cette deuxième fonction facilite la sortie de rue des personnes les plus vulnérables et évite leur relégation chronique à la rue. Il s'agit essentiellement d'un véritable rôle de prévention secondaire qui nous semble extrêmement important : celui de la prévention des conséquences sanitaires de la vie à la rue. Pour ce faire les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) doivent être formées au repérage des personnes et doivent pouvoir déclencher la procédure d'appel de l'équipe de liaison.

Cette fonction devra se coordonner avec l'équipe de la PASS partout où celle-ci existe. On peut même envisager, notamment là où les PASS fonctionnent bien, qu'elle constitue une de leur attribution supplémentaire. Leur financement devrait s'inscrire en tant que mission d'intérêt général, en s'ajoutant à la liste existante de 3 missions déjà existantes au chapitre des « prise en charge spécifique des personnes en situation de précarité»[xiii]– une liste *« limitative mais non figée »*[19] et fixée par arrêté.

Recommandations

- **Mettre en place un repérage systématique des situations du sansabrisme sur les urgences hospitalières : protocole d'alerte et formation des IAO.**

- **Mettre en place dans chaque établissement hospitalier public (ou participant au service public) une « équipe de liaison médico-sociale » qui pourra - à la demande des services et dès l'entrée du patient - assurer une évaluation médico-psycho-sociale de sa situation et proposer des stratégies**

[xiii] Ces 3 missions sont actuellement (*MIG de l'art. D 162-6 2° d*): les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), la prise en charge des patients en situation précaire par des « équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé (PASS mobiles) et les surcouts liés à la prise en charge des patients en situation de précarité. Nous pensons que la spécificité des besoins des personnes sans chez soi justifie amplement l'ajout d'une quatrième mission.

d'accompagnement le temps des séjours et pour la sortie. Cette équipe, connaissant la personne dans son environnement de vie assurera une fonction de médiation en intra hospitalier.

- **Ces équipes de liaison devront faire partie intégrante – d'un point de vue fonctionnel- des équipes mobiles de proximité (voir p. 85).**

- **D'un point de vue budgétaire, de telles équipes de liaison devraient être financées au titre des missions d'intérêt général de l'hôpital (voir p. 80).**

L'accès aux droits : un rôle dévolu au service public hospitalier

Le rôle de prévention et de lutte contre l'exclusion confié au service public hospitalier dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions - mais aussi, dés 1995, dans le cadre de la circulaire relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies[xiv] - doit s'exercer pleinement par la détection systématique des ruptures de droit et par leur recouvrement en urgence.

Comme indiqué dans le cadre des circulaires, on peut doter les hôpitaux de cellules d'accueil spécialisées ou cellules socio-administratives situées à l'entrée des hôpitaux et proches des services d'urgence qui assureront pour toutes les personnes sans droits un rôle de veille : traçabilité des informations, informations des personnes, ouverture des droits. Elles pourront être appelées dans les services en cas de détection lors de l'hospitalisation. Par ailleurs une convention - qui d'ailleurs existe déjà entre certains CHU et les CPAM[xv] - devra être signée entre ces deux structures pour permettre une ouverture des droits à la couverture santé en urgence pour toute personne ayant des droits potentiels.

Ce dispositif permet à l'hôpital de remplir sa mission de « lutte contre les exclusions » renforcée par la loi HPST, de limiter les créances irrécouvrables, de garantir un accès aux soins dans le dispositif de droit commun et d'informer les patients sur leurs droits Il renforce la dimension citoyenne et prévient les phénomènes d'exclusion.

Un lien étroit devra exister entre le bureau des entrées, les cellules socio-administratives, le service social et l'équipe de liaison « personnes sans chez soi ». La détection des situations sera faite par les IAO sur les urgences et par les cadres infirmiers dans les services. Les cellules doivent être mobilisables en urgence et assurer une aide dans les démarches administratives, elles travaillent en étroite collaboration avec le service social qui assure une évaluation globale de la situation des personnes.

Encadré n°9 : Extrait de la circulaire relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995 (Bulletin officiel du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville n° 16 du 15 Juin 1995 (NOR: SPSA9510085C.)

« 2.2.3. L'accès à l'hôpital

[xiv] Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995

[xv] Voir en annexe le dispositif mis en place au CHU de Toulouse : cellules socio-administratives, protocole signé entre le CHU de Toulouse et la CPAM permettant une ouverture des droits en 48h pour les personnes ayant des droits potentiels.

L'hôpital est souvent considéré, par les personnes très démunies, comme le seul recours pour accéder aux soins. Les défaillances dans l'exécution des obligations auxquelles est tenu le service public hospitalier en sont d'autant plus inacceptables.

Par circulaire n° 33 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des démunis, j'ai rappelé ces obligations et demandé aux responsables d'établissement de prendre deux types de dispositions permettant d'adapter les hôpitaux à l'accueil des populations les plus démunies:

- **implantation par voie de convention dans les locaux hospitaliers de cellules d'accueil spécialisées et d'aide médicale, pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leur droit à un régime d'assurance maladie ou à l'aide médicale;**

- signature de convention avec l'Etat pour la délivrance de soins en consultations externes et de produits pharmaceutiques aux populations très mouvantes et sans résidence stable.

Si l'application de telles mesures dans un certain nombre d'établissements a constitué une avancée, il reste un effort très important à accomplir pour que ces conventions soient généralisées à tous les hôpitaux.

Je vous demande donc de conclure des conventions avec l'ensemble des hôpitaux où cela apparaît utile, en vue à la fois de délivrer les soins immédiats et les produits médicaux à toute personne dont l'état le justifie et de créer une cellule administrative d'accueil et d'aide médicale spécialisée. Il est en effet nécessaire que l'accueil et le soin à toute personne s'accompagnent d'une aide dans ses démarches administratives.

Je vous rappelle que sont concernés tous les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier y compris les établissements spécialisés en psychiatrie. »

Recommandations

- **Développer au sein des établissements la création de cellules socio-administratives pour le recouvrement des droits, la détection des situations de non droit et l'information des patients.**

- **Etablir des conventions entre les hôpitaux et les CPAM pour une ouverture de droit en urgence pour toutes personnes ayant des droits potentiels.**

Les PASS

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Les PASS sont des dispositifs médico-sociaux de prise en charge des personnes démunies implantés dans les hôpitaux publics. Elles se sont mises progressivement en place, d'abord sur le mode d'initiatives locales puis à la suite d'incitation à leur déploiement qui ont fait l'objet de deux circulaires en 1993 et en 1995 ; enfin, grâce à loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998 dont un des objectifs est la généralisation des PASS à l'ensemble des hôpitaux publics (ou participant au service public), dans le cadre des PRAPS. En 2000, la DHOS a

retenu 4 critères définissant une PASS : délégation effective de crédits, recrutement de personnels, mise en place d'un comité de pilotage interne et existence de protocoles spécifiques. On recensait 372 PASS en 2003, réparties sur tout le territoire.

Ces PASS s'adressent essentiellement aux personnes sans couverture sociale effective - qu'elles puissent en bénéficier théoriquement (demandes non faites ou en cours[xvi]) ou non (ce dernier cas concernant essentiellement les étrangers en situation irrégulière et présents depuis moins de 3 mois en France) – et aux personnes trop démunies pour pouvoir faire l'avance des frais qui leurs sont demandés (c'est notamment le cas des personnes n'ayant pas demandé la CMUc ou n'y ayant pas droit parce que leurs ressources sont tout justes supérieures au plafond).

La mesure de l'activité des PASS, la description sociale et sanitaire des personnes prises en charge, l'évaluation des sorties de dispositifs, des taux de recouvrement des droits sociaux, ou encore de la qualité des soins ne faisait l'objet d'aucun protocole standardisé et homogène à l'échelon national (ni même régional). Ces évaluations ne reposaient que sur des initiatives locales, parcellaires et disparates. Il n'existait pas d'outil de mesure fiable et homogène de leurs activités. En 2003, une évaluation des PASS recommandait également que *« le succès des PASS devrait se concrétiser dans un projet du secteur social à l'hôpital et par leur inscription dans le dispositif de veille sociale. Les hôpitaux devraient pouvoir, dans leur projet d'établissement, définir les axes d'une politique de prise en charge sociale et déterminer un projet du service social. »*[20] Le guide de recommandations sur l'organisation des permanences d'accès aux soins de santé publié par la DHOS en mai 2008 répond aux difficultés citées ci-dessus. Il convient d'être vigilant quant à l'adéquation entre les résultats attendus, les dotations financières allouées et la réalité des dispositifs sur le terrain.

La PASS est donc l'un des modes d'entrée vers le soin pour les personnes sans couverture sociale. Elle reçoit aussi des personnes sans chez soi mais les deux publics ne sont pas superposables.

Ainsi la PASS doit s'intégrer dans le dispositif général mis en place dans l'hôpital pour les personnes sans chez soi. Selon les configurations locales propres à chaque établissement, la PASS pourra constituer l'élément moteur du dispositif et assurer la fonction d'équipe de liaison aux urgences. Dans d'autres cas (et en particulier dans les grandes agglomérations), elle sera un des maillons du dispositif et pourra solliciter la MALISS pour assurer la continuité des soins en ambulatoire. A l'inverse enfin, le dispositif que nous préconisons pourra être l'occasion de (re)dynamiser une PASS peu efficiente ou largement virtuelle.

Les PASS mobiles

S'appuyant sur la loi de lutte contre les exclusions, la DHOS recommandait la création d'unités mobiles (ou PASS mobiles). L'IGAS mentionne que seulement 4 unités mobiles (à Valenciennes, Lyon, Toulouse et Bondy) ont été mises en place sur les 8 prévues à l'origine. Il s'agissait initialement de développer des dispositifs complémentaires aux PASS « fixes » installées au sein des établissements afin d'aller à la rencontre des personnes très marginalisées (et incapables d'entreprendre d'elles mêmes une démarche de soins) ou très isolées géographiquement.[21]

[xvi] De ce point de vue, un des traits communs aux PASS est de contribuer à l'ouverture ou à la réouverture des droits à l'Assurance-maladie.

Cette fonction d' « allez vers » est unanimement reconnue comme un des éléments essentiels à la prise en charge des personnes sans chez soi. Les équipes mobiles qui existent aujourd'hui ont des statuts différents (EMPP ou équipes mobiles) mais toutes assurent – et c'est là leur fonction essentielle - cette fonction de lien entre les personnes et les institutions sanitaires et sociales dans les grandes agglomérations.

Nous développerons plus avant des recommandations quant aux EMPP (p. 86), mais d'ors et déjà nous recommandons que partout où des équipes mobiles existent elles puissent avoir la double compétence : somatique et psychiatrique. Enfin cette fonction d'allez vers doit se faire dans un cadre pluridisciplinaire, à la fois sanitaire et social.

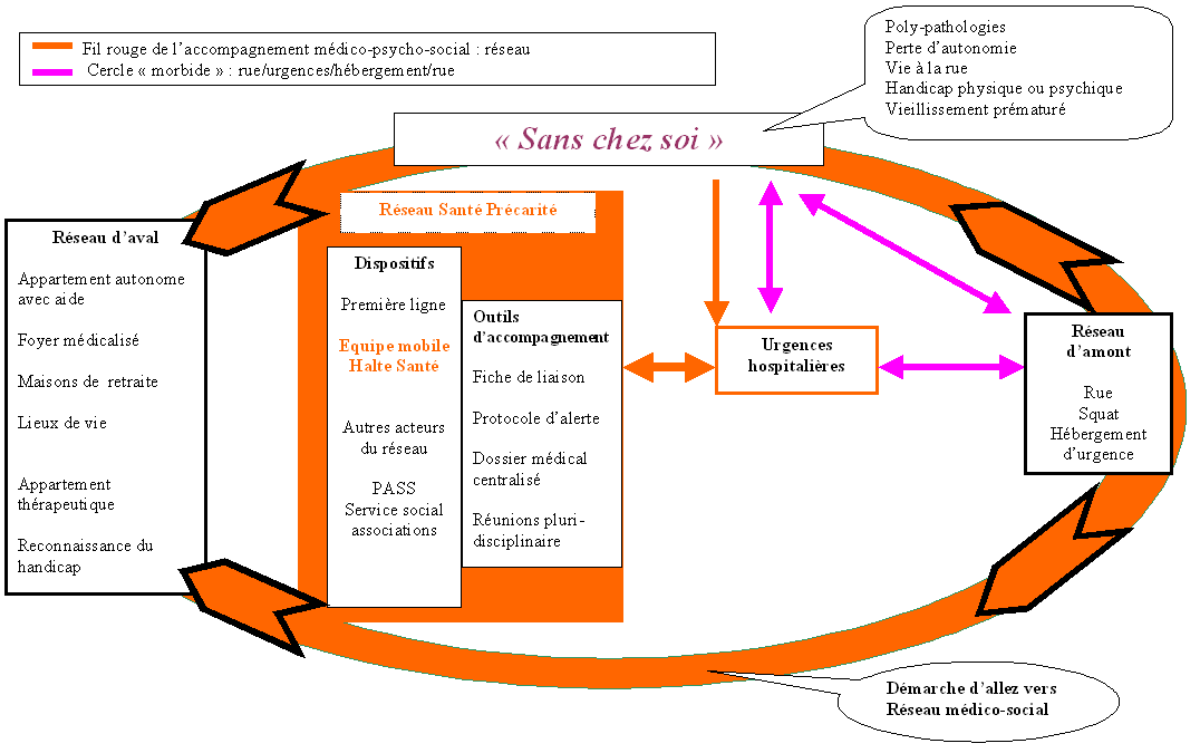
Dans le référentiel sur l'organisation des permanences d'accès aux soins de santé publié par la DHOS en mai 2008[22] il n'est pas fait référence aux PASS mobiles. De même, nous n'avons pas trouvé d'évaluation de ces dispositifs. Coordination, clarification des attributions de chaque équipe, complémentarité sont nécessaires afin de ne pas empiler les dispositifs.

Encadré n°10 : L'exemple toulousain de partenariat entre le CHU et la ville.

L'équipe mobile sanitaire et sociale toulousaine existe depuis 2000. Elle est le fruit d'un travail partenarial étroit entre le CCAS qui coordonne la veille sociale départementale et le CHU qui a mis à disposition des infirmiers dans le cadre d'une PASS mobile. Cette équipe mobile (7 travailleurs sociaux et 7 infirmiers) est sous la responsabilité fonctionnelle du coordonnateur de la veille sociale. Elle assure une mission d'allez vers avec prestations directes auprès des personnes et un travail de partenariat étroit avec tous les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social toulousain. Plus de 250 personnes sans chez soi « résidants notoires toulousains » sont suivis régulièrement par cette équipe. Pour une centaine d'entre elles lourdement atteintes (pathologies somatiques et psychiatriques et handicap), la prise en charge se fait dans le cadre d'un réseau formalisé piloté par le CHU en lien avec les urgences hospitalières. En 2007 et 2008, 22% des personnes suivies dans le cadre du réseau ont pu accéder à une solution adaptée et pérenne d'habitat.

Les différents acteurs impliqués en 2000 dans la création de cette équipe ont affirmé qu'il ne pouvait y avoir repérage des personnes malades à la rue sans solution d'hébergement médicalisé. Il existait depuis 1995 à Toulouse 11 lits infirmiers : la « Halte Santé », précurseurs des LHSS actuels. Cette Halte Santé émanant d'une initiative associative (Médecins du Monde, Fondation Abbé Pierre, SOLEIL) avait déjà un soutien fort du CHU sous la forme de prestations logistiques et de mise à disposition de personnel infirmier. S'appuyant sur les recommandations des équipes de terrain et afin d'éviter les ruptures de prise en charge, il a été décidé que les infirmiers de la PASS mobile seraient alternativement sur les deux structures (roulement tous les 4 mois) : l'équipe mobile et la Halte Santé. Ce mode d'organisation met la personne au centre de la prise en charge et permet une continuité du lien de la rue à la Halte Santé.

Figure 4. Schéma du dispositif « grands précaires » du réseau santé précarité du CHU de Toulouse.



Une nécessité de coordination, de transparence et de lien avec la cité : la formalisation d'un pôle de prise en charge des publics en situation de précarité et de vulnérabilité.

Ainsi, développer l'accompagnement des personnes et les coordinations entre les secteurs en intra et avec l'extra hospitalier est une des clés de réussite pour améliorer l'accès aux soins des personnes sans chez soi.

Pour l'hôpital cela passe par un nécessaire regroupement des activités afférentes à la prise en charge de tous les publics en « situation de précarité ou de vulnérabilité » sur un même pôle de responsabilité. Suivant les configurations locales, soit ces activités ont une masse critique suffisante pour constituer à elles seules un pôle de gestion, soit elles sont regroupées avec des activités connexes dans un pôle plus large. Dans ce dernier cas, le regroupement des activités relatives à la « prise en charge des publics en situation de précarité ou de vulnérabilité » pourrait constituer – au moins - un groupement « fonctionnel ».

Dans le cadre de la loi HPST, ce pôle signera un contrat d'objectifs et de moyens qui regroupera tous les financements MIG affectés à sa mission. Ces financements seront sanctuarisés et feront l'objet d'un suivi particulier. A ce titre, le pôle devra rendre compte de son activité « prise en charge des publics en situation de précarité ou de vulnérabilité » chaque année devant le conseil de surveillance. Nous faisons apparaître clairement les MIG qui nous semblent relever d'une activité de prise en charge des publics en « situation de précarité ou de vulnérabilité » et qui pourraient se retrouver au sein d'un même pôle de gestion.

Concernant les personnes sans chez soi, nous recommandons la création d'une mission spécifique « MIG équipe de liaison personnes sans chez soi » qui coordonnera les activités des équipes mobiles ou PASS mobiles, des EMPP avec les équipes de liaisons. Il sera nécessaire de définir précisément par voie de circulaire le périmètre de cette MIG et d'y associer des missions d'évaluation, mais aussi de formation et de recherche action.

Des modalités de coopération entre le pôle et les différents services de soins devront être formalisées pour répondre aux besoins des personnes sans chez soi lors de l'hospitalisation, en particulier la saisine de l'équipe de liaison. De même des conventions entre l'hôpital, les soins de suite et de réadaptation et les lits « halte soins santé » seront signées par le pôle afin d'assurer la continuité des soins et utiliser au mieux les lits hospitaliers pour des soins aigus. Enfin, une attention particulière sera portée pour développer des conventions entre hôpitaux généraux et établissements publics de santé mentale concernant la question des personnes sans chez soi.

Ce pôle sera en charge de développer les formations des personnels à l'accueil des personnes sans chez soi, les protocoles de recherche, les évaluations.

La coordination avec les dispositifs d'aval (115, veille sociale, CHRS, UTAMS..) sera assurée dans le cadre de protocoles ou conventions. L'équipe mobile de proximité et la MALISS faciliteront leur déclinaison opérationnelle. Ce lien entre l'hôpital et la cité est l'une des clés de l'efficacité du rétablissement des personnes.

A cet effet, nous recommandons de regrouper les activités « personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité » dans un pôle d'activité médico-technique et non un pôle d'activité médicale. Ce pôle pourrait être nommé pôle « santé société » et ainsi afficher la

volonté stratégique de l'hôpital d'intégrer son activité sur un bassin de vie. Le groupement local de santé assurera l'animation territoriale des différents acteurs dont le pôle hospitalier.

Recommandations

- **Regrouper dans chaque établissement hospitalier public (ou participant au service public) toutes les activités afférentes à l'accompagnement des publics « en situation de précarité ou de vulnérabilité » et recevant un financement « MIG » dans un même pôle d'activité qui définisse, formalise, coordonne et évalue l'ensemble des actions conduites.**

- **Ce pôle sera un pôle médico-technique et pourra se nommer « santé société ».**

- **Il aura pour mission en particulier de :**

  - **garantir la qualité et la continuité des soins dans le respect des droits du patient**

  - **fédérer les dispositifs spécifiques (PASS, PASS mobile ou EMPP, cellules socio-administratives), les services de soins de premier recours (urgences somatiques et psychiatriques), le service social**

  - **développer et évaluer des actions innovantes en lien avec la ville, utilisant des approches de santé communautaire (rechercher action). L'évaluation des dispositifs innovants des pôles santé société pourra être soutenue par les crédits PHRC, aux conditions d'excellence scientifique habituelles.**

  - **conventionner avec les dispositifs d'aval sociaux et médico-sociaux**

  - **garantir un financement dans le cadre des budgets MIG pour les évaluations.**

Les dispositifs « précarité » territoriaux

Les PRAPS

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ont été institués par la loi de lutte contre les exclusions[xvii]. Ils constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat. Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. L'élaboration des PRAPS repose sur un dialogue entre le niveau régional et le niveau local. Les DRASS et les DDASS coordonnent l'intervention des divers partenaires.

Les PRAPS de première (2000/2003) puis de deuxième génération (2003/2006) ont été mis en place dans 26 régions. Dans certaines régions, ils sont intégrés depuis 2007 dans le PRSP. Leur création a permis une véritable concertation et une rencontre des acteurs sur un

[xvii] Circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité - article 71.

territoire. Ils ont, depuis, rencontré des succès divers dans leur ambition de constituer le levier d'un changement de pratique visant à réduire les inégalités sociales de santé. Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer les limites qu'il leur reste à surmonter : un saupoudrage des actions financées, peu de réelle évaluation et d'intégration des programmes innovants pertinents dans les dispositifs de droit commun, pas ou peu d'implication des élus.

A partir de l'ensemble des évaluations réalisées, l'IGAS a remis un rapport en mai 2004 intitulé « Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions »[23]. Il classait les PRAPS dans les dispositifs dont l'évaluation était jugé globalement positive même s'ils appelaient des améliorations qualitatives et les qualifiait de *« dispositif[s] légitime[s] et apte[s] à motiver une réelle dynamique de transversalité »*.

La loi HPST de 2009 fait désormais référence à un projet régional de santé. Celui-ci « *définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (article L. 1434-1 CSP). Il est constitué d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ; de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas. Parmi ces derniers, un programme doit être consacré à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un autre programme doit être relatif au développement de la télémédecine. Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du préfet de région* ».

Recommandations

- **Le PRAPS (ou sa nouvelle et future déclinaison des programmes régionaux de santé consacrée à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies) devra intégrer spécifiquement et prioritairement les publics sans chez soi parmi l'ensemble des publics ciblés.**

Les ASV

Ils répondent à la Circulaire N° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire. Ils visent à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS. L'ASV n'est pas une structure de plus mais plutôt un lieu, un dispositif et une démarche de coordination à un niveau territorial fin (infra-communal, au niveau d'un quartier, communal ou intercommunal) des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, d'adoption et de mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, et d'évaluation régulière des résultats obtenus.[24]

Lancés en 2001, on en comptait 237 sur le territoire français fin 2008[xviii], dont plus d'une moitié créée depuis 2007 (année de la mise en place des CUCS qui ont pris en compte la santé de manière plus nette que les précédents contrats de ville en y consacrant un volet dédié). Une récente enquête de l'ACSE[25] précise qu'ils restent très inégalement répartis selon les régions

[xviii] Le conseil interministériel du 9 mars 2006 a fait de la santé l'un des cinq thèmes prioritaires de la Politique de la Ville et a prévu la généralisation des ASV à tous les contrats urbains de cohésion sociale pour 2008.

mais que *« après avoir essuyé nombre de difficultés pendant les premières années de sa mise en œuvre, le dispositif semble désormais être bien intégré par les collectivités locales (ville ou intercommunalité), 10% des ASV seulement étant portés par des associations »*.

Les actions menées par les ASV peuvent s'inscrire dans différentes directions, comme le précise ce rapport : 40% relevant de l'accès à l'information (journée grand public, campagnes d'affichage, etc.), 23% de campagnes de prévention (déclinaison du programme national sur la nutrition par exemple), 15% de l'accès aux soins, 14% de l'accès aux droits et 8% de la prévention et de la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé. Les principaux thèmes développés dans le cadre des ateliers touchent à la nutrition, aux conduites addictives, à la souffrance psychique et à la santé mentale, à l'hygiène bucco-dentaire, au surpoids et à l'obésité et aux différentes conduites à risques (autres qu'addictives).

Les personnes sans chez soi sont, à notre connaissance, rarement prises en compte dans la démarche des ASV, à la fois parce qu'elles ne sont pas perçues comme des résidents des territoires concernés - ce qui renvoie à l'invisibilité des ces personnes si elles n'occupent pas l'espace public - mais également parce que bon nombre des quartiers qui ont bénéficié (en tout cas dans les premiers temps) de ces expériences ne sont sans doute pas ceux qui sont les plus fréquentés par les personnes sans domicile. Il n'y a pas, de ce point de vue, superposition des quartiers reconnus « défavorisés » sur des critères socioéconomiques et politiques qui se réfèrent à la population générale résidente en logement ordinaire – par exemple les grands ensembles ou les « quartiers dortoirs » des banlieues - et des quartiers où vivent les personnes sans chez soi (notamment dans les centres villes).

Recommandations

- **Les personnes sans chez soi doivent être incluses dans la démarche des Ateliers Santé Ville dans tous les territoires concernés**

Les Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP)

Fin 2008, la France comptait 92 EMPP réparties sur l'ensemble du territoire. Créées à partir de 1995, elles ont pris leur véritable essor à partir de 2005, avec la définition de leurs missions dans la circulaire du 23 novembre 2005 et leurs financements ciblés intégrés dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. La Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 définit un champ d'actions très large pour ces équipes. Toutes les personnes en situation de précarité ou d'exclusion constituent la population cible de ces EMPP. A priori, les missions des EMPP ne s'adressent pas seulement aux personnes SDF. La circulaire précise en outre que le travail de ces équipes se concentre sur les personnes ayant des pathologies psychiatriques, et les personnes en situation de souffrance psychique. Enfin les EMPP doivent venir en soutien aux acteurs de première ligne. « *Elles constituent (…) un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins « de droit commun et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés »*.

Les deux principes d'action sont d'aller à la rencontre des publics, et de travailler en réseau et partenariat avec le secteur social. Un premier bilan a été fait en 2007[26], montrant que chaque équipe était composée en moyenne de 3,5 équivalents temps plein, 2/3 possédaient un local d'accueil, la moitié effectuaient des maraudes dans la rue.

Enjeux et limites des EMPP

Ce travail directement dans la rue à la rencontre des personnes est une pratique de la psychiatrie assez nouvelle en France. Un certain nombre de constats et questions ont émergé dans le cadre de ces nouvelles pratiques.

Les professionnels des EMPP ont découvert une nouvelle façon de travailler. Celle-ci favorise les rencontres et créé du lien directement dans la rue, tout comme pour d'autres équipes de proximité que l'on retrouve dans les champs des addictions, du social et du caritatif. La question du transfert de compétences des équipes plus anciennes concernant ces pratiques de rue n'a pas été évoquée. Alors même que cette pratique est spécifique, aucun guide de bonne pratique ni de formation n'a été imaginé lors de la mise en place des équipes. Néanmoins cette expérience, qui se rapproche de la visite à domicile[27], a permis aux équipes qui la pratiquent de mieux connaître les conditions concrètes d'existence des personnes, de mieux appréhender leurs besoins et de mieux comprendre leurs logiques.

Un des problèmes majeurs qu'elles rapportent avoir rencontré est le manque de moyen humain au vue de l'ampleur de la tâche[25]. En effet, en terme de santé publique, ces équipes n'ont pas eu les moyens d'évaluer leurs pratiques, ni les besoins inhérents aux personnes sans abri. Le cadre d'intervention étant très large, les besoins importants, les moyens très réduits, elles se retrouvent aujourd'hui dans des situations probablement assez variées selon les contextes mais difficiles. De fait, à ce jour, nous ne possédons que très peu d'informations sur l'état des lieux des EMPP. Les personnes auditionnées soulignent néanmoins plusieurs problèmes récurrents. Il existe une difficulté avec certains secteurs de psychiatrie qui refusent de s'occuper des personnes sans abri, mettant en avant l'argument du secteur (« elle n'est pas de mon secteur »). La majorité des professionnels des CMP refusent de se déplacer dans la rue, même pour rencontrer des patients qu'ils connaissent. Dans ces conditions, l'existence des EMPP justifie alors qu'ils n'aient pas à le faire. Ainsi, l'un des problèmes qu'elles rencontrent est la plus grande difficulté à travailler avec la psychiatrie[28] qu'avec les acteurs du social ! Les EMPP ont ainsi des difficultés à hospitaliser des personnes en psychiatrie et à obtenir des rendez-vous dans les CMP autres que leur CMP de rattachement.[29].

Une autre difficulté est la prise en charge somatique des personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques sévères. Sur 28 équipes interrogées, 18 disent avoir favorisé l'accès à des soins somatiques[25]. Les professionnels du somatique et de la psychiatrie ont souvent tendance à se renvoyer la balle et co-construire des logiques de « patates chaudes » dont les personnes sans abri font les frais. Les EMPP n'ont que très rarement un médecin généraliste dans leur équipe. Quand c'est le cas, son activité et ses compétences permettent le plus souvent de sortir de cette dynamique négative.

Une autre difficulté est de trouver des places d'hébergement ou de logement pour les personnes sans abri les plus malades alors que ce sont elles qui en ont le plus besoin. Il n'existe pas – ou guère - de structures suffisamment à « bas seuil » pour répondre à une frange particulièrement vulnérable, composée de personnes présentant des comorbidités à la fois psychiatriques, d'addiction et somatiques. Dans leur accompagnement des personnes sans abri au sein des différentes institutions sanitaires et sociales, les professionnels des EMPP témoignent d'une certaine « errance organisée » par les logiques institutionnelles elles-mêmes. Lors des auditions les programmes qui ont pu surmonter ces difficultés avec le plus d'efficacité se sont souvent inspiré d'une approche communautaire.

Evaluation des Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP)

Aucune démarche évaluative n'était proposée - ni même évoquée – lors de leur création et aucun budget spécifique n'était a fortiori prévu pour de telles évaluations. Les missions définies par la circulaire restent générales. Aucun cahier des charges précis n'a depuis été proposé. Aucune équipe sur les 92 n'a produit de proposition d'évaluation. Un congrès organisé à Paris en mars 2009 sur la question de l'évaluation des EMPP, a mis à jour des tensions entre les acteurs des différentes EMPP, entre les supporters de l'évaluation et les opposants. Pour le Dr Mercuel il est nécessaire de construire, depuis le terrain, avec les acteurs, des propositions d'évaluation : « *Les EMPP doivent faire connaître leur activité afin de mieux justifier leurs demandes de financement et leur utilité pour contrer certaines idées reçues ou incompréhensions sur leurs objectifs. Ne pas dire ce que nous savons risque de se retourner contre nous. […]Certains considèrent qu'on fait du « serre-paluches » sur les trottoirs, d'autres pensent que nous devons « nettoyer les trottoirs » pour placer tous les SDF en hospitalisation d'office* ». Le Dr Alain Gouiffes (EMPP de Rouen, CH du Rouvray) précise que « *Dans le climat actuel, les budgets risquent d'aller vers des mesures de sécurisation. Il est important de soutenir et de défendre le travail d'interface que nous réalisons* ». D'autres acteurs voient dans l'évaluation une volonté de contrôle de leurs pratiques, et perçoivent la démarche évaluative comme une démarche sanction. Certains considèrent d'ailleurs que leur travail n'est pas évaluable.

La DDASS des Bouches du Rhône a effectué un travail d'évaluation comparative des 4 équipes mobiles du département à l'aide d'un questionnaire que ces équipes avaient accepté de remplir aux équipes. Cette évaluation met en évidence des fonctionnements pour le moins… variés ! Deux équipes sur les 4 n'interviennent pas dans la rue. La première effectue un travail de liaison sur Marseille et se consacre principalement à des interventions sur les structures d'accueil et d'hébergement ; la majorité de sa population cible n'est pas rencontrée dans la rue. L'autre équipe effectue des visites à domicile dans des logements indignes, le responsable soulignant que dans son secteur, il n'y a pas de « SDF » vivant dans les rues… Faute de moyens spécifiques cette évaluation n'a pu être approfondie. Elle reste déclarative et n'est ni co-construite avec les acteurs des EMPP, ni avec leurs partenaires. Les personnes SDF qui ont été rencontrées et accompagnées n'ont pu être associées à cette évaluation. Elle permet d'éclairer néanmoins la diversité des pratiques et des populations cibles.

Recommandations

- **Elargir les missions des EMPP aux soins somatiques. Il n'est pas justifié que ces équipes restent uniquement des acteurs de santé mentale alors que la majorité des personnes rencontrées ont des problèmes somatiques.**

- **Nous proposons donc que les EMPP deviennent en pratique des « Equipe de soins de proximité » (ESP) pour les personnes sans chez soi, dont la population cible et les modalités du travail de proximité soient clairement définies dans un cahier des charges précis.**

- **Ces ESP doivent être généralisées dans tous les territoires où vivent des personnes sans chez soi.**

- **Elles doivent regrouper, partout où elles existent, les équipes mobiles sociales et de santé, les PASS mobiles, les EMPP, ou tout autre équipe de maraude sanitaire et sociale à financement institutionnel.**

- **Ces ESP doivent être pluridisciplinaires et associer une offre de soins sociaux et sanitaires. Elles doivent être composées de professionnels de la santé généralistes, de professionnels de la santé mentale, de travailleurs sociaux et de travailleurs pairs. Elles doivent privilégier une approche de santé communautaire et intervenir au plus près des personnes en besoin (à la rue, dans les foyers, les squats, les habitats de fortune, etc.).**

- **Quand elles sont portées par des établissements de santé, elles doivent être financées - au moins pour partie - dans le cadre des MIG (« PASS mobile ») et s'articuler avec les autres dispositifs « MIG précarité » comme recommandé au chapitre précédent. La mise à disposition de personnel hospitalier dans le cadre de ces ESP sera favorisée.**

- **Les ESP doivent avoir des partenariats fonctionnels, diversifiés, avec un bas seuil d'exigence associés à un haut seuil de compétences sur l'hébergement et le logement. A cet effet des conventions seront signées.**

- **Leur activité est rigoureusement évaluée. L'obligation d'évaluation est inscrite dans leur cahier des charges. Leur déploiement, le bilan de leurs activités et la mise en commun de leurs expériences est conduit annuellement et conjointement par la DGS et la DGAS.**

Références bibliographiques

[1] FEANTSA, *Le droit à la santé est un droit humain : garantir l'accès des personnes sans domicile à la Santé*. Rapport annuel. Bruxelles, FEANTSA, 2006.

[2] Pinte E. *L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées. Rapport au Premier ministre*. Paris, La Documentation française, septembre 2008.

[3] DGAS. *Evaluation du dispositif «Lits Halte Soins Santé »*. Rapport de stage, Juin 2009

[4] Mouvement ATD Quart-Monde *« Et si nous vous parlions de notre santé »*. Paris, ATD-Quart Monde, Recherche action contrat Poliville F2008ANCY-292, avril 2009.

[5] Parizot I. *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris, Presses Universitaires de France, 2003.

[6] Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. *Evaluation de la loi CMU, rapport n°4*. Paris, juillet 2009.

[7] Desprès C, Naiditch M. *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle*. Paris, DIES, mai 2006.

[8] Médecins du Monde. *Testing sur les refus de soins de médecins généralistes aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat dans 10 villes de France*. Paris, Médecins du Monde, septembre 2006.

[9] Despres C, Guillaume S, Couralet PE. *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*. Paris, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, La Documentation française, juillet 2009.

[10] CISS, FNATH, UNAF. *Action contre les refus de soins : dossier de presse*. Paris, 25 mai 2009.

[11] Chadelat JF. *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU. Rapport pour Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités*. Paris, Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, 30 novembre 2006.

[12] Gissler E, Azoulay J, Havard H, Sourlas P, Chambaud L, Corlay D. *La gestion de l'aide médicale d'Etat : mission d'audit de modernisation*. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, La Documentation française, mai 2007.

[13] Goudet B. *Prise en charge en médecine de ville des personnes en situation de précarité. Etude de faisabilité*. Toulouse, juillet 2005.

[14] Viau A, Morin M, Bouzy AM, Obadia Y. *Connaissances, attitudes, pratiques et représentations des médecins généralistes face aux populations défavorisées*. Marseille, Ors PACA – Conseil Général des Bouches-du-Rhône, 1997.

[15] Legman M, Kahn-Bensaude I, Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois G. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2009*. Paris, Conseil national de l'Ordre des Médecins, 2009.

[16] ORS Ile-de-France. Les médecins libéraux en Ile-de-France. Paris, ORS Ile-de-France, 2000.

[17] Barbe V, Estécahandy P, Raynaud-Lambinet A, Bertrand C, Caubet-Kamar N, Lauque D. *Les structures d'urgences (SU) du CHU, acteurs du réseau Ville-Hôpital « Santé-Précarité »*. Toulouse, Pôle de Médecine d'urgences, 2007.

[18] Maric M, Gregoire E, Leporcher L. *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins*. Paris, DREES, Série Etudes et Recherches, novembre 2008, n°81.

[19] Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. *Rapport 2008 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé*. Paris, Ministère de la santé, 2008.

[20] Barbeyre J, Batz C, Nosmas JP, Ollivier R. *Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, La Documentation française, mars 2003.

[21] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'Igas, l'Anaes et Gres Médiation*. Paris, DHOS, février 2004.

[22] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Recommandations et indicateurs*. Paris, DHOS, mai 2008.

[23] Fourcade M, Jeske V, Naves P. *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*. Paris, IGAS, La Documentation française, mai 2004.

[24] Richard C. *Les Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Paris, Editions de la DIV (coll. Repères), 2007.

[25] Kynos Etudes et logiciels. *Résultats de l'enquête sur les Ateliers santé ville au 31 décembre 2008*. Paris, Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, avril 2009.

[26] Mercuel A. Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) en France. *In* : Furtos J, eds. *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris, Masson, 2008, 218-22.

[27] Girard V. *Visite à domicile chez des sans domicile. Approche anthropologique et clinique du travail de rue à New Heaven (Etats-Unis)*. Marseille, Faculté de médecine, Thèse de doctorat en médecine, 2004.

[28] Mercuel A.2007. Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives. *Pluriels* 2007; 67.

[29] Payan N. *Partenaires pour la rue : « du faire ensemble » au « vivre ensemble » en santé mentale*. Marseille, Faculté de médecine, Mémoire de master en ingénierie des systèmes de santé (parcours prévention et éducation à la santé, 2008.

La psychiatrie : comment sortir d'une pratique de la « patate chaude » ?

Les liens entre la grande pauvreté, la marginalité et la psychiatrie sont au fondement de la discipline au sein de l'expérience totalitaire de l'asile. Puis la discipline a précisé et rétréci son champ d'action, le redéfinissant comme médical et scientifique.

Les personnes malades mentales, de par leur maladie et le traitement social de la maladie mentale sont, plus que les autres, à risque de se retrouver en errance, et à perdre leur logement. Dans les années d'après guerre, avec les trente glorieuses et la politique de secteur, la psychiatrie française semblait en mesure de protéger les personnes malades de la rue et de l'exclusion.

Deux mouvements se développent alors, à une vingtaine d'années d'écart :

- le premier, interne à la psychiatrie, débute dans les années 1980 mais trouve ses racines dans l'après-guerre. Il se caractérise par une volonté de déshospitalisation pour s'intégrer à la cité, lieu de sollicitations de partenariat pour les usagers et leur insertion professionnelle et par le logement…

- le second, externe à la psychiatrie, dans les années 1990, émerge d'une crise professionnelle de certaines catégories de travailleurs exerçant notamment dans les domaines du social et du travail de rue. Les difficultés à agir au travers de leurs modes d'intervention classiques entraînent une souffrance chez les professionnels en miroir de la souffrance des publics et motivent un appel à des compétences psychologiques ou psychiatriques ; la découverte que l'on puisse souffrir par le social met en exergue l'impuissance des acteurs de première ligne à répondre à cette nouvelle souffrance sociale. La visibilité de plus en plus importante des personnes malades mentales et/ou en souffrances psychiques vivant dans la rue amène les professionnels et les autres acteurs à un certain nombre de constats (cf. le rapport Lazarus & Stohl, publié en 1995[1]).

Ces mouvements se télescopent autour de l'idée qu'un nouveau champ d'intervention transversal doit s'ouvrir au champ de la « santé mentale ». C'est la consécration du concept de souffrance psychosociale comme nouveau paradigme, comme la prise en compte par les professionnels d'une souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social c'est-à-dire une liaison complexe entre précarité sociale et souffrance psychique. L'ouverture de ce champ se fait sur fond d'une prise de conscience, par les pouvoirs publics, des inégalités sociales, notamment en matière de santé et de la difficulté d'accès aux systèmes de droit commun, pour certaines populations. Le Haut Comité de la Santé Publique identifie d'ailleurs, en 1998[2], la souffrance psychique comme un signe majeur de la précarité sociale.

La psychiatrie française va alors tenter d'opérer sa mutation en « santé mentale » alors même qu'elle n'a pu réaliser son projet initial des années 50/60 : la politique de secteur[3]. Le dernier plan de santé mentale (2005/2008) sera pourtant en contradiction avec une approche de santé mentale. Il a plutôt la volonté de renforcer l'activité intra-hospitalière sans proposer de véritable changement qui permettrait l'articulation en amont et en aval de l'hôpital. Il n'y aura pas dans ce rapport, de proposition de fond sur l'habitat et le vivre ensemble dans la cité. Il n'y aura pas non plus de prise en compte des personnes sans chez soi, que le secteur (en se basant sur l'adresse des personnes) excluait de fait de sa réflexion …

Aujourd'hui une littérature scientifique abondante souligne l'importance du pourcentage de la population sans abri qui présente des troubles psychiatriques. Cette sous population présentant des troubles psychiatriques utilise peu les services de santé mentale, comparativement à leurs besoins[4]. Une enquête a montré que l'évaluation des besoins en santé mentale était deux fois moins importante selon qu'elle ait été faite pas les personnes sans abri elles-mêmes ou par les professionnels (18% versus 41%)[5]

Enjeux et limites

Un rapport sur la santé mentale, établi par E. Couty début 2009[6], vient d'être rendu public, suivi par un rapport du Sénat[7]. Le premier ne fait pas de recommandations concernant la création de dispositifs spécifiques pour répondre aux problèmes que rencontrent les personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques. E. Couty justifie ce choix par l'argument du droit commun. La création d'un Groupement Local de Coopération (GLC) en santé mentale contractualisant les actions en amont et aval de l'hospitalisation reste la recommandation la plus importante en terme de changement organisationnel. Les secteurs psychiatriques verraient leurs moyens extrahospitaliers basculer dans le GLC, dont ils seraient membres. Cela pourrait permettre de réaliser – enfin ! - la politique de secteur en intégrant davantage tous les acteurs en les invitant à contractualiser leurs missions dans un cadre juridico administratif. La rupture des soins entre l'extra et l'intra-hospitalier, qu'entraînerait cette mesure est un risque souligné par certains… même si la réalité actuelle de la continuité des soins ne justifie aucun statu quo. Un rapport de l'IRDES paru en août 2009[8] souligne par ailleurs les inégalités marquantes en termes de moyens et de pratiques sur une analyse quasi exhaustive des secteurs psychiatriques. Ce rapport vient renforcer le rapport Piel-Roelandt qui soutenait le constat d'une politique de secteur resté largement inachevée.

Quel que soit le regard porté sur les propositions du Rapport Couty, en matière de conseil local de santé mentale, il apparaît utile de se référer aux expériences existantes en France. Ainsi, depuis quelques années, les élus locaux investissent (légitimement) le champ de la santé mentale bien au delà du pouvoir d'hospitalisation d'office que leur confère l'article L3213-2 du Code de la santé publique, sensibles à une approche transversale des problématiques de santé mentale (logement, insertion, sécurité…). La souffrance psychosociale dont ils sont témoins à travers des sollicitations diverses - institutionnelles (phénomènes de « patate chaude ») ou citoyennes - les interpellent dans leur fonction de régulation du bien vivre ensemble (on pourra notamment se référer aux recherches actions conduites par l'ORSPERE avec le soutien de la DIV sur les élus locaux et la santé mentale[9]). Dans ce contexte, conformément aux incitations réglementaires récurrentes depuis le début des années 1970 et sous l'impulsion nouvelle de la démarche diagnostique et communautaire des Ateliers santé ville depuis 2000, un certain nombre de municipalités françaises et de secteurs psychiatriques ont développé des conseils locaux de santé mentale (ou des dispositifs apparentés) conçus comme des instances de concertation et d'élaboration de projets.[i] Le conseil local de santé mentale fonctionne la plupart du temps avec un comité de pilotage, une assemblée plénière et des groupes de travail thématiques, sur un territoire infra communal, communal ou intercommunal. Ils offrent une multitude de bénéfices directs et indirects :

[i] Parmi les partenariats les plus structurés, on trouve les villes de Givors-Grigny, la banlieue Est de Lille (Mons en Baroeul, Hellemmes, Lesquin, Ronchin, Lézinnes Fâches-Thusmesnil), Grenoble, plusieurs arrondissements de Paris, Marseille, Brest, Villeurbanne, Bourgoin-Jallieu, Grasse, Nantes, Aubervilliers, plusieurs arrondissements de Lyon, Choisy-le-Roi Orly et 4 communes associées, St Germain-en-Laye et 5 communes associées, Reims, Nanterre. En 2009, les villes de Fontenay-sous-Bois, Tourcoing, Gennevilliers, Rennes, Saint-Etienne, Auxerre, Rouen, Lille, Sceaux, Paris, la communauté d'agglomération d'Annemasse élaborent leur projet de conseil local de santé mentale, dans le cadre du Programme Div-Acsé-CCOMS-EPSM Lille Métropole.

soutien à l'implantation de la psychiatrie de liaison à l'hôpital général, création de lieux d'écoute et de parole confidentiels et gratuits, formations interinstitutionnelles, multiplication des modalités d'implication des usagers dans les projets locaux[ii], partenariat entre le secteur psychiatrique et les bailleurs pour trouver des solutions de logement adaptées ou organiser des interventions communes à domicile, mise en place d'un observatoire local de la santé mentale ou encore d'une cellule de veille « accès et maintien dans le logement », guide de recommandations éthiques, supervision interprofessionnelle et interinstitutionnelle, protocole d'action en cas de situation d'urgence psychiatrique avec refus de soins, développement d'équipes interface travaillant sur la demande de soins, etc.

Dans le cadre des conseils locaux de santé mentale actuels, l'accès et le maintien dans le logement mais aussi le lien entre souffrance psychique et précarité » sont, dans la plupart des conseils locaux, abordés en groupe de travail qui débouchent sur des actions et des dispositifs concrets[iii] .

Comme on l'a déjà mentionné précédemment, les personnes sans domicile arrivent le plus souvent à l'hôpital via les urgences et, depuis peu, par les EMPP. Les rares données issues des comptes rendus d'activités des EMPP (et les auditions réalisées) soulignent la difficulté à hospitaliser des personnes sans chez soi comme à obtenir des rendez-vous dans les CMP.

Au total, le terme de « patate chaude » a été si souvent utilisé par les personnes auditionnées que cela semble bien correspondre à des pratiques de terrain répandues et développées en réponse à un contexte institutionnel et des contraintes structurelles absurdes.

L'amont de l'hôpital

Par leur travail au domicile des personnes malades, les CMP connaissent très bien les liens directs entre troubles psychiatriques et difficultés à habiter chez soi. Ce travail essentiel de visite à domicile permet d'éviter les situations fréquentes ou les personnes pauvres en situation de handicap psychique, n'arrivent plus à assurer le minimum nécessaire pour garder leur chez soi. Isolement chronique, délire de persécution, associé à une pauvreté ordinaire sont des facteurs de risques importants pour que ces personnes deviennent sans domicile. Les personnes logées utilisatrices des services d'aide (distribution de repas chaud, accueil de jour) représentent également une forme de pauvreté plus discrète que les personnes sans domicile[10]. Les CMP qui pratiquent les visites à domicile ont l'habitude de travailler avec ce type de population ; elles développent alors un savoir faire pour éviter que, dans nombreux de cas, les patients perdent leur logement. En revanche, le travail des CMP avec les personnes qui vivent dans la rue reste exceptionnel et considéré par beaucoup comme hors du champ des missions du secteur. Une enquête réalisée en 2008 auprès de 12 des 16 CMP à Marseille[11] montre que si 80 % des CMP accueillent des personnes sans domicile fixe, cela ne représente que 1,32% de leur activité. En général la personne dans chez soi arrive au CMP orientée par les services sociaux (60%) et/ou par les équipes mobiles psychiatrie précarité[iv] (28%). Si 3 CMP (3e, 4e,

[ii] La constitution d'un Groupe secrétariat mixte Patients/soignants formé pour assurer le secrétariat et l'animation du site internet du conseil local de santé mentale de 6 communes (St Germain-en-Laye, Aigremont, Chambourcy, Fourqueux, Le Pecq, Mareil-Marly) est de ce point de vue, particulièrement novateur.

[iii] Dans la banlieue Est de Lille, l'accès aux 57 appartements associatifs (95 personnes) disséminés dans le tissu social, constitue l'un des axes prioritaires du travail de réinsertion. Une "Commission appartement" regroupe les élus locaux, organismes de tutelle, GEM, et l'usager en demande de logement, les bailleurs sociaux, les soignants, les représentants des associations d'usagers et de familles, les tuteurs et curateurs. Cette commission favorise l'attribution des appartements installés dans le parc des habitations à loyers modérés (HLM) des communes du secteur et au delà.

[iv] Il existe 2 équipes de ce type à Marseille.

16e arrondissements) déclarent proposer une consultation le jour même en urgence si l'état pathologique du patient le nécessite et si un rendez-vous lui est fixé dans les 48 heures dans 18% des cas, le rendez-vous est fixé à… trois semaines dans 27% des cas ! Pour les professionnels des CMP de l'enquête, les difficultés inhérentes à l'accueil et au suivi des personnes vivant dans la rue sont d'abord les conduites addictives et le fait que les personnes ne respectent pas les rendez-vous. Ils indiquent également leurs difficultés à établir une relation de confiance. Enfin, l'isolement et les problèmes de comorbidités somatiques sont également évoqués.

Peu de CMP offrent un accueil avec un entretien sans rendez-vous. Le CMP est rarement organisé comme une structure d'accueil bas seuil. Les professionnels de santé mentale des CMP méconnaissent les réponses adéquates aux problèmes d'addictions de leurs patients. Les professionnels des CMP de l'enquête de Payan en 2008[11] affirment que l'hébergement représente 5% des difficultés propres à la prise en charge. Dans le même temps aucun CMP de la ville ne fait de travail de proximité de façon systématique, alors même que certains patients errent et vivent dans un périmètre proche des structures. De nombreux acteurs du social se disent abandonnés par ces CMP qui refusent d'intervenir aux domiciles des personnes ou dans les structures de leurs secteurs.

La demande de partenariat des professionnels des CMP pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes sans abri est forte. A notre avis, il traduit, dans le meilleur des cas, un sentiment d'impuissance face à des situations sociales perçues comme des barrières à l'offre de soins qu'ils proposent.

Les urgences psychiatriques

« *On ne peut pas recevoir toute la misère du monde* »
Un psychiatre des urgences à propos d'une femme SDF psychotique délirante qui va se retrouver peu après en hospitalisation d'office (2008)

C'est le dispositif général le plus souvent en contact avec des patients en errance. L'analyse de l'activité des urgences psychiatriques du centre de Marseille sur 8 ans montre que 6 % des accueils concernent des personnes sans domicile fixe (soit 981 patients entre le 01/01/2001 et le 30/01/2006). Elles viennent d'elles-mêmes dans 62 % des cas, ou sont adressées depuis les urgences somatiques dans 18 % des cas.

Une étude montre que, comparativement à la population de patients logés, les motifs de prises en charge des patients SDF dans ces urgences sont différents sur les points suivants[12] : ces derniers sont plus de deux fois moins souvent agités ou anxieux, deux fois moins souvent agressifs, ont moins de troubles du comportement, arrivent 8 fois moins souvent en état maniaque et également moins souvent pour des tentatives de suicide. Ils s'adressent aux urgences en revanche deux fois plus souvent pour des raisons liées à l'alcool et plus de 3 fois plus souvent pour des difficultés sociales. Les plaintes somatiques se retrouvent, elles, dans des proportions identiques dans les deux populations. Les motifs de prises en charge des personnes sans domicile aux urgences sont très différents des motifs de prise en charge de l'EMPP de la même institution et les populations ne semblent pas être les mêmes. En effet, les motifs de prises en charge de l'EMPP sont à plus de 70 % des états délirants aigus, avec des troubles du comportement (contre 8,3% aux urgences).

Un état des lieux réalisé par l'ORS PACA[13] souligne que les différentes urgences psychiatriques de la ville doivent être mieux coordonnées afin d'éviter que certains patients

ne soient renvoyés d'un service à l'autre, et dans un souci de lutte contre la discontinuité et la rupture des soins. Ce problème de la discontinuité des soins pour les personnes sans domicile n'est pas spécifique à Marseille. La majorité des EMPP font remonter de telles difficultés sur tous les territoires.

Un autre problème est celui de l'hospitalisation sous contrainte, qu'il s'agisse des hospitalisations d'office (HO) ou des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT). Il existe très peu d'alternative aux urgences dans le cas ou la personne refuse d'aller à l'hôpital. Certaines équipes proposent des interventions de crises. Un des modèles le plus abouti est celui d'ERIC à Plaisir, en banlieue parisienne) Cette équipe intervient dans les foyers d'hébergements mais pas dans la rue. A Marseille, une équipe de crise intervient depuis peu et de façon ponctuelle dans les foyers et sur les situations d'expulsion. Une étude belge montre par ailleurs que le facteur le plus décisif en faveur de l'hospitalisation sous contrainte est le manque d'alternative[14]. Des études ont par ailleurs montré que le risque d'hospitalisation sous contrainte est plus élevé chez les personnes pauvres ou en situation d'exclusion[15], les personnes appartenant à une minorité ethnique[16] et les personne sans chez soi. Les personnes auditionnées qui ont connu des états délirants chroniques dans la rue reconnaissent souvent, a posteriori, la nécessité de la contrainte. Elles soulignent la nécessité de rencontrer des équipes qui prennent le temps d'offrir des alternatives, de négocier et d'accompagner la personne avec respect et empathie dans ce moment de crise[17].

Il existe pourtant des modèles alternatifs aux urgences psychiatriques classiques. Les *Soteria houses*, créés dans les années 1970, ont prouvé leur efficacité[18]. Une expérience de ce type se développe à Berlin depuis 1996[v] et accueille 20 % de personnes sans chez soi avec des troubles psychiatriques sévères, en rupture de traitement et qui refusent l'hospitalisation en psychiatrie. Ce modèle alternatif offre des logements à des personnes, qui sans cela, resteraient dans la rue.

Le secteur G21 à Lille, s'inspirant d'une expérience existant depuis plus de 20 ans aux Etats-Unis, propose en post-urgence immédiate des familles d'accueils spécialement formées. Cette offre n'est pas une alternative aux urgences, mais à l'hospitalisation qui suit. Cela dit, elle constitue tout de même une forme d'alternative, sachant que les personnes refusent souvent les urgences et l'hôpital. L'accueil familial thérapeutique (AFT) alternatif à l'hospitalisation a été mis en place en 2000 et est actuellement en plein essor. Si 3 familles accueillent au long court des patients stabilisés (forme « classique » de l'AFT), 10 autres exercent cet accueil dans le cadre de structures alternatives à l'hospitalisation. Dans ce cas, le patient en situation aiguë est adressé soit directement à la famille à l'issue d'une consultation, soit secondairement après une hospitalisation, pour une durée de quelques jours à quelques semaines. La consigne donnée aux familles est bien d'accueillir la personne et non pas de la soigner : une équipe infirmière, éducative et médicale assure la prise en charge lors des visites au domicile (gestion du traitement, lien avec les activités thérapeutiques et les consultations du secteur afin d'élaborer un projet individuel). La prise en charge est similaire à celle proposée au sein de l'unité d'hospitalisation plein temps située à l'Hôpital : médications, hydrothérapie, activités thérapeutiques réalisées dans la cité (dans les centres de consultations et dans les centres d'activités des villes).

A Marseille, un lieu de vie propose dans quelques cas des alternatives à l'hospitalisation pour des personnes sans domicile avec des troubles psychiatriques aigues et qui refusent de prendre

[v] Pour en savoir plus : http://www.weglaufhaus.de/literatur/ma/runaway_house.html

des traitements et/ou l'hospitalisation en psychiatrie. Ce programme développe des hospitalisations à domicile pour des personnes sans chez soi[19].

Recommandations

- **Produire des guides de bonnes pratiques pour l'accompagnement des personnes sans chez soi qui ont des troubles psychiatriques.**

- **Il s'agira par exemple de proposer des règles simples et effectives de sectorisation pour les personnes sans chez soi en privilégiant la proximité.**

- **Définir et contractualiser l'articulation entre urgences psychiatriques et équipes de soins de proximité.**

- **Développer des expériences qui offrent de véritables alternatives à l'hospitalisation sous contrainte pour les personnes sans chez soi.**

- **Il existe plusieurs alternatives qui sont complémentaires, bien plus qu'elles ne s'excluent pas : équipes mobiles, équipes de crise sur le modèle ERIC, *soteria house*, famille d'accueils post -urgence, programme expérimental d'habitat bas seuil permettant l'hospitalisation à domicile pour des sans domicile**

L'hospitalisation

«*Evidemment on est obligé de les [les SDF] prendre à cause de la sectorisation par mois de naissance !* »
Un professionnel d'une unité d'hospitalisation en psychiatrie

Dans l'enquête de Payan[11], « *les services hospitaliers consultés ont accueilli en 2007 en hospitalisation 244 personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques. Les personnes sont hospitalisées après un passage aux urgences (67,74%) ou par le biais des équipes mobiles de santé mentale (25,81%). La durée d'hospitalisation n'excède pas 30 jours pour une durée moyenne de 8 jours. La personne hospitalisée quitte bien souvent l'hôpital prématurément soit sans avis médical (67%) ou pour infraction au règlement (33%). Lorsque la sortie est programmée, la personne retourne à la rue dans 30% des cas, ou est orientée sur une structure d'hébergement de type foyer (41,94%), CHRS (32,26%), UHU (32,26%). Il est à noter que 22,58% des répondants ne connaissent pas le devenir des individus.* »

Ces premiers résultats montrent d'abord que les personnes sans domicile fixe sont rarement hospitalisées dans les services de psychiatrie (moins de 1%), qu'elles y restent peu (leur durée moyenne de séjour est de 8 jours), qu'elles retournent dans presque un cas sur trois dans la rue. Elles ont du mal à s'adapter aux règles, et les soignants semblent avoir du mal à répondre à leurs besoins.

Les personnes sans abri auditionnées rapportent des expériences variées. Le manque de confiance des soignants à leur encontre est un premier constat. Ils sont souvent suspectés de chercher le gîte et le couvert. Cette suspicion peut s'expliquer en partie par les comportements et discours des personnes malades sans abri car elles ont tendances à percevoir l'hôpital comme une ressource pour dormir, manger, rencontrer d'autres gens et comme un service de placement en vue d'autres services[20,21]. Avec la volonté de diminuer la durée moyenne de séjour, la tension entre logique soignante et logique comptable devient particulièrement

problématique quand les personnes n'ont d'autres solutions que de retourner à la rue à la sortie de l'hôpital. Quand des solutions d'aval adéquates sont trouvées et un travail d'accompagnement vers d'autres types d'aides bien mené, l'hospitalisation peut véritablement être bénéfique et constituer, pour certains, ce qu'elle devrait être idéalement : une étape vers la sortie de la rue. Les professionnels de l'hôpital auditionnés qui ont l'habitude de recevoir beaucoup de personnes sans abri racontent être passés d'une attitude hostile à une approche plus compréhensive en réalisant que ces individus sont véritablement malades et ne sont pas des « profiteurs ». Une enquête réalisée aux Etats-Unis en arrivait à la même conclusion. [22]

Par ailleurs, comme on l'a déjà évoqué, la possibilité d'hospitalisation à domicile (dans des lieux de vie adaptés) - ou d'hospitalisation fractionnée - sont des expériences en cours dans certaines villes, qu'il reste à évaluer.

L'aval de l'hôpital

L'aval de l'hospitalisation est probablement le secteur de la psychiatrie le moins développé aujourd'hui en France. Certaines personnes auditionnées parlent même d'involution. La répartition des structures est largement inégale[23]. Si des expériences notables se développent depuis des années dans certains secteurs, considérés parfois comme modèle (comme le G21 à Lille[vi]), la plus grande partie des secteurs en France n'a que peu de solutions d'aval au vu de leurs besoins.

Les crises du logement et de la psychiatrie se sont alimentées conjointement. Les personnes malades mentales « chroniques » ont été parmi les premières à perdre leur logement, à être expulsées, et à ne pas trouver de solutions de secours du fait de la diminution des logements bon marché. De fait les besoins aujourd'hui sont importants et relèvent d'une double responsabilité : sanitaire et locative. En effet les personnes présentant des pathologies psychiatriques sévères ont besoin d'un accompagnement à domicile, d'autant plus complexe qu'elles ont parfois vécu des années dans la rue perdant ainsi – au moins en partie - des compétences nécessaires à l'obtention ou à la conservation d'un chez soi dans un « marché du logement » (y compris du logement social) de plus en plus concurrentiel. Pourtant, une enquête montre clairement que le logement indépendant a un effet positif sur la santé psychiatrique tandis que l'hébergement en foyer ou structure, où les personnes ne sont pas indépendantes, est une situation moins propice à l'amélioration de la qualité de vie chez les personnes sans abri ayant une pathologie mentale[24].

La psychiatrie n'a pas vocation à assumer seule des questions aussi vastes que celles de la réinsertion et du vivre ensemble. Cette question cruciale des logements a – parfois - pu être réglée par la création de conseils locaux en santé mentale rassemblant les élus et les responsables HLM, les représentants d'usagers, les professionnels du sanitaire et du social. Une contractualisation, comportant une définition claire des missions de chacun, a permis dans de nombreuses villes de régler en partie ce problème que la psychiatrie appelle « l'aval » de l'hospitalisation, mais qui renvoie plus largement à la question de la vie dans la cité. Afin de faciliter cette contractualisation, un cadre juridique sous forme de GLC a été proposé par E. Couty, précisant que l'hôpital en ferait partie.[25] Les conseils locaux en santé mentale pourraient devenir des conseils où se négocient et se discutent les contrats mis en place par la suite au sein des Groupement Locaux de Coopération en santé mentale.

[vi] Le secteur G21 à Lille gère plus de 83 appartements, 13 familles d'accueil, une maison spécialisée pour les personnes avec un lourd handicap.

Recommandations

- **Encourager la généralisation des conseils locaux en santé mentale (CLSM)**

- **Ces CLSM devront être étroitement associés aux Groupements locaux de santé pour les personnes sans chez soi (GLS) que nous préconisons par ailleurs (voir p. 102)**

Les comorbidités addictives : une autre patate chaude

En dépit d'un pourcentage élevé de personnes sans abri reconnaissant abuser de substance, la perception d'un besoin de soins est très faible. Relativement peu de personnes reçoivent des soins pour leurs problèmes d'addiction, ce qui suggère, une fois de plus, une difficulté à accéder aux traitements[26]. Quand elles cherchent des soins médicaux, les personnes sans domicile préfèrent se tourner vers les centres de santé utilisés par les personnes pauvres domiciliées[27]. Différentes barrières ont été identifiées : stigmatisation des soignants, méfiance des services, problèmes d'accessibilité géographique, manque d'argent, appartenance ethnique. Les personnes sans domicile ont plus tendance que les personnes domiciliées à venir d'elles-mêmes pour recevoir des traitements (43 % versus 30 %)[28]. D'ailleurs, contrairement au sens commun, aux préjugés ou à certains constats (Les CMP de l'enquête marseillaise[7] mettent en avant les questions d'addiction comme une barrière au suivi dans plus d'1/3 des cas), quand elles sont traitées pour leur problème de dépendance, les personnes sans domicile arrivent autant que les autres à respecter leurs engagements et à atteindre les buts fixés[27].

L'intolérance à une consommation de substances psychoactives (alcool compris), reste une source de conflits et de ruptures de suivi majeurs pendant les hospitalisations. « Les sorties disciplinaires » restent des pratiques courantes. La méconnaissance de l'efficacité de l'approche par la réduction des risques et les discours stigmatisant chez les soignants concernant l'usage et l'abus de substances psychoactives sont toujours d'actualité… Les structures CAARUD, qui ont des nombreux patients avec des troubles psychiatriques associés, rapportent avoir des difficultés à travailler avec la psychiatrie.

Recommandations

- **Systématisation de l'approche par la réduction des risques et des dommages dans l'organisation des soins et la formation des professionnels de la psychiatrie**

- **Développer des programmes d'hébergement et d'accès aux soins ciblant les problèmes de comorbidités addictives.**

Conclusion

Apporter des soins effectifs à des personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques avérés, ayant souvent une cooccurrence addictives, est un véritable parcours du combattant. L'approche par « un chez soi d'abord » (voir p. 150) simplifie de manière si radicale ce parcours qu'elle constitue une priorité d'action absolue. Pour autant, il s'agit également d'offrir des soins, ici et maintenant, à des personnes survivant dans la rue.

Cette contradiction entre une équation si simple à comprendre (avoir un chez soi pour être en bonne santé) et une réalité dans la rue si violente et si choquante dans un pays riche comme le

nôtre (compte tenu également des moyens mis en œuvre) met les professionnels qui en sont les témoins au quotidien dans une situation de tension extrême, alors même que l'absence d'efficacité des politiques de santé mentale en direction des personnes sans chez soi est très visible dans l'espace public. Entre impuissance et fatalisme, rationalisme et militantisme, les acteurs oscillent au gré des rencontres qu'ils font avec « leur public ». Se sont bien souvent les personnes de la rue elles-mêmes qui, par leurs propos, reconnaissent une utilité à leurs actions et redonnent un sens à leurs activités. Elles les soutiennent et leurs remontent le moral, ce qui n'est pas le moindre des paradoxes !

L'incapacité de la psychiatrie à être un partenaire pour les autres acteurs est révélatrice d'une logique hospitalière déconnectée des questions de santé, se focalisant uniquement sur le soin curatif « technique ». Pour permettre à l'hôpital l'acquisition inébranlable d'une culture de santé publique et ainsi d'aborder la question des inégalités de santé et plus spécifiquement celle de la santé des personnes sans chez soi, il s'agit de créer les conditions d'organisation structurelles et de gouvernance de ces actions de santé publique (voir p. 81). Aujourd'hui, nous n'avons pas l'assurance qu'il existera d'entité au sein des futures ARS qui soit à même d'accompagner – enfin ! – véritablement ce changement culturel dans les structures et les pratiques de soins.

Références bibliographiques

1 Lazarus A, Stohl H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Saint-Denis, Délégation interministérielle à la Ville, 1995.

2 Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France 1994-1998*. Paris, La Documentation française, 1998.

3 Roelandt JL, Caria A, Anguis M et all. *La santé mentale en population générale : images et réalités. Rapport final e la première phase d'enquête*. Lille, EPSM Lille Métropole, 2001.

4 Lomas E, Honnrad R. *Development of a model Community mental health program to serve the homeless mentally Ill*. Los Angeles, LA Department of mental health, 1987.

5 Hermann D, Struening L, Barrow S. 1993. Self assessed need for mental health services among homeless adults. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44 : 1181-83.

6 Couty E. *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports*. Paris, Ministère de la santé et des sports, janvier 2009.

7 Milon A. *La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe. Rapport n°328, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé*. Paris, Sénat, avril 2009.

8 Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation*. Paris, IRDES (Questions d'économie de la santé), août 2009.

9 Elus, santé publique et territoires. *Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ?* Actes de la journée d'étude de Nantes, 9 octobre 2006.

10 Marpsat M. Une forme discrète de pauvreté les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds. *Economie et Statistique* 2006; 391-392.

11 Payan N. *Partenariats pour la rue "du faire ensemble au vivre ensemble en santé mentale*. Mémoire de Master ingénierie des systèmes de santé, prévention et éducation à la santé. Marseille, Faculté de Médecine, 2008.

[12] Henry JM. Présentation de l'activité des urgences psychiatrique de l'Hôpital de la Conception 1998-2006. Marseille, APHM, 2006.

[13] Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Tableau de bord sur la santé mentale à Marseille*. Marseille, ORS PACA, 2007.

[14] Lorant V, Depuydt C, Gillain B, and Guillet A, Dubois V. Involuntary comitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2007; 42: 360-5.

[15] Webber M, Uxley P. Social exclusion and risk of emergency complsory admission. A case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2004; 39: 1000-9.

[16] Morgan C, Mallett R, Hutchinson G et al. Pathways to care and ethnicity. 1: sample characteristics and compulsory admission. report from the ASEOP study. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 281-9.

[17] Fox V. First person account: schizophrenia, medication, and outpatient commitment. *Schizophrenias Bull* 2001; 27: 177-8.

[18] Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 142-9.

[19] Girard V, Handlhuber H, Vialars V, Perrot S, Castano G, Payan N, Naudin J. Inégalités de santé : un programme expérimental reliant habitat, citoyenneté et maladie mentale sévère. *Rev Epidémiol Santé Publ* 2008; 56: ,S371.

[20] Kalifon S. Homelessness and mental Illness: who ressort to state hospitals? *Human Organisation* 1989; 48: 268-73.

[21] Morse G, Shields N, Hanneke R, McCall J, Calsyn J, Nelson B. St-Louis homeless: mental health needs, services, and policy implications. *Psychosocial Rehabilitation* 1986; 4: 39-50.

[22] Cohen N, Marcos L. Psychiatric care of the homeless mentally ill. *Psychiatric Ann Contemporary Psychiatry* 1986; 16: 729-32.

[23] Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation*. Paris, IRDES (Questions d'économie de la santé), août 2009.

[24] Wolf J, Burnam A, Koegel P, Sullivan G, Morton S. Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 391-8.

[25] Interview d'Edouard Couty réalisée par S. Kannas. Revue pluriels, avril 2009.

[26] Gelberg L, Linn LS, Usatine RP, Smith MH. Health, homelessness, and poverty.1990. A study of clinic users. *Arch Intern Med* 1990; 150: 2325-30.

[27] Wenzel SL, Ebener PA, Koegel P, Gelberg L. Drug-abusing homeless clients in California's substance abuse treatment system. *J Psychoactive Drugs* 1996; 28: 147-59.

[28] DASIS (Drug and Alcohol Services Information system). *Characteristics of homeless admissions to substance abuse treatment: 2000*. Washington DC, US Department oh health and human services, The Dasis Report, august 2003.

La nécessité d'une coordination contractualisée au niveau local

La prise en charge des problématiques sanitaires (et de logement) des personnes sans chez soi apparaît donc emblématique des limites et de l'émiettement des politiques et programmes de lutte contre l'exclusion au sens le plus général.[1]

Comme nous le rappelions en introduction, l'investissement consacré à la lutte contre le sans-abrisme par l'Etat (de l'ordre de un milliard d'euros uniquement pour l'urgence et la réinsertion sociale, sans compter les prestations sociales) est en effet parmi les plus importants en Europe, pour des résultats décevants comparativement aux autres pays européens dont l'investissement est comparable.[2] D'une façon générale, s'agissant des politiques de lutte contre l'exclusion en matière de santé comme, en particulier, celles concernant spécifiquement les personnes sans chez soi, les constats des dysfonctionnements sont connus. On peut les rappeler et les lister brièvement.

Il persiste une insuffisance de coordination au niveau de l'Etat entre les différents acteurs : notamment, s'agissant des personnes sans chez soi, entre le Ministère de la santé et les autres ministère, entre l'administration centrale de la santé et celle de l'action sociale mais également au niveau local, dans les services déconcentrés de l'Etat. Cette situation nous apparaît devoir impérativement être prise en compte – pour le bénéfice des populations les plus vulnérables – au moment où se réorganise, au niveau régional et départemental, le pilotage des politiques de santé et l'organisation de l'offre de soins. S'agissant des personnes sans chez soi (mais, évidemment, plus largement aussi, des personnes les plus vulnérables et les plus exposées, du fait de leurs conditions de vie, à la maladie et/ou aux obstacles dans l'accès aux soins), il nous apparaît – comme l'a signalé et s'en inquiète la FNARS[3] - injustifiable et délétère qu'un lien fort, institutionnel et fonctionnel, ne soit pas mis en place auprès des ARS en interface avec l'administration responsable des affaires sociales (en l'occurrence, les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale).

Recommandations

- **Identifier, dans chaque ARS, une personne en charge de la santé des personnes sans chez soi, qui établisse des liens fonctionnels avec les responsables régionaux de l'action sociale et qui participe à la coordination et au suivi des « Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri » (voir infra).**

- **S'assurer de la représentation des collectifs de personnes sans chez soi dans les nouvelles Conférences régionales de la santé et de l'autonomie prévues dans la loi HPST, ainsi que dans les conférences de territoire[i].**

Entre l'Etat et les collectivités territoriales, l'articulation des politiques et des actions en faveur de la santé des personnes sans chez soi nécessite également une concertation et une collaboration renforcées, qui transcendent d'une certaine manière les limites (ou les interrogations) sur la légitimité institutionnelle de leurs compétences respectives. On a montré précédemment comment ces éventuels conflits de compétence étaient délétères pour les

[i] La loi HPST spécifie que *« dans chacun des territoires de santé, le directeur général de l'ARS constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers. La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ».*

personnes sans chez soi et de toute façon assez vains, entre l'Etat qui a compétence en la matière et les élus locaux qui y sont confrontés en première ligne…

Recommandations

- **Favoriser et développer des contrats locaux de santé décliné spécifiquement pour la prise en charge des personnes sans chez soi dans tous les territoires concernés**

C'est, dans tous les cas, au niveau local que se détermine l'efficacité des moyens mis en œuvre pour tenter – enfin !- de « régler » la question des personnes sans chez soi ; « régler » dans le sens de leur apporter des conditions dignes et sures d'existence, de prévenir les impacts sanitaires du sans-abrisme[ii] et de prendre en charge les troubles psychiatriques et somatiques des personnes.

Mais qu'entend-on par « niveau local » ? Il nous semble difficile, avant d'aller plus loin dans nos recommandations pour une meilleure coordination et une meilleure efficacité des actions, de trancher, en ce qui concerne spécifiquement les personnes sans chez soi, sur une définition univoque de l'échelle pertinente de ce niveau opérationnel. Cette échelle doit être avant tout guidée par les besoins. De ce point de vue, il n'est pas certain – et il nous semble même tout à fait illusoire - de penser que les « territoires de santé » utilisés actuellement[iii] pour le pilotage administratif des politiques de santé et/ou d'organisation des soins pour la population générale correspondent aux besoins de la population qui nous occupe ici. S'agissant des personnes sans chez soi, nos auditions nous ont bien montré qu'il n'y avait rien de comparable entre les très grandes métropoles où le nombre de personnes sans domicile nécessite une approche infracommunale (comme à Paris) pour être au plus près des personnes et des quartiers qu'elles fréquentent, les villes moyennes où le niveau communal peut-être pertinent, d'autres villes où la question doit être traitée en intercommunalité (que les effectifs soient faibles ou les personnes mobiles dans une communauté de communes), d'autres, enfin, en milieu rural où la problématique est encore différente (là aussi en termes d'effectifs, de déplacement, de saisonnalité, etc.)[iv]. Nous touchons là du doigt, sans doute, une spécificité des populations sans chez soi, difficile à prendre en compte par les décideurs, en particulier à une époque où l'action en faveur des territoires tend à prendre le pas sur celles des populations défavorisées. Même si cette approche territoriale apparaît extrêmement pertinente dans certains domaines de la santé et pour certains objectifs de santé publique (et qu'elle est, d'ailleurs, loin d'avoir été conduite à son terme dans ces domaines), ses limites apparaissent clairement pour ce qui concerne les personnes sans chez soi, ou du moins certains d'entre eux (les « itinérants »).

[ii] De ce point de vue, à l'objectif d'une *« obligation collective : [celle de] s'interdire qu'une personne puisse dormir dehors »* cité par J. Damon, nous ajouterons l'objectif, non moins collectif et partagé, de s'interdire que l'hébergement d'urgence puisse constituer une solution de logement, aussi temporaire soit-elle, ni même une solution d'hébergement itérative.

[iii] ou redéfinis dans l'avenir lors de la mise en place des ARS puisque la loi HPST spécifie que *« l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du préfet de région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région »*.

[iv] Sans parler, a fortiori, des villes et des territoires qui ne disposent d'aucune estimation fiable de la taille des populations sans chez soi présentes sur leur territoire. On rappelle notamment que l'enquête Insee ne concernait pas les villes de moins de 20.000 habitants… et remonte maintenant à 8 ans !

Dans ce sens, ce que nous appellerons le « niveau local » par la suite ne peut être défini qu'en fonction des spécificités locales (et en concertation avec tous les partenaires susceptibles de les connaître et d'en débattre) sur au moins 3 critères :

- 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.

A ce niveau local, il nous apparaît essentiel de mieux coordonner l'intervention des différents acteurs. On a vu précédemment comment, dans certains territoires, l'accumulation des dispositifs – d'Etat, des collectivités territoriales, de grandes ou petites associations - et des intervenants – travailleurs sociaux, soignants, bénévoles - crée en pratique les conditions d'un quasi-harcèlement institutionnel dans la vie quotidienne de certaines personnes sans domicile (en tout cas celles les plus visibles) quand, pour d'autres, leur invisibilité les laisse à distance de tous les dispositifs. Cette accumulation est également la source d'un émiettement des services, des phénomènes de « patates chaudes » dont nous avons parlé et d'une véritable déresponsabilisation des intervenants, tous persuadés de bien faire sans jamais – ou trop rarement – prendre en compte les problèmes d'une personne dans leur globalité et sur le long cours, réinterroger leurs pratiques, ni avoir de compte à rendre (ni vis-à-vis des moyens mobilisés, ni a fortiori vis-à-vis des personnes qu'ils prennent en charge).

Il s'agit donc bien à la fois de rationaliser les interventions et de s'assurer que tous les publics cibles sont atteints. Comme le souligne J. Damon, *« depuis une trentaine d'années un système sophistiqué et alambiqué s'est étendu, avec des interventions d'opérateurs et de financeurs variés. Tout ce système est en quête de coordination. [...] Il paraît urgent, aux yeux de la plupart des opérateurs et observateurs, de simplifier l'architecture générale de ce système. Chaque hiver voit naître son lot d'initiatives médiatiques […] et de polémiques concernant l'adaptation des centres, le financement des services, la coopération des associations, les responsabilités des uns et des autres. Or la solution tient probablement bien moins d'un manque de moyens*[v] *que de leur dispersion et de l'absence d'un objectif substantiel clair. »*.[4] Encore faut-il quelque peu modérer ce point de vue, notamment en ce qui concerne les initiatives associatives. Leur foisonnement, aussi médiatique peut-il être parfois, aussi désordonné soit-il, ne doit pas être stérilisé par une puissance publique trop régulatrice si on considère – comme nous - que ce champ associatif constitue une sorte de « laboratoire social » qu'il serait bien dangereux de stériliser. Encore faut-il que ce « tiers secteur » remplisse pleinement ce rôle d'innovation, réinterroge ses pratiques, capitalise ses expériences et évalue sérieusement sa démarche.

Cette coordination locale doit donc être une coordination de proximité, responsabilisée, aux objectifs et aux moyens contractualisés, associant des représentants des publics concernés ainsi que l'ensemble des intervenants que les personnes sans chez soi sont susceptibles de croiser dans leur quotidien (et donc pas seulement les acteurs sanitaires et sociaux, mais également, par exemple, les forces de l'ordre, voir p. 52)

[v] Même si nous modérerons cette appréciation, concernant les moyens et les ressources disponibles pour hébergement digne et pérenne…

Recommandations

- **Généraliser dans les territoires concernés des « Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri »**

- **Chaque groupement local est responsable de :**
  - **l'évaluation du nombre de personnes sans chez soi présentes sur son territoire,**
  - **l'évaluation de leurs besoins sanitaires et sociaux,**
  - **leurs prises en charge sanitaires et sociales,**
  - **leur accompagnement vers un logement pérenne.**

- **Il s'agit d'un GIP, possédant une personnalité juridique et disposant d'un budget propre, dans le cadre d'une déclinaison pour les personnes sans chez soi des contrats locaux de santé prévus par la loi.**

- **Il contractualise avec les différents partenaires présents sur son territoire de responsabilité, notamment :**
  - **les hôpitaux (et tous leurs services, notamment les Urgences, les PASS, les consultations externes mais bien entendu l'ensemble de l'hospitalisation)**
  - **les équipes mobiles de proximité**
  - **les maisons d'accueil, de liaison et d'accompagnement**
  - **Le dispositif de veille sociale départementale**
  - **le secteur psychiatrique**
  - **les services d'hébergement d'urgence**
  - **les associations**

- **Outre les élus, les représentants de l'Etats et les partenaires contractuels, il associe à son pilotage et à son évaluation les partenaires suivants :**
  - **les associations de quartier**
  - **des représentants des professions de santé libérales : médecins généralistes et pharmaciens d'officine**
  - **les représentants de l'Etat (DDASS)**
  - **les coordonnateurs ASV quand ils existent**
  - **le responsable de la veille sociale départementale**
  - **la police**
  - **les bailleurs sociaux**

- **Il associe également et systématiquement des représentants des personnes sans chez soi. Leur nombre doit être significatif. Il doit s'agir de personnes ayant été sans domicile et/ou connu des situations d'extrême précarité.**

- **L'évaluation de ses activités est systématique et indépendante. Elle fait l'objet d'un financement spécifique et conséquent, et d'un cahier des charges minimal qui sera préalablement défini**
    - **Il est fortement incité à faire appel à des personnes ayant une expertise dans le domaine de l'évaluation : médecins de santé publique, chercheurs, spécialistes de la recherche action participative, etc.**

- **Un objectif prioritaire sera d'analyser les freins à l'accès aux soins et à l'hébergement effectifs des personnes sans-abri.**

- **Des rencontres annuelles régionales et nationales devront permettre des échanges et une mutualisation des savoirs. Chaque année un compte-rendu détaillé des résultats les plus significatifs de l'évaluation sera publié et largement diffusé.**

- **A moyen terme, une coordination nationale devra produire des guides de bonnes pratiques entre partenaires et avec les personnes usagères. Les membres de cette coordination nationale seront issus des groupes locaux, et respecterons une représentation importante des usagers.**

Références bibliographiques

[1] Cour des Comptes. *Rapport public thématique sur les personnes sans domicile*. Paris, La documentation française, mars 2007.

[2] Damon J. *Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union Européenne*. *Rapport au Ministre du Logement* ; Paris, avril 2009.

[3] Maestrachi N. Courrier à Mr Jean-Marie Bertrand, Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales. http://www.fnars.org/images/stories/2_les_actions/sante/courrier_fnars__jm_bertrand-7_sept_09.pdf

[4] Damon J. Zéro SDF : un objectif souhaitable et atteignable. *Droit social* 2008; 3: 349-59.

Réponses des dispositifs innovants

De nombreux débats ont eut lieu lors des auditions au sujet des dispositifs dits « spécifiques ». En effet, une offre de soins à l'usage exclusif des personnes sans abri risque de créer des filières spécifiques et donc par ce fait d'exclure leurs usagers des dispositifs du droit commun utilisés par la population générale. En France, où les principes « universalistes » - certes légitimes – prennent souvent le pas sur le pragmatisme, les dispositifs spécifiques et les approches populationnelles et communautaires sont développées avec la plus grande retenue.

Les promoteurs des dispositifs innovants dits « spécifiques » argumentent eux – justement à partir d'une vision plus pragmatique qui cherche d'abord à répondre aux besoins des personnes - que ces dispositifs permettent d'améliorer l'accès aux services pour des personnes qui par ailleurs accèdent peu aux dispositifs de droit commun.

Une tension existe entre, d'un côté, la possibilité de transformer, à terme, les dispositifs spécifiques en dispositifs généraux, et l'articulation au jour le jour entre les dispositifs spécifiques et généraux. Cette articulation n'est pas toujours évidente. Elle est pourtant souvent, selon nous, une étape nécessaire à la possible généralisation secondaire.

Travailleurs pairs, professionnels issus de la communauté, médiateurs

Plusieurs programmes de santé travaillant avec les personnes sans abri ont engagé des médiateurs de santé/travailleur pair, appelé aussi travailleur de proximité, qualifié également de « professionnel d'expérience » et de « travailleur de proximité » selon les cas.

Devant la méconnaissance des professionnels sur ce type de nouveau métier, qui renvoie avant tout à de nouvelles pratiques, largement mieux connu dans les pays anglo-saxons, nous proposerons d'abord de faire un bref rappel historique pour en donner une définition.

Histoire du concept

L'utilisation par le système soignant des compétences des malades ou d'anciens malades en France peut être retrouvée dans les asiles au XIX siècle. Le plus célèbre étant Jean-Baptiste Pussin, ancien tuberculeux, reconverti en surveillant, ce qui correspondrait aujourd'hui à un cadre de santé, qui détachera les fous, acte injustement attribué à Pinel[1].

Plus généralement, la compétence initiale du travailleur pair est liée à une expérience de vie. Cette question du rôle joué par l'expérience de la maladie et de la cure[i] par le thérapeute a par ailleurs été largement abordée en anthropologie de la santé. Dans la diversité des sociétés étudiées par les ethnologues, certaines personnes ont un itinéraire thérapeutique qui les amène à être initiées au pouvoir de guérir[2].

Une terminologie plus vaste est celle de médiateur de santé. Pour S. Musso[3] : « *la notion de médiation a d'abord été utilisée par certains historiens et anthropologues. Les termes d' « intermédiaires-passeurs » et de médiateurs ont ainsi servi à Michel Vovelle pour montrer l'importance des troubadours, conteurs, et autres personnages réalisant « une médiation entre culture savante et culture populaire »* [4]*. Histoire, rapports entre culture « savante » et culture « populaire », médiation avec l'au-delà (comme dans l'exemple du chamanisme), l'ensemble des éléments auxquels peut renvoyer la notion donne à voir combien le terme est*

[i] Dans nos sociétés, la traversé de l'expérience de la cure est la condition nécessaire pour être psychanalyste.

rattaché à des sphères diverses, mais aussi combien dans toutes les sociétés sont observables des figures de médiateurs, formelles et/ou informelles, faisant de cet item l'équivalent du « plus vieux métier du monde ».

Son utilisation de façon plus systématique dans le champ sanitaire du VIH et de la toxicomanie, comme pour la santé communautaire avec laquelle il entretient des liens étroits, apparaît en France dans les années 1980 et 90 Dans les pays anglo-saxons, les travailleurs pairs sont également utilisés dès les années 1980 dans les équipes d'*outreach* (travail de proximité) en direction des personnes sans chez soi Ces programmes de santé mentale se développent et se multiplient dans les années 90. Aujourd'hui il existe une littérature scientifique importante sur ce sujet.

Un directeur de structure d'hébergement pour personnes sans chez soi va nous rappeler qu'historiquement les encadrants ont d'abord été issus des populations accueillies, puis ont été remplacés par des professionnels du social.

Définitions

La définition varie d'un programme à l'autre de façon importante. Le programme de New haven (Etats-Unis) définit les « *peer outreach worker* » comme étant des personnes ayant expérimenté le rétablissement d'une pathologie mentale et d'un problème d'addiction et qui ont également connu la rue. La notion de rétablissement est un concept clé pour comprendre les programmes de travailleur pair au Etats-Unis (Davidson, 1995[5])

Les professionnels issus de la communauté eux, ne sont pas forcément des personnes ayant expérimentés la maladie, leur légitimité tient d'abord à l'appartenance à la communauté, qui n'est pas toujours une communauté de malades (GAF, les enfants du canal). Les termes employés pour décrire l'activité des travailleurs de proximités sont ceux de passeurs, ou plus mécanique de courroie de transmission, d'intermédiaire, et aussi de chaînons manquants, et de marginaux séquents. Le terme de proximité renvoie à deux types de proximité, la proximité d'expérience entre les professionnels et les usagers, mais également une proximité dans la relation qui se construit entre les acteurs.

S. Musso décrit, à propos d'un programme expérimental français (conduit par l'IMEA et financé principalement par la DGS de 2000 à 2005) ayant formé et suivi des médiateurs de santé en France, que la notion de « proximité » n'était « *pas pensée, ni par les personnes ni par l'équipe des promoteurs, comme irréductiblement liée à un sentiment d'appartenance à un groupe minoritaire. Ainsi, certaines trajectoires de médiateurs donnent à voir la présence en formation de personnes que l'on pourrait qualifier d' « initiées » : leurs connaissances sur un groupe minoritaire ou stigmatisé n'est pas liée à leur appartenance à ce groupe, mais à une fréquentation régulière de celui-ci, souvent liée à l'insertion préalable comme bénévole ou salarié dans une association travaillant avec lui, mais pouvant aussi renvoyer à dés évènements biographiques personnels. »*

Dans son ouvrage sur les usages sociaux des handicaps[6], E. Goffman attire l'attention sur un phénomène nécessaire à mentionner ici. Ainsi, écrit-il *« L'individu stigmatisé peut donc attendre un certain soutien d'un premier ensemble de personnes : ceux qui partagent son stigmate et qui, de ce fait, sont définis et se définissent comme ses semblables. Le second ensemble se compose pour reprendre une expression d'abord employée chez les homosexuels- des « initiés », autrement dit, de normaux qui, du fait de leur situation particulière, pénètrent et comprennent intimement la vie secrète des stigmatisés, et se voient ainsi accorder une*

certaine admission, une sorte de participation honoraire au clan. L'initié est un marginal devant qui l'individu diminué n'a ni à rougir ni à se contrôler, car il sait qu'en dépit de sa déficience il est perçu comme quelqu'un d'ordinaire ».

Intérêts et limites des travailleurs pairs

Intérêts

Les travailleurs pairs vont être utilisés dans un certain nombre de programmes travaillant avec des populations en grande précarité et/ou sans abri. Le premier intérêt est d'ordre pratique. Les personnes ayant été sans abri connaissent les modes de vie, les habitudes, les besoins et les logiques de la population cible du programme avec une profondeur d'expérience que les professionnels classique n'ont pas à priori. Le terme consacré pour définir ce type de connaissance est celui de « connaissance de terrain ».

Le deuxième intérêt considère le type lien que les travailleurs pairs peuvent engager avec leur clients/patients. Cette relation se construit dans une plus grande horizontalité, avec un arrière fond, un référentiel d'expériences communes qui facilite l'empathie, et la reconnaissance mutuelle. Une étude américaine a montré que les travailleurs pairs étaient aussi efficaces que les travailleurs sociaux classiques et qu'ils avaient une plus grande efficacité les 6 premiers mois suivant la première rencontre[7].

Le troisième intérêt concerne la capacité qu'ont les travailleurs pairs, quand ils font du travail de rue, à favoriser le changement des règles auprès des institutions classiques. De part leur manière de faire et d'être, leurs actions influent sur les pratiques et les représentations. Rowe et collègues (1998) soulignent comment l'apparition d'une pratique de soins dans la rue, modifie l'organisation générale des relations entre les services[8]. Le travail de rue, par le contact direct des travailleurs avec l'injustice sociale, développe chez ces derniers un sentiment de responsabilité éthique qui les pousse à demander des traitements exceptionnels et à faire de ces exceptions la règle. De ce fait, ils modifient non seulement les règles de ces institutions mais aussi les manières d'être et de faire et les savoirs des autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire dans laquelle ils interviennent.

Limites et difficultés

Une première difficulté vient du processus de recrutement de formation continue et d'accompagnement des travailleurs pairs. Le recrutement se fait parfois uniquement par rapport à une histoire de vie, alors que l'action exige un ensemble de capacités et compétences non évaluées. En France, l'accompagnement - ou plutôt la formation et le soutien des ces travailleurs – en est encore au stade du bricolage alors que des formations spécifiques doivent être mises en place sur : le rôle et la place du travailleur pair, le ou les domaines de santé qui fonctionneront avec l'intervention du travailleur pair, leurs limites d'intervention. Mais aussi des formations sur l'écoute et sur la connaissance des dispositifs. Un suivi (supervision des travailleurs pairs ou équipes de santé communautaire) est indispensable au bien-être de ces derniers. Il s'agit de les préserver et, de fait, de garantir l'efficacité des projets mis en place. Par ailleurs la précarité n'est pas un facteur favorable au développement de telles initiatives. D'autant que leurs acteurs l'ont souvent déjà vécu. La pérennité de poste au sein de projets (ou de perspectives de projet) est donc d'une importance primordiale. Enfin si nous parlons de personnes malades, en voie de rétablissement ou sous traitement, ou de personnes ayant eu un parcours de vie désocialisant, voire stigmatisant, il est indispensable d'envisager dans le travail des périodes de rechute ou d'instabilité. Ces périodes

« instables » doivent faire l'objet de prévisions au moment de l'élaboration des projets, pour éviter toute réaction improvisée par la suite.

Une deuxième difficulté est celle de la double tension d'être dans l'entre soi et l'entre deux pour les acteurs issus de la communauté[9], qui soulève trois problèmes de terrain. D'abord, la divulgation de leur statut de pair qui, dans l'expérience de New Haven est laissée à l'appréciation des travailleurs eux-mêmes dans leurs relations thérapeutiques comme entre professionnels. Ensuite, est soulevé le problème des limites entre les professionnels et les patients. Les clients peuvent être d'anciens partenaires de boissons ou de drogue. Certains travailleurs viennent de sortir d'une maladie mentale souvent longue et sévère. Par une implication trop grande (souvent par identification), ils mettent en danger leur propre équilibre psychique. C'est dans ces cas-ci que le professionnel ne doit pas oublier qu'il ne construit pas des objectifs pour le client (ce qui lui évitera de les confondre avec les siens). Enfin, le troisième problème soulevé est celui de la discrimination sur le lieu de travail, par les autres professionnels.

Pour le troisième problème évoqué, c'est à dire la difficulté d'intégration dans le milieu professionnel des travailleurs pairs, certains responsables du programme IMEA n'avaient pas prévu de formation spécifique en direction du milieu professionnel accueillant les travailleurs pairs. Ce travail de préparation à l'accueil du milieu professionnel orienté sur la médiation, le travail de proximité, et les bénéfices à construire son équipe avec des travailleurs pairs est indispensable à la professionnalisation de travailleurs pairs.

L'absence de statut reconnu pour les travailleurs pairs/médiateurs de santé peut être considérée comme un problème supplémentaire. Il n'existe pas de reconnaissance institutionnelle pour ce métier aujourd'hui. Les programmes existant se heurtent à la fois à la méconnaissance des institutions mais aussi à la question symbolique des statuts professionnels et des textes qui les encadrent. Ces nouveaux métiers ne correspondent à aucune catégorie existante. Une institution hospitalière prête à embaucher des médiateurs les inscrira dans l'une des cases suivantes pour faire au mieux : agent d'accueil, brancardier, ou agent d'entretien, ce qui pose la question de la reconnaissance et donc de l'intégration des personnes.

Recommandations

- **Développer des programmes expérimentaux intégrant des travailleurs pairs issus de la population sans abri**
- **Créer une formation diplômante et un statut pour les « travailleurs pairs »**
- **Dont une mission « d'accompagnant médico-psycho-social » assurera le suivi des personnes sans chez soi, notamment en amont et en aval de leur stabilisation dans une structure d'hébergement.**

Références bibliographiques

1 Caire M. Pussin. Avant Pinel. *L'Information psychiatrique* 1993; 69: 529-38.

2 Zemplini, 1984

3 Musso S. *Genèse d'un programme de médiateur en santé publique*. Programme IMEA 2005 (document non publié).

[4] Vovelle 1978

[5] Davidson L, Strauss JS. Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry* 1995; 58: 44-55.

[6] Goffman E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Editions de Minuit, 1975.

[7] Sells D, Davidson L, Jewell C, Falzer P, Rowe M. The treatment relationship in peer-based and regular services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 2006; 57: 1179-84.

[8] Rowe M, Hoge MA, Fisk D.1998. Services for mentally ill homeless persons: street-level integration. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68: 490-6.

[9] Fisk D, Rowe M, Brooks R, Gilder D. Integrating consumer staff members into homeless outreach project: critical issues and strategies. *Psychiatric Rehab J* 2000; 23: 244-52.

Des approches communautaires à la santé communautaire

Lors de nos auditions nous avons rencontré plusieurs expériences s'adressant spécifiquement aux personnes sans abri revendiquant une approche « communautaire ». Ce terme de « communautaire » renvoie dans le champ de la santé et du social qui nous intéresse ici, à des définitions plurielles. La santé communautaire étant peu connue en France nous commencerons par faire un court résumé de l'histoire de cette approche et nous proposerons une brève définition. Nous soulignerons ensuite les intérêts et limites de ces expériences de santé communautaire comme réponse aux problèmes de santé que rencontrent souvent les personnes sans chez soi.

Résumé de l'histoire de la santé communautaire

Le terme de santé communautaire s'est développé, dans plusieurs secteurs et pays. Il est utilisé dans le cadre de démarches préventives, mais aussi pour désigner des initiatives d'échanges avec les services de soins traditionnels.

En Italie, dans les années 1950, un mouvement initié par les professionnels de la psychiatrie, en réaction aux expériences des camps nazis, eut pour objectif de fermer les asiles psychiatriques, en proposant des soins « dans la cité ». Pour que la fermeture des asiles ne se traduise pas par une autre exclusion, il s'est alors agi de mobiliser les compétences des personnes malades, et des citoyens dans leur ensemble : famille, voisinage, artistes, police, politiques[123] Ce projet avait une ambition politique majeure : faire de la psychiatrie un outil de la démocratie, usant pour cela d'un arsenal d'outils très pragmatiques.

Pour rappel, durant la seconde guerre mondiale, une famine généralisée dans les asiles psychiatriques français a abouti à la mort de 40 000 malades[4] C'est par conséquent en France que certains soignants, rescapés des camps prirent conscience que leurs comportements pouvaient s'apparenter à celui des Allemands avec les prisonniers en camps de concentration[5]. Ils proposèrent une approche communautaire à l'intérieur de l'institution asilaire (psychothérapie institutionnelle).

Dès 1965, l'OMS valide cette nouvelle approche de santé communautaire et promeut le développement de programmes de santé communautaire, via la notion de soins de santé primaires et d'agents de santé communautaire dans les pays du sud.

En Amérique du Sud, dans les années 1970, de nombreuses expériences communautaires émergent sous l'impulsion conjointe de professionnels de santé mentale et de professionnels de l'éducation populaire. Elles ont pour particularité de lutter contre les inégalités sociales et les inégalités de santé. Leur stratégie repose sur la formation, l'information de la population et la promotion participative. Au Canada, le système de santé québécois a été profondément modifié au début des années 1970 et trente-deux départements de santé communautaire ont été créés.

De façon concomitante, aux Etats-Unis, se développe dans les champs de la santé mentale une approche communautaire utilisant les compétences des personnes qui se rétablissent de pathologies mentales sévères. Le rétablissement devient, dans les années 1990 un mouvement politique et une revendication des associations d'usagers, en même temps qu'il est investi par des travaux scientifiques[6] La notion de rétablissement devient par conséquent très utile pour penser les questions d'inégalités, et des travaux soulignent les liens existant avec le concept

de capacité développé en économie par A. Sen. Dans les années 2000 le rétablissement est utilisé pour repenser le système de soins[7i].

La réduction des dommages et des risques, l'auto-support, l'empowerment, l'implication de travailleurs pairs et la notion de rétablissement sont autant d'approches et d'usages s'inscrivant complètement dans le cadre de la santé communautaire.

Ces différents concepts et approches seront traités à la suite de ce paragraphe.

Définitions

En France, l'Institut Renaudot s'est attaché à définir les objectifs de la santé communautaire[ii8] en ces termes : « *La reconnaissance pour chaque citoyen de sa place d'acteur de la vie sociale, et la prise en compte des facteurs qui conditionnent son mieux-être, notamment l'habitat, le cadre de vie, l'environnement socio-économique… La modification d'un certain nombre de pratiques est nécessaire pour permettre de nouvelles relations entre les citoyens et les professionnels des secteurs du social et de la santé :*

- *Une approche collective qui remet une approche individuelle dominante en France,*
- *L'appropriation par la communauté de projets, de moyens, et d'équipements devant répondre à ses besoins,*
- *Le changement de la relation de domination soignant-soigné par une relation "d'échange-négociation".*».

C'est donc la communauté qui co-construit avec les professionnels les modalités d'interventions sanitaires.

Un premier point concerne la définition de la communauté, un concept aux contours qui peuvent paraître flous. La notion de communauté est en France problématique car elle vient se confronter à la notion de citoyenneté universaliste. Plusieurs exemples d'expériences concrètes vont permettre de préciser les différents sens que prend le mot « communauté ». La communauté peut faire référence à une communauté géographique (un quartier, une ville, un pays), à une communauté de pratiques (usagers de drogue, travailleurs du sexe, pratique religieuse), à une communauté d'identité (culture, religion, sexualité, politique) à une communauté de projet (le rétablissement, la citoyenneté, vie en squat).

L'expérience de l'appartenance à une communauté se construit socialement. Les programmes de santé communautaire participent aussi, de par leur existence et leurs actions, à la création de nouvelles communautés. Anne Coppel montre bien comment lors de l'épidémie de SIDA, dans les années 80 si la communauté homosexuelle existait en tant que communauté et a pu donc agir et influer sur son destin, la communauté des usagers de drogues s'est elle construite ou reconstruite en tant que communauté dans son combat pour la survie face à l'épidémie[9]. La communauté des usagers de drogues n'existait pas avant l'épidémie de sida dans le sens où l'entendent classiquement les professionnels de la santé communautaire même si, dans les années 70, un mouvement de personnes revendiquaient l'usage de drogues et vivaient parfois en communauté.

---

[i] Il existe des manuels qui expliquent comment transformer un système de soin en santé mentale classique en système de soin orienté vers le rétablissement (Davidson et coll, 2009).

[ii] D'après l'OMS, une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale. D'une façon générale, une communauté est un groupe dont les membres ont des intérêts communs et partagent des valeurs communes (ce qui distingue une communauté d'une collectivité simplement définie su une bas géographique).

Un deuxième point concerne une des innovations les plus marquantes de la santé communautaire : la professionnalisation de personne de la communauté sur la base, en partie, de compétences acquises par l'expérience de vie au sein de la communauté. Ces professionnels sont catégorisés, selon les cas sous le vocable : « travailleur pair ou pair aidant», « professionnels d'expériences », « médiateur de santé », « travailleurs de proximité », « intervenant de santé ». La justification de la professionnalisation de personnes issues de la communauté est liée au fait que ces personnes sont souvent mieux perçues que des professionnels du soin, obtenant de meilleurs résultats dans leur rôle de sensibilisation et de passerelle vers le système de soins. Ils peuvent aussi développer la dynamique de soutien communautaire dans les soins. Au début des années 1990 et devant faire face au développement de l'épidémie d'infection à VIH, la Grande-Bretagne a élargi la santé communautaire aux publics homosexuels, personnes prostituées et personnes faisant usage de drogues. Cette nouvelle approche repose essentiellement sur le recrutement et la formation de travailleurs pairs (personnes issues du public concerné). Ce développement s'est avéré un outil crucial non seulement dans la lutte contre le VIH/Sida, mais pour l'accès aux soins et la notion d'observance, pour les personnes sous traitement. À partir des années 1980-1990, la santé communautaire en Angleterre et dans les pays anglo-saxons, s'appuie en partie sur les travailleurs pairs. (Un chapitre spécifique traitera cette question). Ces travailleurs pairs travaillent en articulation avec des professionnels classiques. Émergent à la fois un nouveau métier, mais aussi une nouvelle manière de percevoir les compétences et l'organisation du travail. En effet les programmes de santé communautaire présentent l'avantage de pouvoir s'organiser en articulation avec des équipes ou professionnels sanitaires et sociaux classiques. Ceci permet la sensibilisation de publics aux questions relatives à la santé, l'accès aux soins et le changement de représentations négatives que les publics peuvent avoir du système de soins et de ses acteurs. D'autre part, grâce à son rôle potentiel de médiateur, ils contribuent indéniablement à la facilitation de l'accès au soin et à l'évolution des représentations des professionnels.

Intérêts et limites pour les personnes sans chez soi

Intérêts

Les professionnels travaillant dans le champ de la grande exclusion témoignent, de façon parfois insistante, des difficultés qu'ils rencontrent à accéder aux soins par la filière classique pour les personnes sans abri. Les urgences, mais également les consultations en libéral et en public, les Centres Médico Psychologique sont autant de lieux où la rencontre entre personnes sans abri et professionnels du sanitaire est rare et peu efficiente au vu des besoins : absence de recours, rendez-vous manqué, conflits, stigmatisation à l'accueil, auto-exclusion

Ce sont les structures sanitaires plus petites, plus spécialisées, et qui ont une approche plus centrée sur les besoins des personnes qui semblent efficientes à la fois pour permettre la rencontre, et pour procéder à une première évaluation partagée des besoins. Ces structures sanitaires sont marginales dans le système de soins français, et sont nées dans un contexte singulier (l'épidémie de sida, la question SDF). Elles s'adressent quand elles existent à des populations cibles présentant des risques sanitaires plus importants (usager de drogue, travailleuse du sexe, usager des services de psychiatrie, personne sans abri). « *C'est d'abord en terme d'accès au terrain…venant souligner les apports de la participation de personnes « issues de la communauté »…le partage de la langue, facilite le transfert la communication, le transfert d'information,et, au-delà, participe à une relation de confiance, fondamentale* »[10].

Le premier intérêt est donc que les projets communautaires soient particulièrement adaptés à des populations et des personnes en situation de marginalité qui n'arrivent pas à avoir accès à des soins classiques.

Certaines structures développent des approches de santé communautaire dans le prolongement logique de projets de lieu de vie communautaires comme à Avignon. C'est par le biais de la citoyenneté et de l'habitat que ces expériences permettent aux individus d'accéder à des soins qui correspondent plus à leurs attentes. Un deuxième intérêt est que la santé communautaire dépasse de loin la simple question du soin et du prendre soin. Elle propose des actions qui jouent sur des déterminants sociaux tels que l'habitat et l'inclusion sociale. En effet, la santé communautaire s'inscrit dans une logique de santé publique malgré des différences notables dans l'approche. La santé communautaire interroge et propose un modèle de santé publique dont le tableau ci-dessous, proposé par Welzr-Lang et Schutz-Samson en 1999 constitue une bonne illustration.[11].

Tableau 6. Comparaison entre les approches de santé publique et de santé communautaire (source : Welzer-Lang D, Schutz Samson M, 1999).

	La santé publique est une stratégie qui vise à :	***La santé communautaire est une pratique qui vise à :***
But	Développer la santé, prévenir la maladie à grande échelle.	Démultiplier les acteurs en potentialisant les actions des uns et des autres, en rencontrant les partenaires.
Méthode	Identifier, repérer, planifier, etc.	Impliquer la population qui concourt elle-même à l'identification de ses problèmes et de ses potentialités.
Outils	Diagnostiquer, agir, évaluer, contrôler (épidémiologie, statistique). Niveau d'action national. Le fondement de la santé publique est l'action.	Mener des recherche-action, des évaluation formative... La mobilisation des personnes sur leurs propres capacités internes et externes à évoluer.
Philosophie	Promouvoir la santé selon trois globalités, envisagées de façon duelle : • individuel/collectif • préventif/curatif • sanitaire/social	Promouvoir un partenariat entre la population et les acteurs sanitaires et sociaux. L'approche globale de la santé tient compte des co-facteurs qui l'influencent en vue de réduire le clivage sanitaire/social.
Modes de décision	Les décideurs sont des professionnels, organisation centralisée des prises de décision.	Les décisions sont prises en concertation entre la population et les professionnels, organisation locale et interactive de la prise de décision.

Un troisième intérêt de la santé communautaire est qu'il est un outil de résolution de conflit. La participation des personnes, les nécessaires processus de négociations qui constituent un des fondamentaux de la santé communautaire sont autant d'expériences qui conduisent à une pratique de la résolution de conflits. Pour Lia Cavalcanti, Brésilienne habitante de la Goutte

d'or depuis 20 ans et directrice d'EGO, cette culture importée vient répondre à un manque dans la culture française.

Un quatrième intérêt est la constitution d'équipes mixtes, constituées de personnes issues de la communauté et de professionnels classiques, ce qui conduit à des confrontations de points de vue et des échanges enrichissants et des modifications dans les pratiques[12]. Nous avons développé plus particulièrement ce point dans la section « travailleurs pairs et nouveaux métiers » précédemment.

La création et/ou le renforcement de réponses collectives issues de minorités vulnérables suscitent également l'intérêt. L'entrée santé offre une opportunité d'expérimenter le sentiment d'appartenance à une communauté. Pour Jean-Louis Galaup, l'individu se reconstruit à travers le collectif. Le programme de santé communautaire, en aidant la communauté renforce la légitimité de la communauté.

Encadré n°11 : L'expérience d'EGO à Paris.

Depuis les années 90 l'association Espoir Goutte d'Or porte une expérience située dans le XVIII^{ème} arrondissement de Paris. Cette association tente d'apporter des réponses à un problème majeur dans le quartier de la goutte d'or : le nombre grandissant de consommateurs de crack qui, par leurs comportements, perturbent la vie de quartier. Un autre problème lié à ce phénomène concerne l'état de santé de ces personnes, qui pour beaucoup sont sans chez soi ou dans des logiques résidentielles instables et précaires. Des conflits importants entre les habitants et les usagers de drogues ont amené certains acteurs des deux bords, à se réunir pour tenter de trouver des solutions. L'association EGO est née de cette habitude à la rencontre entre les habitants, les usagers et les professionnels pour tenter de régler les conflits. Une méthodologie particulière permet à chaque participant de prendre la parole de façon effective.

Encadré n°12 : Le GAF, Toulouse.

Extraits de : Le groupe amitiés fraternités à Toulouse (Dossier). *Lien social* 2008; 907: 10-6.

Le Groupe Amitiés Fraternité à Toulouse est une des expériences les plus exemplaires de travail communautaire avec les personnes sans abri. Dans les années 1990, un groupe de SDF toulousains décident de se prendre en main de manière autonome et autogérée. Ils se rapprochent du secours catholique et définissent un projet où, selon J.L. Galaup *« le groupe [peut] aider chacun à réaliser un projet dont puisse bénéficier l'ensemble du groupe»*. Vingt ans plus tard, le collectif porte des projets d'hébergement, de restauration ou d'animation qui touchent environ trois cents personnes sans domicile fixe sur l'agglomération toulousaine. Le budget de l'association s'élève à 320000 euros et quarante personnes sont identifiées comme porteuses de projet.

Le GAF se distingue par son organisation interne, basée sur la démocratie directe et la collégialité. « Ce système politique garantit à chacun un pouvoir sur son projet, puisqu'il dispose de la capacité de nuire à l'ensemble du collectif » comme le souligne J.M. Legagneux L'ensemble des projets sont conçus, portés puis gérés par et pour les SDF. « Au début, ça paraît très compliqué pour quelqu'un qui arrive » témoigne Mylène, membre du GAF elle aussi, « car il n'y a pas de chef comme on y est souvent habitué. Mais quand on a compris, on fini par trouver que ça marche plus simplement qu'ailleurs ». Le GAF est structuré autour de quatre pôles d'activités implantés en huit lieux différents. La démocratie s'y exerce à raison d'une réunion de lieu hebdomadaire, appelée petite AG, chacun des huit lieux se réunissent ensemble en assemblée générale plénière tous les trois mois. Un conseil d'administration élu par l'ensemble des adhérents remplit pour sa part la fonction d'exécutif. C'est à partir de

chacun des huit lieux actuels qu'émergent souvent les projets portés par un ou plusieurs adhérents. Le projet doit être clairement défini. S'il est approuvé en petite AG, son porteur peut dès lors bénéficier du soutien d'une cellule de suivi animée par des bénévoles du GAF. Ils sont une quarantaine environ, chargés notamment de faciliter les tâches administratives, de donner des contacts utiles ou d'apporter une aide initiale dans la gestion. Au bout d'une période probatoire de cinq mois, le porteur de projet peut se voir proposer, s'il le désire, un contrat de travail (en emploi aidé jusqu'à présent dans la plupart des cas) ; ce qui permet de pérenniser la nouvelle activité née de ce projet. Au GAF, la création d'emploi n'est pas une finalité. Les emplois ne sont jamais préexistants. Ils ne sont là que pour entériner le parcours d'une personne.

Limites et obstacles

La première limite est celle de la constitution d'un groupe. La revendication d'appartenance à un groupe marginal et stigmatisé de ne va pas de soi, bien au contraire. Pour échapper au stigmate, Goffman l'a bien montré, plusieurs stratégies existent, dont l'une est de tenter d'y échapper[13]. La stratégie de renverser le stigmate pour en faire un élément identitaire dont on est fier comme l'ont fait les noirs américains dans les années 60 avec « Black is beautiful », puis les homosexuels notamment avec Act-up face au SIDA, est une stratégie qui nécessite des compétences et un contexte social favorable

En deçà de cette question identitaire, la question de la constitution d'un groupe, la mobilisation de la participation de personnes dominées socialement et en situation d'exclusion, reste problématique à plusieurs niveaux. En France aujourd'hui il existe très peu de mobilisation communautaire autour de l'expérience d'être sans chez soi, sans abri, SDF.

Une deuxième difficulté est celle de la participation effective de la communauté ou du groupe. Certains programmes peinent à faire participer les membres de la dite communauté, pour des raisons d'approche méthodologique dans le meilleur des cas, et pour des raisons idéologiques dans le pire des cas. Si les personnes souhaitent le plus souvent êtres impliquées dans les choix qui les concernent et participer à l'élaboration de programme fait pour elles, la pratique montre parfois que la participation n'est pas une activité facile et qui va de soi. Les personnes n'ont pas toujours l'habitude de prendre la parole dans des réunions. C'est pour cela qu'une méthodologie particulière des réunions communautaires est nécessaire. La réunion communautaire d'EGO est en cela exemplaire (cf encadré n°8). Dans les réunions partenariales et institutionnelles la prise de parole est un enjeu majeur. En effet, la réunion est une pratique centrale de l'organisation et de la construction des politiques de santé. Des personnes, représentant les populations cibles des programmes sont parfois invitées à exposer le point de vue de la communauté. Nombreux sont ceux qui ne prennent pas la parole, et s'ils le font c'est souvent avec difficulté et sans arriver à vraiment exprimer ce qu'ils avaient prévu. Si, par habitude de la pratique et/ou parce qu'ils ont suivi des formations, ils arrivent à s'exprimer avec aisance et clarté, leur point de vue n'est que rarement suivi des décisions allant dans le sens de leurs recommandations. Cette question de la participation se retrouve d'ailleurs aujourd'hui posée au niveau national par la loi de sur la représentation des usagers, qui doivent siéger dans les différentes instances (cf partie sur la représentation des usagers).

D. Fassin[14] souligne, lui, un autre travers, interne à la santé communautaire elle-même, ou les promoteurs de santé communautaire passent parfois plus de temps à apprendre à la communauté à participer qu'à comprendre et connaître la communauté elle-même et les enjeux qui la traversent. Les expériences françaises montrent que c'est parfois dans un second temps, une fois la communauté construite autour de l'expérience de la résolution du problème

de l'habitat, qui reste le problème principal, que les questions de santé émergent, et qu'elles sont alors traitées avec une approche semblable à celle du vivre ensemble, de façon communautaire. Il s'agit donc, de faire attention que les promoteurs des projets soient impliqués dans la communauté, et/ou qu'ils connaissent bien le contexte de vie des personnes et leurs besoins.

Une troisième difficulté est celle de l'articulation avec le système de soin classique. Cette difficulté est double. D'une part, les acteurs de santé communautaire, pris dans des réalités de terrains faites d'exclusion, de stigmatisation et de violence, ont une position de témoignage de situations sociales peu connues. Quand ils témoignent de ces situations de violences aux professionnels du système de soin classiques, ces réalités ont tendances à être niées, ou/et considérées comme hors du champ des compétences de l'institution hospitalière.

Or ces éléments du contexte sont à prendre en compte pour offrir des soins efficaces. Nous abordons ici la deuxième difficulté de l'articulation entre santé communautaire et système de soin classique. Les professionnels « classiques » ont du mal à percevoir les besoins spécifiques des personnes sans abri. Ils sont souvent méfiants et supposent que les « SDF » n'expriment pas de besoins. Une littérature scientifique abondante souligne combien il existe une résistance de certains professionnels à travailler avec ce type de clientèle [15] [16]. Ceux-ci ont alors des attitudes méprisantes qui contribuent à éloigner ce public du système de soin[17]. Le système de soin classique ne prend pas spécifiquement en compte les besoins des personnes sans abri, ni le fait que les intervenants doivent avoir à la fois une connaissance de la vie dans la rue et des risques sanitaires que cela entraîne (maladie somatique et mentale sévères, addictions) et des qualités personnelles leur permettant de travailler avec les personnes sans chez soi[18].

Recommandations

- **Il existe des différences notables entre santé publique et santé communautaire dans les définitions classiques. Ces différences posées, il nous semble important que la santé communautaire s'inscrive comme une réponse à promouvoir sur l'ensemble du territoire national, dans les creux et les vides laissés par l'offre de soin classique. Ces réponses doivent être vues à la fois comme complémentaires et alternatives à l'existant.**

- **Son inscription dans la loi de santé publique est une des étapes nécessaire au développement de cette approche.**

- **De même, en ce qui concerne la loi de santé mentale, l'intégration de la dimension communautaire dans toutes ses ramifications est le prolongement logique de la loi sur le secteur et les évolutions récentes dans le champ de la santé mentale concernant la place des usagers comme acteurs.**

- **Il s'agit dès lors de développer des expérimentations qui fassent émerger de nouveaux programmes de santé communautaire conduits avec et auprès des groupes de personnes sans chez soi, rigoureusement évalués et dont les expériences soient capitalisées.**

Références bibliographiques

[1] Basaglia F. *L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Goriza*. Paris, Edition Combats, Seuil, 1970.

[2] Basaglia F. *Psychiatrie et démocratie. La maison jaune*. Paris, Eres, 2007.

[3] Colucci M, Di Vittorio P, Basaglia F. *Portrait d'un psychiatre intempestif*. Paris, Eres, 2007.

[4] Von Bueltzingsloewen I. *L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris, Editions Aubier, 2007

[5] Oury J. *La psychothérapie institutionnelle de St Alban à Laborde*. Conférence faite à Poitiers en 1970.

[6] Hopper K. Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer. *Soc Sci Med* 2007; 65: 868-79.

[7] Davidon L, Tondora J, Staeheli Lawless M, O'Connell M, Rowe M. *A pratical guide to recovery-oriented practice*. Cary, Oxford University Press, 2008.

[8] Brignon J. *Petit précis de santé publique*. Rueil Malmaison, Editons Lamarre, 2007.

[9] Coppel A. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris, La Découverte, 2002.

[10] Musso S. *Evolution de la prostitution : la question du communautaire*. Rencontre nationale TAMPEP, 28 et 29 septembre 2006, prostitution et groupe communautaire

[11] Welzer-Lang D, Schutz Samson M. Prostitution et santé communautaire,. In: Welzr-Lang D, Schutz Samson M, eds. Essai critique sur la parité. Le Dragon Lune, Cabiria Editions, 1999.

[12] Girard V. Driffin K. Fisk D, Musso S, Naudin J, Rowe M, Davidson L, Sells D, Lovell AM. La relation thérapeutique sans le savoir. Approche anthropologique de la rencontre entre des travailleurs pairs et des personnes sans abris ayant une cooccurence psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique* 2006; 71: 75-85.

[13] Goffman E. *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris, Editions de Minuit, 1975.

[14] Fassin D. *Les enjeux politique de la santé*. Paris, Editions Khartala, 2000.

[15] Shaner A. Asylums, Aspalt, and Ethics. *Hosp Community Psy* 1989; 40: 785-86

[16] Cohen NL. Stigma is in the eye of the beholder: an hospital outreach program for treating homeless mentally ill people. *Bull Menninger Clinic* 1990; 54: 255-58.

[17] Breakley WR. Treating the Homeless. *Alcohol Health Research World* 1987; 11: 42-7.

[18] Sharidan MJ, Gowen N, Halpin S. Developing a practice model for the homeless mentally ill: families in society. *J Contemporary Human Services* 1993; 74: 410-21.

La réduction des risques et des dommages

Cette approche sanitaire s'est développée dans le champ de la toxicomanie, en France et dans le monde, au moment où les usagers de drogues ont été identifiés comme une population à risque dans l'épidémie de sida dans les années 1980-1990.[1] La réduction des risques s'est présentée comme un changement de paradigme[2] par rapport à la culture de l'abstinence ainsi qu'une approche morale et pénale. Elle a permis d'offrir des soins aux usagers de drogues ne voulant et/ou ne pouvant pas arrêter de consommer et qui n'accédaient pas aux dispositifs de droit commun (hôpital). En abaissant le seuil d'exigence d'accès, les professionnels ont permis à de nouveaux publics d'accéder aux soins. Un grand nombre de personnes sans chez soi font partie aujourd'hui de ces nouveaux publics.

Aujourd'hui la réduction des risques en France est inscrite dans la loi de santé publique. Les programmes ont des financements pérennes (CAARUD). Au plan international, plus de 84 pays ont développé, à des niveaux différents, des programmes de réduction des risques et des dommages. L'OMS l'a reconnu comme la stratégie prioritaire dans la lutte contre les addictions. Une littérature scientifique abondante met en évidence sa grande efficacité en termes de mortalité, morbidité et qualité de vie.

Intérêts

Un bas seuil d'exigence : quand un public rencontre enfin des professionnels

Le bas seuil signifie qu'il faut peu de pré requis et/ou de préalable pour accéder aux soins. Les programmes de « réduction des risques «permettent aux personnes de rencontrer des professionnels sans rendez-vous ni papier. Il n'est pas nécessaire que les personnes révèlent leur identité. Les horaires, les lieux, sont pensés en fonction des conditions de vie des personnes. Ces dernières peuvent venir même fortement intoxiquées, sales, seules ou en groupes bruyants et même avec leur chien (chose rare !), juste pour boire un café. Il n'y a pas de nécessité que la personne soit dans une démarche de soins classique. Les gens sont acceptés comme ils sont, sans jugement de valeur par rapport à leur usage et leur mode de vie. Il n'y a pas de message moral. On ne leur dit pas comment ils doivent être. Les services sont offerts sans contrepartie, de bonne qualité relationnelle même si la personne refuse de parler, l'objectif premier étant la réponse à un besoin éprouvé par la personne, ne serait-ce qu'un moment de repos, un café, un préservatif ou une douche. La création d'une rencontre est tout l'enjeu de cet accueil sans condition, pré requis nécessaire à des soins efficaces.

Une passerelle avec le système de soin classique

Les programmes de « réduction des risques «travaillent en réseau avec de nombreux acteurs sanitaires du fait de la complexité des situations et des pathologies rencontrées. L'articulation avec les services classiques est toujours négociée avec les personnes accueillies. Il s'agit d'abord des services de soins somatiques, infectieux ou hépato gastroentérologie. Les liens avec les urgences, traumatologique et médecine interne sont également nécessaires. L'accès aux services psychiatriques, tout aussi indispensable, est souvent difficile à négocier, en particulier en l'absence de travail en réseau entre les services. Les équipes « préparent » la personne pour qu'elle puisse passer les barrières logiques institutionnelles. Un accompagnement, d'intensité variable selon les cas, permet le « tuilage » entre dispositif spécifique bas seuil et système de droit commun.

A un moment donné de leur trajectoire, les personnes demandent très fréquemment, une cure. Il y a donc une continuité entre réduction des risques et des dommages et le traitement de la dépendance ; des traitements de substitution à la cure. Mais dans ce cadre, cette continuité est décidée et planifiée par la personne. Ce pré requis permet une meilleure congruence entre professionnels et patients, réduit les conflits, et augmente les chances de réussite.

Une amélioration de la connaissance, une production de nouveaux savoirs et pratiques

La réduction des risques et des dommages facilite le partage des savoirs entre professionnels et patients. Les professionnels ont pour mission l'information des personnes sur les connaissances scientifiques, et les problèmes de santé liés aux addictions qu'ils peuvent rencontrer l'objectif étant de les rendre premiers acteurs de leur santé. Cependant, pour que l'information soit compréhensible et que les personnes puissent s'en saisir, celle-ci doit s'adapter au mode de consommation et au contexte de l'usage. Aussi, les équipes ont besoin de connaître, plus ou moins précisément les conditions d'existence des personnes : les techniques de consommation, les modes d'approvisionnement, les contraintes au quotidien, les enjeux sur les lieux de consommations et de ventes. La prise en compte des compétences développées par les personnes dans des situations singulières permet d'adapter l'offre de prévention et de soin. La « réduction des risques «offre un modèle de passage d'un savoir profane à un savoir institué. Ce savoir a une visée très pragmatique : améliorer la santé des personnes et des populations.

Par ailleurs nous avons développé l'intérêt des travailleurs pairs, souvent présents dans les équipes de réduction des risques. Ils font partie des personnes « passerelle » entre le monde des professionnels et le monde des patients, entre un savoir universitaire et un savoir tiré de l'expérience. La réduction des risques, par son approche pragmatique et respectueuse de la volonté des personnes, a influencé positivement la production de savoirs et le fonctionnement du système de soin dans son ensemble. Elle a montré sa capacité à impulser le changement, particulièrement le changement de comportement des usagers de drogues, dont témoignent la baisse spectaculaire des taux de contamination du sida, le changement également des professionnels de santé en relation avec eux. A l'hôpital, comme en médecine de ville, l'usager de drogue est devenu un patient comme les autres, ce dont témoignent indirectement les suivis de traitements VIH. (4)

Limites

Une limite fonctionnelle : la dureté du travail de proximité

Une des limites de la « réduction des risques est la rudesse du travail de proximité. C'est une pratique par contact direct, sans cadre, ni filtre protecteur. Les professionnels sont confrontés à la violence des situations sociales dans lesquelles se trouvent les personnes. Ils ont peu d'outils et pas de statut pour affronter cette violence. L'institution fabrique de façon consciente ou inconsciente une protection, elle pose des règles contre les personnes ne respectant pas les cadres et les situations « limites ». Les programmes de réduction des risques ne protègent pas les professionnels comme l'institution hospitalière le fait. Ils les exposent à la réalité sociale brute avec toutes ses inégalités et sa violence. La formation universitaire ne forme pas les professionnels à appréhender cette réalité sociale, ils ne disposent d'aucun outil. Des équipes s'épuisent par manque de réponses et de cadre d'analyse à la recherche de solutions. A ce jour, les compétences spécifiques à avoir ne sont pas encore formalisées, elles ne sont ni reconnues ni valorisées. La recherche-action, dans une logique, d'évaluation de programmes restent une pratique marginale[3]. Les supervisions individuelles et d'équipe ne

sont pas toujours possibles. Les équipes subissent de plein fouet le décalage entre une offre de service sanitaire avant tout alors que la demande est le plus souvent d'ordre social.

Ces équipes, épuisées, élèvent petit à petit leur seuil d'exigence et diminuent leur activité de première ligne, pour se protéger. En diminuant cette activité de première ligne, elles excluent de fait, une partie de leur public, souvent le plus vulnérable, reproduisant ainsi l'exclusion de l'institution hospitalière.

Une limite structurelle : la passerelle et de la notion de « système de soin de droit commun »

Les CAARUD, comme les autres programmes de réduction des risques, sont des dispositifs spécifiques qui ont pour mission de permettre les passerelles avec les dispositifs généraux dits de droit commun. Cette fonction de passerelle est pertinente dans un certain nombre de cas. Pourtant force est de constater qu'une partie importante du public continue à ne pas avoir accès aux dispositifs de droits communs, les personnes sans chez soi sont un exemple frappant.

A Vancouver par exemple, il existe un quartier tout entier offrant des services diversifiés et spécifiques aux besoins des usagers de drogues : une banque pour zonard, une salle d'injection, une maison pour les femmes enceintes[i], des habitats adaptés, diffus dans le quartier, une association d'auto-support reconnue (l'association VANDU). Il existe une alliance entre les acteurs de terrain, les associations d'usagers et les politiques. L'implication forte des élus locaux est la clé de la réussite de telles politiques urbaines(1). On peut citer comme référence une recherche du CESDIP qui a établi une corrélation entre les résultats obtenus dans les différents projets de réduction des risques en Seine St Denis et l'implication des élus locaux dans le dispositif.

L'absence de diffusion dans des champs voisins : la santé mentale, le « social » et la santé en prison

L'approche par la réduction des risques s'est appliquée presque simultanément à la prostitution[ii] mais il y a une vraie légitimité à l'adapter également à la maladie mentale où les individus partagent un même statut de boucs émissaires et des expériences individuelles et collectives de rejet. L'usage de la drogue, la prostitution, la maladie mentale ou encore l'errance ont des statuts différents d'un point de vue législatif mais, dans la pratique, ces populations sont en butte au même processus d'exclusion. Il existe une criminalisation des usagers de drogues comme il existe, dans un moindre degré, une criminalisation de la maladie mentale, de la prostitution et de l'errance. Pourtant, il s'agit de comprendre que ces personnes ne sont pas dangereuses mais en danger. L'opinion publique amalgame « différents » et « dangereux » alors que le qualificatif est « vulnérable », donc en danger. Les principes de la réduction des risques et des dommages restent peu appliqués dans les structures de logement et d'hébergement alors que ces offres de services sont indispensables et pourraient contribuer à une réduction des dommages aussi bien pour les personnes que leur environnement. De même, l'offre de tels services en milieu carcéral, quasi inexistante en France, permettrait d'établir un lien qui, outre la protection immédiate de la santé, favoriserait la réinsertion à la sortie de prison et participerait à la réduction des taux de récidive.[4]

[i] En 2005 il y a eut plus de 70 accouchements dans cette maison.
[ii] L'association autre regards a une activité de réduction des risques et de santé communautaire avec les prostitué(e)s. voir le site de l'association : http://autresregards.org/index.htm

Une limite « culturelle » : l'alcool

Alors que toutes les études épidémiologiques soulignent l'importance de la consommation abusive d'alcool dans la population sans abri, il n'existe en France aucun programme ayant fait l'objet d'évaluation (en tout cas publiée) pour répondre à ce problème. La consommation d'alcool s'accompagne pourtant au moins deux types de problèmes importants, un problème sanitaire et un problème de violences et de délits.

Les structures accueillant les usagers de drogues commencent à peine à considérer l'alcool comme une drogue, le plus souvent dans le cadre d'une « polyconsommation ». La personne identifiée par les professionnels de la réduction des risques comme « simple alcoolique » n'a pas accès à ces services. Ces derniers n'offrent que rarement des réponses aux questions d'alcool, alors même que les usagers de drogues consomment très souvent de l'alcool comme produit d'appoint.

Les professionnels de terrain constatent que les anciens injecteurs de drogues intraveineuses utilisent l'alcool comme un produit de substitution, ce qui n'est pas sans poser de problèmes hépatiques graves quand les personnes sont également infectées par le virus de l'hépatite C.

Les CHRS, les UHU et les structures d'accueil de jour (boutiques) ont le plus souvent une politique de tolérance concernant l'usage d'alcool. Pour autant, ils ne développent pas de politique d'accompagnement à la consommation dans les logements dans une approche par la réduction des dommages, alors que de récentes études montrent que ces approches donnent d'excellents résultats en termes de diminution des coûts sanitaires et des incarcérations.[5]

A Marseille, un projet de recherche-action avait été initié en 2002 qui consistait en une distribution contrôlée d'alcool à l'UHU de la Madrague[6] et qui s'est poursuivi pendant deux ans. Une nouvelle direction l'a arrêtée en 2004, alors même que les professionnels trouvaient l'expérience positive.

Un autre projet de recherche-action mené par l'ANPAA 13 vient de rendre un premier rapport qui propose la mise en place d'un programme expérimental s'inspirant de programmes conduits en Suisse (« salle de consommation »), en Allemagne (« nasse Einrichtungen ») et en Grande-Bretagne (« Wet centre »). Ces programmes proposent de consommer sur place de l'alcool, dans un milieu sécurisé offrant par ailleurs des services sociaux et sanitaires. Les évaluations réalisées montrent que ces espaces sécurisés permettent aux personnes de diminuer leur consommation, même en l'absence de contact avec des professionnels en alcoologie.

Les limites liées à l'environnement : « pas dans mon quartier »

La réduction des risques ne propose pas un projet normatif pour les usagers. Il s'agit bien au contraire d'aider les gens à vivre leur différence et leur permettre de trouver leur place en élargissant les cadres de la normalité. Ceux qui consomment des drogues doivent pouvoir protéger leur santé, et au-delà, trouver leur place dans la société. C'est à la fois un projet de vivre ensemble pragmatique et une approche avec des valeurs de reconnaissance de la différence comme valeur. Si les gens ne changent pas, c'est la société qui doit s'adapter à eux. Ils n'ont peut être pas la volonté, ou les moyens de changer.

De façon concrète, le rejet par le quartier et/ou les élus locaux d'implantations ou de développement d'activités avec les personnes usagères de substances psychoactives[7] est une

limite aux programmes de réduction des risques appelés (une limite que les Américains intitulent[8] « *not in my backyard* », pas dans mon quartier). Cette limite se traite par une approche participative citoyenne, telle que les proposent les projets communautaires[iii]. La réduction des risques, en s'inspirant de la santé communautaire, offre des espaces de négociations et de discussions. Quand elle fonctionne, elle permet la recherche des solutions conjointes, autour d'une table, par les différents acteurs d'un conflit. Il existe aujourd'hui des méthodes qui permettent d'aider à la consultation effective des personnes du quartier dans lequel il est envisagé d'installer un programme s'adressant à une population stigmatisée afin d'éviter le rejet des voisins[9,101112]. Ainsi, en Europe du Nord, en Allemagne, en Suisse, aux Pays-Bas, les collectivités locales ont développé une gamme de services de première ligne intégrée à l'ensemble des services de droit commun, des hôpitaux aux services sociaux. Les résultats obtenus, en termes de santé comme en termes de sécurité, ont convaincu la grande majorité de l'opinion - y compris les riverains à l'origine les plus réfractaires aux expérimentations.[iv]

Recommandations

- **Développer des programmes expérimentaux de réduction des risques et des dommages avec les personnes vivant dans la rue dans une logique de santé communautaire, associant l'ensemble des acteurs concernés, professionnels spécialisés, acteurs de proximité, patients et proches.**
- **Favoriser l'expérimentation de dispositifs locaux, mettant en réseaux les projets et services de première ligne existants (usage de drogue, précarité, prostitution, jeunes en errance, squatters, etc.) avec une offre de services supplémentaires telle que l'accès à un chez soi, l'accès aux lits et aux consultations de psychiatrie ainsi que des consultations sociales avancées dans le contexte de vie.**
- **Développer les politiques de réductions des risques dans le champ de la santé mentale par le biais de la question des comorbidités psychiatriques. Il s'agira entre autre de former tous les professionnels de santé mentale, dans les cursus généraux, à la réduction des risques et des dommages.**
- **Systématiser les programmes de réduction de risques et des dommages dans les prisons.**
- **Mettre en place des projets de réduction des dommages liés à l'alcool via la création de lieu de consommations protégées offrant des services sanitaires et sociaux.**

Références bibliographiques

[1] Coppel A. Dans quel contexte historique et institutionnel ont été mis en place les traitements de substitution en France et comment notre pays se situe-t-il par rapport aux pays comparables ? Conférence de consensus sur les traitements de substitution. *Alcoologie, addictologie* 2004; 26: 17-26.

[iii] Un bon exemple d'une sortie vers le haut d'un conflit citoyen autour de la présence d'usagers de drogue dans un quartier par la mise en place d'un programme de réduction des risques est EGO (Espoir Goutte d'Or) à Paris (voir encadré n°11 p. 114)

[iv] On peut citer aussi la consultation citoyenne dans le quartier de Stalingrad à Paris (Coppel A. *Rapport du panel citoyen « Mieux vivre à Stalingrad »*. Paris, Mairie du XIXème arrondissement, octobre 2003).

[2] Bergeron H. *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris, Presses Universitaires de France, 1999.

[3] Cormont P, Coquelle C, Rivet G. *Evaluation du programme « renforcer le travail de proximité ». Rapport final*. Marseille, Mission sida toxicomanie, janvier 2003.

[4] Michel L, Carrieri MP, Vodka A. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *Harm Reduct J* 2008; 5: 17.

[5] Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, Tanzer K, Ginzler J, Clifasefi SL, Hobson WG, Marlatt GA. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009; 301: 1349-57.

[6] Schneider E. *Accompagnement des personnes dites « grands marginaux » et distribution contrôlée d'alcool*. Marseille, UHU Madrague, Association Acces, 2002.

[7] Tempalski B, Friedman R, Keem M, Cooper H, Friedman SR. NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States. *Geoforum* 2007; 38: 1250-63.

[8] Takahashi LM. The socio-spatial stigmatization of homelessness and HIV/AIDS: toward an explanation of the NIMBY syndrome. *Soc Sci Med* 1997; 45: 903-14.

[9] Cowan S. NIMBY syndrome and public consultation policy: the implications of a discourse analysis of local responses to the establishment of a community mental health facility. *Health Soc Care Community* 2003; 11: 379-86.

[10] Coppel A. *Usage de drogues, services de 1ères lignes et politiques locales, guide pour les élus locaux*. Paris, Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, Programme Démocratie, Villes & Drogues, février 2008.

[11] Kübler D. *Politique de la drogue dans les villes suisses, entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en œuvre*. Paris, L'Harmattan, 2000.

[12] Barré MD, Bénéch-Le Roux P. *Approche sociologique des acteurs de première ligne travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie*. Guyancourt, Centre de recherche sociologiques sur le droit et les institutions pénale (Ministère de la Justice, CNRS), 2004.

L'auto-support, les groupes d'intérêts et les collectifs

Il n'existe pas aujourd'hui en France de groupe d'auto-support issu des populations sans chez soi. Des associations d'auto-support chez les usagers de drogues d'abord et depuis peu en santé mentale, accueillent néanmoins de façon spécifique, des personnes sans abri.

Un bref rappel historique de l'auto-support en santé mentale et dans le champ des drogues permettra de contextualiser l'analyse des intérêts et des limites de ces expériences.

Bref rappel historique

Une des origines de l'auto-support sous une forme associative est celle qui s'est constituée face au problème de l'alcoolisme, vers la fin du XIXe siècle avec la création d'Alcooliques Anonymes aux Etats-Unis. Son fonctionnement est basé sur des réunions de groupe et le principe de parrainage. Lorsqu'une personne est parrainée, le parrain devient son interlocuteur principal. Ce modèle est résolument tourné vers l'abstinence totale des personnes adhérentes.

L'auto-support va connaître un nouvel essor en santé mentale avec la création des clubs dans les années 50 et 60 en France. Dès les années 1970s, la Hollande voit naître le premier syndicat d'usagers de drogue. Par ailleurs dans les 80, plusieurs pays verront naître des mouvements d'auto-support d'usagers de drogue et les soutiendront. La Nouvelle Zélande est précurseur en la matière en raison de son orientation politique durant ces années ce qui facilitera l'organisation de tels mouvements. Au fil du temps, les mouvements d'auto-support évoluent dans leurs orientations, regroupant aujourd'hui usagers actifs et anciens usagers.

Il faut distinguer au moins deux types d'auto-support dans le monde de la toxicomanie. Le premier est tourné vers l'abstinence, comme Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes. Les adhérents au second type sont regroupés autour de la défense des droits des personnes à utiliser des drogues, le plus souvent dans une approche de réduction des dommages et des risques comme Auto Support d'Usager de Drogue en France (cf. encadré n°10). Ces derniers sont définis par Jauffret[1] comme des groupes d'intérêts.

Encadré n°13 : Auto Support Usagers de Drogue (ASUD).

En 1992 naît « Auto-support des Usagers de Drogues » (ASUD), dans le prolongement de « Limiter la Casse » créé en 1991. ASUD jouera un rôle dans la lutte contre le Sida auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse. Dans un premier temps, les membres d'ASUD sont recrutés bénévolement par les structures de réduction de risques au vu de la nécessité d'avoir au sein des équipes des anciens usagers, des postes sont créés. Ceci fait suite au constat selon lequel les personnes les mieux placées pour diffuser les messages de prévention sont les personnes concernées. Ce, particulièrement dans les interventions conduites en extérieur, sur des sites identifiés de « deal » (vente de stupéfiants) ou d'usage.

Certaines de ces structures d'accueil ont par ailleurs intégré le système socio-sanitaire en devenant des services médicosociaux dans le cadre du dispositif des CAARUD (Centre d'Accompagnement et d'Accès à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues), notamment à Marseille où une part importante des usagers est en situation de grande exclusion et sans abri. L'association siège à la Commission nationale des stupéfiants, aux côtés des représentants des structures de soins et de réduction des risques, qui définit les grandes orientations de prise en charge des personnes faisant usages de substances psycho actives.

Dans le champ de la santé mentale, l'organisation s'appuie sur une forme associative de logique d'entre aide. Elle s'est développée en Europe depuis la période d'après-guerre avec une accélération dans les années 70[2]. En France, dans les deux ans qui ont suivi la loi 205-102 du 11 février 2005, plus de 300 groupes d'entre aide mutuelle vont se créer, dont environ 20 % sont dirigés par des associations de patients/usagers de la psychiatrie.[3] Nous avons auditionné (cf. encadrés ci-dessous) deux Groupe d'Entre Aide Mutuelle (GEM) qui proposent une offre spécifique à la sous population sans abri présentant des troubles psychiatriques : « Les nomades célestes » à Marseille et « Mine de rien » à Avignon.

Par ailleurs nous avons auditionné un collectif de personnes sans abri, qui a pour objectif de défendre les droits des personnes sans abri, à Toulouse. Sa porte d'entrée n'est donc pas sanitaire, mais c'est l'une des rares associations de personnes de la rue qui met en place de l'entre aide.

Encadré n°14 : Les Nomades Célestes.

Créés en 2006 par des professionnels de proximités (dont certains avaient connu la rue), cette association va participer à l'ouverture d'un « squat thérapeutique » en 2007, dans le centre ville de Marseille. L'association va proposer un accueil de jour inconditionnel dans ce lieu expérimental. Des personnes avec des pathologies mentales sévères, souvent en rupture de suivi depuis des années, vont pouvoir se reposer, manger, se laver et être assez souvent logé.

Une grande majorité va finalement avoir accès à nouveau à des soins psychiatriques, dans la majorité des cas sans contrainte. L'association travaille en partenariat étroit avec un service universitaire de psychiatrie. Certains membres sont salariés d'une équipe mobile psychiatrie précarité. Certains donnent des cours à la faculté de médecine de Marseille. D'autres membres, enfin, participent à un groupe de recherche participative sur les questions de rétablissement et de citoyenneté.

Encadré n°15 : Mine de rien.

Ce groupe d'entraide mutuelle a commencé son histoire en octobre 2008. Il a pour spécificité d'être particulièrement accessible aux personnes qui vivent à la rue. Le projet de créer un groupe d'entraide mutuelle qui prenne en compte ce type de public fait suite à un diagnostic établi par l'association CASA. De nombreuses personnes issues de la rue vivent des souffrances psychiques et sont atteintes de maladies mentales bien souvent non diagnostiquées Ces pathologies ont pour conséquences possibles l'aggravation d'un état de santé général par l'accentuation de leur isolement et de leur exclusion sociale.

La création du GEM "Mine de rien", de par son mode d'accueil inconditionnel, permet à ces personnes de trouver une place, de jouir d'une certaine reconnaissance au sein du groupe, de lutter contre leur isolement, d'oser mener des projets, de prendre des initiatives. Le groupe favorise l'entraide, la solidarité, le mieux-être. Le GEM "Mine de rien" n'est pas un lieu de soin mais un lieu qui soigne. De par son intégration dans le tissu associatif et le réseau sanitaire et social, les personnes qui évoluent au sein du groupe peuvent aisément se mettre en lien avec d'autres organisations, d'autres structures, pour éventuellement entamer des parcours liés aux soins.

Analyse des intérêts et des limites de l'auto-support

Les auditions n'ont pas permis d'observer le fonctionnement associatif directement. Nous avons recoupé les informations recueillies par des auditions complémentaires et soumis le texte à plusieurs personnes ressources sur le sujet.

Nous constatons tout d'abord que chacun des deux GEM de santé mentale est né dans une proximité très grande avec des projets d'habitat communautaire expérimentaux.

La question de l'accès à un habitat digne a été le plus souvent évoquée comme le premier problème par les intervenants de ces associations, reléguant au second plan les questions d'accès aux soins. « *La rue n'est pas un endroit pour vivre et sans un logement à soi personne ne peut se soigner vraiment…Dès que tu sors de l'hôpital et que tu retournes à la rue, tu vas retomber malade…* ».

Intérêts et limites

Intérêts

Ces associations d'auto-support sont des lieux où s'échangent des informations (à la fois) locales et plus générales sur le système de soin et les maladies mais aussi sur les « bon plans » : ou dormir, ou manger et comment faire ses papiers. Elles ont apporté aux personnes concernées une offre alternative qui s'articule avec le système de soin classique et le complète. Le caractère alternatif de ces associations tient pour une part au type de relation interpersonnelle entre professionnels et usagers. Les relations sont à la fois moins verticales et moins unilatérales. Les offres de soins sont aussi (parfois) complémentaires dans le sens où elles privilégient le renforcement individuel par l'expérience du groupe via certaines activités (atelier nutrition, séjour de vacance thérapeutique, groupe de parole entre pair, organisation de manifestation publique et d'événement culturel…). Ce que l'hôpital fait aussi, mais dans une perspective plus individualiste et souvent plus psychologique que sociologique. Le travail de ces associations consiste à développer un regard critique, au travers de discussions informelles et d'activités plus spécifiques, afin de rendre les personnes plus actives et responsables de leur santé. Certains professionnels d'associations, par leurs contacts réguliers avec les professionnels du sanitaire - lors d'accompagnements des personnes à l'accès aux soins – contribuent à modifier les représentations et les pratiques.

Le constat de l'efficacité des groupes d'entraide entre usagers en termes d'amélioration des symptômes, de diminution de recours à l'hospitalisation, d'amélioration de l'estime de soi[4,5,6] justifie aussi le financement de ces structures pour leurs actions sanitaires, d'un point de vue strictement sanitaire.

Un autre objectif envisage la valorisation de l'expérience des personnes dans le but de leur confier des responsabilités au sein de l'association. L'expérience pourrait alors se poursuivre dans d'autres associations comme bénévole, membre du Conseil d'administration et même parfois comme professionnel. L'accès à une responsabilité amène généralement un mieux être plus significatif que chez l'adhérent usager simple.[7]

Ces associations peuvent permettre également la prise de parole par les personnes dans l'espace public. Elles deviennent en effet des lieux d'accès au débat public pour des personnes souvent dominées et vulnérables. Ces associations peuvent à terme, influencer les décisions politiques sanitaires et sociales qui les concernent.

Le Collectif de personnes sans abri à Toulouse revendique une porte d'entrée non pas sociale, mais citoyenne. Son objectif général est d'accompagner les personnes à connaître leurs droits pour, en parallèle, expérimenter cette connaissance à la construction de leur propre projet. Il s'agit de permettre à des groupes de désigner un leader ou des leaders compétents qui va/vont aider à la construction collective d'un projet autour de la sortie de la rue et/ou de la pérennisation de lieu de vie.

Difficultés et Limites

L'auto-support se construit dans une logique de groupe où un, puis des leaders, émergent. Les associations sont donc étroitement dépendantes des compétences du ou des leaders. Passer d'une culture de la rue, de l'usage de substances psychoactives, ou/et de l'institution psychiatrique à une culture de l'auto-support et du monde associatifs nécessite un accompagnement qui fait défaut. Il s'installe souvent une culture et des pratiques mixtes qui peuvent poser problème dans les rapports avec les partenaires. Si les associations d'auto-support favorisent le sentiment d'appartenance à une communauté, elles peuvent, dans des mouvements de replis identitaires, ne plus/pas pratiquer un travail communautaire et/où de partenariat, pourtant indispensable. Le savoir tiré de l'expérience des usagers, fondement des pratiques des associations, peut alors devenir l'unique référence théorique, excluant le savoir institué. Ces réactions se font en miroir de la stigmatisation et de la pénalisation de comportements attribués au groupe. Il subsiste alors le risque d'un fonctionnement autarcique qui appauvri l'action et l'efficacité. C'est ce qu'a connu le Groupe Information Asile selon P. Bernardet[2]. Alors même que ce groupe, né dans les années 70, avait été longtemps un des seuls en France à avoir un rayonnement national, avec la publication d'un journal, des actions de lutte contre les enfermements abusifs[i] et la dénonciation d'autres abus.

Pour ces associations et en particulier certains acteurs, le passage trop brutal d'une position de dominé à une position de pouvoir ont provoqué des tensions autour de la question de ce même pouvoir. Cette question est d'autant plus sensible que les associations s'adressent à des personnes ayant souvent subi des abus et des situations de domination répétées. Il est rapporté que les personnes ayant elles-mêmes subi ces situations reproduisent ces comportements oppresseurs lorsqu'elles accèdent à des postes de pouvoir.

Ces associations avec une double porte d'entrée (santé et grande précarité) sont trop peu nombreuses pour être représentatives véritablement d'une force de plaidoyer et influer sur les réformes futures spécifiques aux problématiques des personnes sans chez soi. Aujourd'hui il n'existe pas, à notre connaissance de groupe d'intérêt et d'entre aide autour des personnes sans abri sur les questions de santé.

Il n'existe pas de formation spécifique accessible sur la pratique de l'auto-support et de l'entre aide, ni sur les stratégies de plaidoyer.

Recommandations

- **Favoriser l'émergence de groupe d'intérêt et d'entre aide de personnes sans abri sous forme associative autour des questions de santé et de ses déterminants sociaux.**

[i] Cette association obtiendra plusieurs centaines d'annulation de décisions irrégulières d'internement et fera condamner la France pour violation de la Convention européenne de sauvegarde

- **Préciser dans le cahier des charges des financements de ces associations les étapes conduisant à un fonctionnement le plus démocratique possible, en s'inspirant du fonctionnement du GAF entre autres.**

- **Soutenir la formation des acteurs associatifs sur les pratiques d'auto-support, la santé communautaire, les méthodes de d'empowerment et le plaidoyer.**

Références bibliographiques

[1] Jauffret M. L'auto-support des usagers de drogues en France : groupes d'entraide et groupes d'intérêt. *SWAPS* 2007; 18: 15-16.

[2] Bernardet P, Douraki T, Vaillant C. *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*. Paris, Erès, 2002.

[3] Troiseufs A, Girard V. *Troisièmes rencontres internationales du CCOMS* : *« Stigma, vaincre les discriminations en santé mentale*. Bulletin Amades 2007; 72: 14-7.

[4] Galanter M. Zealous *self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment: A study of Recovery, Inc*. Am J Psychiatry 1988; 145: 1248–53.

[5] Luke DA. *The measurement of change in a self-help context*. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois, Urbana-Champaign, 1989.

[6] Lieberman AA, Gowdy EA, Knutson LC. *The mental health outreach project: a case study in self-help*. Psychosocial Rehab J, 1991; 14: 100–5.

[7] Troiseufs A. *La personne intermédiaire*. Terrains 2009; 52: 96-111.

Programme d'évitement à l'incarcération pour les personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques

Des études - américaine[1], suédoise[2] et danoise[3] - avancent que l'activité criminelle des personnes sans abri (documentée par des arrestations) est plus importante que la population générale. Les liens entre maladie mentale, « sans-abrisme » et incarcération sont largement documentés[4,5]. Les prisonniers sans abri ont plus souvent une maladie mentale que les prisonniers domiciliés et leurs maladies psychiatriques sont plus graves[6]. Les motifs d'arrestations seraient surtout liés à la présence de comportements bizarres qui peuvent paraître menaçant pour la population ou l'ordre public.

Dans certains pays, des programmes tentent de réduire les incarcérations de ces personnes, qui le sont principalement du fait de comportements liés à leur maladie et de leurs conditions sociales défavorables.

En France, l'incarcération d'un nombre important de personnes malades mentales est aujourd'hui un problème débattu sur la place publique. Il n'existe pas, à notre connaissance, de programme ciblé ayant pour objectif l'évitement carcéral des personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques. La coopération entre la police et la psychiatrie se fait le plus souvent dans des situations de crise où le niveau de violence est très important, voire « ingérable », pour le personnel sanitaire. Pour résoudre au mieux ces moments de crises, des collaborations entre psychiatrie et police plus ou moins formelles ont vu le jour. C'est ainsi que, depuis des années, dans les Yvelines, l'équipe ERIC effectue un véritable travail de partenariat avec la police, mais celui-ci ne concerne pas les personnes sans abri.[i]

La littérature internationale rapporte l'existence de plusieurs programmes étrangers qui ont tous pour objectif d'éviter les (ré) incarcérations des personnes malades mentales[7]. Ces programmes agissent à différents niveaux : avant les arrestations, au moment des arrestations, après les arrestations, avant l'incarcération, pendant l'incarcération et au moment de la sortie de prison. La question des co-occurrences addictives est centrale car elles sont présentes dans environ 75 % des cas.

Ces programmes engagent des professionnels en santé mentale pour mener à titre d'experts, une évaluation des détenus et pour négocier avec les procureurs et les avocats de la défense. Il s'agit de développer des réponses spécifiques, dans une perspective de santé mentale communautaire, pour ces détenus. Cinq points apparaissent nécessaires au bon fonctionnement de ce type de programme :

1. l'implication, au départ, des services de santé mentale, des services d'addictions et des services de justice ;
2. des réunions régulières avec les professionnels des trois organisations ;
3. le travail de partenariat est encouragé par l'activité d'une personne qui fait lien entre les services judiciaires, de santé mentale et la prison ;
4. les programmes ont un besoin d'être conduit avec un fort « leadership » ;
5. des approches non conventionnelles d'accompagnement social sont nécessaires.

[i] Pour le présent rapport, nous n'avons pas auditionné d'EMPP ayant formalisé un partenariat sur le long terme avec la police.

Ces programmes commencent à être évalués et prouvent leur efficacité dans la réduction des risques de récidives[8]. En effet, dans le contexte indiqué, un programme ciblant les personnes sans chez soi a été évalué ; il montre que l'adhésion aux traitements et le fait d'avoir un logement sont de très bons éléments prédictifs de l'absence de récidives[9]. Les programmes *housing first* (logement d'abord, voir p. 150) montrent également une diminution des incarcérations chez les personnes sans abri « chroniques » qui présentent des problèmes d'alcool sévères[10]. Cette étude révèle enfin – et ce n'est pas la moindre de ses conclusions – que les coûts liés à l'utilisation de l'ensemble des services publics (santé, police, justice) sont diminués par ce type de programme.

Le service de police que nous avons auditionné souligne sa difficulté à travailler en partenariat avec la psychiatrie sur des situations de crises à domicile et, dans une moindre mesure, avec des personnes de la rue qui présentent des troubles du comportement. Un partenariat vient de débuter avec deux équipes mobiles (une EMPP et une équipe d'intervention de crise, s'inspirant du modèle ERIC). Il semble intéressant d'imaginer que des interventions avant l'arrestation, soient possibles, ainsi qu'une articulation entre les EMPP et les experts psychiatres pour décider de la responsabilité de la personne - ou pas - dans ce qui lui est reproché. Pour les personnes sans chez soi, le psychiatre de l'EMPP devrait pouvoir faire office de psychiatre traitant et être systématiquement entendu par le juge avant décision. Dans ce sens et à cette condition, l'accès aux soins (et notamment à ces soins de proximité) apparaît fondamental pour rompre le cycle rue/prison des personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques sévères.

Recommandation

- **Développer des programmes expérimentaux « d'évitement à l'incarcération » en créant un partenariat contractualisé entre la psychiatrie (les EMPP, les SMPR, les urgences psychiatriques et les services hospitaliers), les services pour les addictions (les CARUD en particulier), les services de justice et les services de police.**

- **Cette contractualisation pourra se discuter en amont dans les conseils locaux en santé mentale. Elle pourra prendre place au sein d'un GLC. Un financement spécifique, issu de plusieurs enveloppes, sera nécessaire (santé, logement, justice, police).**

- **Ces programmes auront également comme mission de former les différents intervenants aux pratiques nécessaires à l'accompagnement de ces publics, ils devront donc faciliter les transferts de compétences et de savoir-faire entre les différents professionnels qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble.**

Références bibliographiques

1 Snow D, Baker G, Anderson L. 1989.Criminality among homeless men: an empirical assessment. *Social Problems* 1986; 36: 532-49.

2 Lindelius R, Salum I. Criminality among homeless men. *Br J Addict Alcohol Other Drugs* 1976; 71: 149-53.

3 Wandall-hom N, Nordentoft M. Social conditions and mental illness among homeless people in Copenhagen. *In*: Beigel A, Lopez J, Costa da Silva J, eds. *Past , present and future of psychiatry* (vol 2). World Scientific Publishing, 1994, pp. 1209-12.

[4] Belcher JR. Are jail remplacing the mental health system for the homeless mentally ill ? *Community Mental Health J* 1998; 24: 185-95.

[5] Gelberg L, Linn B. Mental health,alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 191-96.

[6] Vitelli R. The homeless inmate in a maximum security prison setting. *Can J Criminology* 1993; 31: 393-410.

[7] Steadman HJ, Deane MW, Morrissey JP, Westcott ML, Salasin S, Shapiro S, Samhsa A. A research initiative assessing the effectiveness of jail diversion programs for mentally ill persons. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1620-3.

[8] Steadman HJ, Naples M. Assessing the effectiveness of jail diversion programs for persons with serious mental illness and co-occurring substance use disorders. *Behav Sci Law* 2005; 23: 163-70.

[9] Rivas-Vazquez RA, Sarria M, Rey G, Rivas-Vazquez AA, Rodriguez J, Jardon ME.A relationship-based care model for jail diversion. *Psychiatr Serv* 2009; 60:766-71.

[10] Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, Tanzer K, Ginzler J, Clifasefi SL, Hobson WG, Marlatt GA. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009; 301: 1822-4.

Empowerment et citoyenneté

Dans le champ du « sansabrisme » de plus en plus d'acteurs du social[i] font référence à ce concept anglo-saxon. La notion d'*empowerment* n'est pas facilement traduisible. Il s'agit de donner ou redonner du pouvoir aux individus mais aussi aux collectifs et aux minorités qui n'en n'ont pas ou peu. Ces personnes ou groupes n'ont pas assez de pouvoir pour se défendre et disposer de leurs droits élémentaires. L'*empowerment* c'est ce phénomène qui confère à chaque individu une capacité de revendication pour éventuellement accéder ou accéder à nouveau à ses droits.

Cette notion très couramment utilisée dans le monde anglo-saxon reste encore marginale en France. Elle est particulièrement utile pour accompagner les personnes et les associations qui ont à faire face à l'exclusion, la stigmatisation, la marginalisation ou tout autre type de domination sociale.

L'*empowerment* doit être considéré comme un phénomène individuel, mais également collectif et organisationnel[1].

Figure 4. L'*empowerment* individuel, organisationnel et communautaire (source : Ninacs WA, 2003).



Pour le GAF, c'est la dimension collective qui prime. L'individu se reconstruit dans une expérience collective démocratique et citoyenne. En ce sens, l'*empowerment* est l'expérience subjective d'une naissance ou renaissance possible du sentiment de citoyenneté.

B. Jouve[2] souligne qu'il existe un lien entre citoyenneté et *empowerment* à travers la notion de participation aux décisions. En santé mentale et dans le champ des addictions l'*empowerment* est particulièrement utile pour aider les personnes et les associations d'auto supports à lutter contre les conséquences sociales de leurs maladies. Les programmes de réhabilitation psychosociale envisagent généralement cet outil sous l'angle individuel et psychologique (estime de soi).

En France, les associations Aides et Act-up utilisent la notion d'*empowerment* dans ses dimensions émancipatrices[ii] et politiques.

---

[i] Pour une expérience française utilisant ce concept avec des personnes SDF voir : www.alternatives-paloises.com/article.php3.

[ii] « *Les associations de lutte contre le sida sont depuis longtemps des lieux d'exploration et de mise en place des stratégies d'émancipation, d'empowerment…* » (Compte rendu du colloque de l'ANRS 2008, « Les femmes et le SIDA en France » organisé en 2008).

Un rapport de 2004[3] de l'association communautaire CABIRIA sur femmes et migration décrit comment l'*empowerment* est un outil d'apprentissage pour les personnes vulnérables. Il leur permet de mieux appréhender les différentes formes de violences auxquelles elles sont exposées. Il s'agit, selon le rapport, de reconnaître, chez ces femmes prostituées, les aptitudes à résister ainsi que les stratégies élaborées pour lutter contre la violence.

La Ligue Française pour la Santé Mentale propose des formations spécifiques qui articulent *empowerment* et développement d'aptitudes individuelles et collectives pour lutter contre la violence notamment pour des personnes sans chez soi.

Au Danemark il existe un conseil national des personnes marginalisées, il est régulièrement consulté par le gouvernement.

Empowerment, est un terme anglais qui se traduit par autonomisation ou capacitation, exprimant la prise en charge de l'individu par lui-même, c'est-à-dire de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale. L'autonomie d'une personne lui permet d'exister dans la communauté sans constituer un fardeau pour celle-ci. Le risque individuel est de mettre la personne devant ses difficultés en évoquant sa « responsabilité à l'autonomie » alors qu'elle n'est pas en condition ou en situation de pouvoir le faire.

La limite politique selon B. Jouve peut être alors : « *sous couvert de démocratisation des politiques publiques et de transformation de ses relations avec la société civile, de permettre aux Etats de se déresponsabiliser en faisant peser sur la société civile les conséquences de ses choix en matière de politiques macro-économiques et de traitement des inégalités* ».[2]

Il n'en reste pas moins que l'*empowerment* est un concept qui mérite amplement de faire l'objet d'enseignement et de recherche en France, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ce concept doit s'étudier dans sa double dimension : sanitaire et politique. Pour ce, l'*empowerment* doit faire l'objet de financements ciblés et prioritaires, conditions sine qua non à l'expansion de ce concept. Les associations accueillant les personnes les plus marginales doivent être prioritaires et majoritaires pour recevoir et mettre en œuvre cet outil.

Références bibliographiques

1 Ninacs WA. *L'empowerment et l'intervention sociale*. Montréal, Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine, 2003.

2 Jouve B. *L'empowerment : à quelles conditions ? Pour quels objectifs ?* Lyon, Ecole nationale des travaux publics de l'Etat, CNRS, 2007, Note de travail.

3 Guillemot F, Caixeta L. *Femmes et migration en Europe, stratégies et empowerment*. Lyon, Le Dargon-Lune, 2004.

De l'hébergement au « chez soi »

Le premier programme de « lutte contre la pauvreté et la précarité » est mis en place par l'État en octobre 1984 dans un contexte particulier. En effet, il s'agit d'un moment de forte médiatisation de la question de la pauvreté et va s'en suivre une tonalité singulière qui pèsera sur les dispositifs mis en place depuis, comme le souligne J. Damon : «*L'urgence, la mobilisation d'acteurs très différents, le caractère immédiat des réponses à apporter, sont trois éléments [*à*] souligner* ». [1] Jusqu'alors, l'accueil des indigents, des vagabonds ou des clochards était pris en charge par des œuvres privées majoritairement financées par la générosité publique.

Le dispositif d'accueil et d'hébergement s'est enrichi d'années en années de nouveaux outils destinées à répondre aux besoins des personnes sans-abri. Pourtant la demande d'hébergement reste largement excédentaire à l'offre en témoignent le nombre de personnes restées sans proposition d'hébergement après appel du 115[i]. Cela s'explique par un certain nombre d'éléments tant structurels que conceptuels.

Tout d'abord, comme le souligne le Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées (HCLPD) dans son 15ième rapport, *« on a longtemps sous-estimé l'impact des évolutions sociétales sur les besoins d'hébergement, dont la croissance était considérée comme un phénomène conjoncturel, destiné à se résorber[2] »*. Ainsi la présence de personnes sans abris dans la cité est « *en lien direct avec les tensions profondes de notre société et le fonctionnement des politiques publiques*[3] ».

De plus, les plans successifs ont séparé ce qui est de l'ordre de l'urgence et ce qui relève de l'insertion, phénomène fortement souligné par le rapport du jury d'audition de la conférence de consensus. Ainsi il existe deux manières de gérer la politique d'aide aux personnes sans abri :

- La première serait plus de l'ordre de la gestion de crise car elle *« consiste à fluidifier l'hébergement par des conditions draconiennes de sortie…au terme de plusieurs heures, semaines ou mois, il faut partir quelle que soit la situation. »*[3] On comprend que ce mode d'habiter créé une instabilité permanente et ne permet que peu d'inscription dans un parcours d'insertion ou un encrage citoyen.
- La deuxième *« encourage des hébergements de plus longue durée en même temps qu'elle met un accent accru sur sa qualité. »* Il s'agit d'accompagner vers un logement adapté à la situation individuelle. La condition d'effectivité de ce mode d'organisation est la sortie possible du dispositif par le haut. Or, aujourd'hui, seules 1/3 des personnes peuvent accéder au parc de logement autonome[4].

Une gestion globale tenant compte des flux est nécessaire. Les besoins recensés dépendent tant de l'amont et de l'impact des actions de prévention des expulsions, que de l'aval, c'est à dire des politiques d'accès au logement.

Ces deux axes témoignent plus largement de la contradiction constitutive des politiques d'aide aux personnes sans abris voir plus largement du travail social quand il s'agit du couple exclusion / insertion : comment proposer un chez soi quand, par définition, l'accompagnement a pour objet « que les personnes quittent les structures » ? Ce paradoxe

[i] Une centaine par jour à Lyon ou à Paris

souligné lors des auditions tendrait peut-être à se résoudre puisque apparaît depuis la forte mobilisation de l'hiver 2007, la notion de logement et non plus d'hébergement dans les différents textes et décrets traitants de ces questions. Les tentes de Médecins du Monde et la forte mobilisation des Don Quichottes ont eu pour effet de mettre en lumière la revendication des sans abris d'avoir accès à une *« intimité sécurisée »* (selon les termes utilisés par un membre du GAF de Toulouse) non connue ou reconnue jusqu'alors. Dans le même axe, au fil des auditions, les acteurs de terrain ont confirmé le postulat du « pas de santé sans toit ». Au fond, le préalable pour que les personnes entrent dans un parcours de soin c'est la question de «l'habiter », d'avoir accès à l'intimité, à la confrontation de soi avec soi dans un espace faisant médiation.

La crise du logement social en France

Permettre à tous de se loger décemment telle est l'objectif de la politique du logement social. C'est le premier volet de la politique du logement, elle s'inscrit également pour partie dans le cadre de la politique de la ville. Il s'agit de multiples interventions de l'Etat, menées le plus souvent en partenariat avec les collectivités locales et les organismes de logement social. L'Etat assure les conditions du financement de la construction et de l'entretien de logements sociaux, mais son effectivité dépend des communes qui elles détiennent la clé du développement de l'offre foncière constructible par la délivrance des permis de construire, l'élaboration et le vote des plans locaux de l'habitat PLH et des plans locaux d'urbanisme PLU. L'Etat distribue des aides au logement aux locataires disposant de faibles revenus. Enfin, il garantit le droit au logement par de nombreux dispositifs : prévention des expulsions, lutte contre l'insalubrité de l'habitat, dispositif d'aide aux sans domicile.

La multiplicité des partenaires comme la frilosité des communes à construire du logement social obligent depuis une dizaine d'année le législateur à mettre en place des lois ou des plans successifs visant à développer l'offre (voir en Annexe).

Pourtant, la Fondation Abbé Pierre dans son rapport sur le mal-logement de 2009 fait une analyse très critique de la politique du logement en France : peu de lisibilité, une offre insuffisante et qui exclue les plus pauvres, une aggravation probable au regard de la situation de crise économique. Deux éléments doivent particulièrement attirer notre attention. D'une part l'offre est insuffisante puisque le déficit en logement est chiffré par la Fondation Abbé Pierre à 900 000 logements d'ici fin 2009 mais aussi la qualité des logements proposés aux plus pauvres est remise en cause. *« Les ménages défavorisés se voient ainsi imposer de vivre dans un «entre-soi » subi avec tous ceux qui sont exclus des autres territoires où ils ne peuvent obtenir un logement, et sont confrontés à l'impossibilité d'envisager une quelconque mobilité résidentielle liée à un changement de situation ».*[5] Car logiquement sur le marché locatif, une sélection s'opère quand l'offre est restreinte. Les moins solvables, les plus exclus, les plus vulnérables subissent en fait une double peine : d'une part un choix limité de logement par manque de moyens financiers et d'autre part leur «différence» les discriminent auprès des bailleurs.

Encadré n°16 : La situation du logement en France telle qu'elle est rappelée par la Fondation Abbé Pierre.

Pour la Fondation Abbé Pierre[5], la politique du logement apparaît d'abord incertaine et incohérente car on ne voit plus très clairement quels en sont les objectifs majeurs et les orientations structurantes, ce qui ne fait sans doute que traduire la faible place qu'elle occupe dans la hiérarchie des priorités gouvernementales. Certes l'objectif affiché par le

gouvernement de porter le niveau annuel de la construction à 500 000 logements dont 120 000 logements sociaux s'inscrit dans la dynamique de relance de la construction engagée depuis le milieu des années 2000, mais il paraît bien optimiste car avant même que surgissent les premiers signes de la crise immobilière, la construction neuve stagnait depuis 2006 à environ 420 000 logements.

À cette interrogation sur la réalisation des objectifs quantitatifs de production de logements s'ajoute l'incertitude qui pèse sur les orientations de la politique du logement. Les priorités affichées par Nicolas Sarkozy semblent en effet remettre en question les orientations qui structuraient la politique du logement depuis le début des années 2000 (notamment celles du Programme de rénovation urbaine et du Plan de cohésion sociale). Ces orientations nouvelles reposent sur le développement de l'accession à la propriété qui est censée répondre aux aspirations des Français et qui est parée de toutes les vertus puisqu'elle est considérée comme pouvant permettre de dynamiser les parcours résidentiels et de constituer une sécurité pour les ménages face à un avenir incertain. Le Président de la République propose en même temps de recentrer le rôle des HLM dans l'accueil des populations les plus modestes pour lesquelles devait être réservée la possibilité d'accéder à la propriété de leur logement. Pour cela, a été fixé un objectif de vente de 40 000 logements sociaux par an, quitte à réduire les capacités d'accueil du parc Hlm dont la croissance est inférieure à ce nombre depuis une dizaine d'années. À côté de ces orientations affichées par le Président de la République, la politique du logement doit également intégrer les résultats du Grenelle de l'environnement qui a conduit à lui fixer de nouveaux objectifs comme la production d'un habitat économe ou la réhabilitation du parc existant.

La thématique du développement durable risque ainsi de venir effacer celle de la cohésion sociale qui a été dominante tout au long des années 1990 et pourrait bien écraser les autres priorités de la politique du logement. Parallèlement, d'autres mesures concernant le logement sont apparues dans le sillage du Rapport Attali ou dans le cadre de la Révision générale des politiques publiques (RGPP) qui semblent davantage inspirées par les contraintes budgétaires que par le souci de répondre à la demande sociale. Si l'on peut légitimement s'interroger sur les orientations structurantes de la politique du logement, on peut également se demander où est sa cohérence quand le projet de loi de Mobilisation pour le logement ignore les recommandations du rapport d'Etienne Pinte demandé par le Premier ministre à la suite de la mobilisation associative au début de l'année 2008. Finalement la politique du logement apparaît incertaine et incohérente, écartelée entre des exigences diverses (la promotion de l'accession à la propriété, la mise en oeuvre des conclusions du Grenelle de l'environnement ou celle du Droit au logement opposable), sans compter les contraintes budgétaires. Il en ressort un sentiment de brouillage qui porte tant sur les priorités de la politique du logement que sur les priorités gouvernementales à un moment où la crise immobilière et la crise du logement cumulent leurs effets.

Depuis quelques années, les personnes sortant de CHRS ne peuvent plus accéder au parc privé. Pire, certaines prestations censées accompagner et solvabiliser la recherche de logement se révèlent stigmatisantes et excluantes : Fond Solidarité Logement (FSL) ou Aide Personnalisé au Logement (APL). L'offre se limite alors aux possibilités offertes par les organismes HLM. Pourtant le plan de relance de l'économie présenté par le Président de la République le 4 décembre 2008 propose « *un programme de construction de 100 000 logements qui devrait coûter 600 millions d'euros,* [et qui] *comportera moins de 50 % de véritables logements sociaux (sans doute pas plus de 45 %) »*[5]. Allant dans le même sens, le rapport du jury d'audition de la conférence de consensus relève que *« sur les 100 000 logements censés être construits chaque année pour remplir l'objectif du plan de cohésion*

sociale, seuls 7358 logements locatifs très sociaux, soit des PLAI (Prêt locatif aidé d'intégration) ont été financés en 2005. » Rappelons que 60% des français relèvent du logement social en raison de leurs revenus.

Un corpus législatif et réglementaire qui ne peut endiguer le flux vers la rue

Le développement de l'offre est insuffisant

On le sait, malgré des sanctions financières mises en place, les communes ne respectent pas l'obligation visant au quota de 20% de logements sociaux. Nous ne pouvons que reprendre la recommandation d'Etienne Pinte qui a proposé *« que le Préfet puisse disposer du droit de préemption urbain et de la faculté de délivrer le permis de construire en lieu et place de la commune*[6] *»*. Mais au-delà il s'agit d'une responsabilité collective qui nécessite une coproduction d'une politique publique du logement : penser la ville pour tous et chacun et permettre des modes d'habité accessible à tous.

La prévention des expulsions n'est pas effective

Entre 1984 et 2004, à euros constants, les loyers ont doublé dans le parc locatif privé et augmenté de 50 % dans le parc locatif social/public. A Paris, il faut débourser environ 750 euros par mois pour louer un appartement de 38 m2. À Toulouse, 446 euros pour un 47 m2. En considérant que le loyer ne doit pas dépasser 25 % des revenus du locataire, celui-ci doit gagner 3000 euros à Paris et 1800 à Toulouse. La précarité professionnelle et le chômage entraînent de fait des impayés de loyer et des expulsions locatives.

Celles-ci ont augmenté en moyenne de 4,7% depuis 2000. Pourtant un dispositif de traitement des expulsions pour dettes locatives existe et la Loi de lutte contre les exclusions de 1998 repose sur une logique d'intervention précoce. Au niveau du parc privé, les procédures de prévention des expulsions ne sont pas connues et pourtant la moitié des personnes à très faibles revenus est logée dans le parc privé.

D'autre part, des assurances sont proposées aux bailleurs pour les garantir contre ces impayés. Mais les conditions pour y souscrire prévoient d'avoir exigé des futurs locataires des ressources 4 à 5 fois supérieures au loyer et une caution solidaire (personne s'engageant à prendre le relais en cas d'insolvabilité de l'occupant) !

Selon la Fondation Abbé Pierre, 11294 expulsions effectives avec le concours de la force publique ont eu lieu en 2008 et, si on ajoute les expulsions sans un tel concours, entre 50000 et 60000 locataires ont été mis à la porte de leur logement.

Par ailleurs, on estime que 30% de personnes qui sont actuellement expulsées de logements sociaux le sont en raison de troubles du comportement.[6] La rue avec ce quelle apporte de violence et d'insécurité ne pourra qu'aggraver les troubles de ces personnes. Il s'agit bien d'une spirale morbide puisque chaque passage par la rue va aggraver les troubles, voire les enkyster. Les personnes sont au final jugées « inaptes » au logement autonome, étiquetées « inadaptés sociaux » ou « handicapés sociaux » alors même que c'est le système de « *revolving doors* » comme l'a nommé les membres du jury de la conférence de consensus qui ont projeté la personne dans cette spirale. *« A ce jeu de l'oie des pauvres, la grande majorité est perdante… »*.[3]

Les dispositifs de l'urgence sociale

Une étude publiée par l'INSEE au mois de février 2009 essaie d'évaluer le nombre de personnes qui à un moment de leur vie se sont trouvées sans logement personnel (sans forcément être pour autant sans hébergement). L'absence de domicile personnel aurait concerné une personne sur vingt au cours de sa vie, soit environ 2 500 000 personnes (5% de la population). Les situations sont très variables quant à la durée (moins de 3 mois pour 24% des personnes jusqu'à plus de 3 ans pour 18%) et quant aux solutions mises en place (hébergement chez un proche pour 78%, service d'hébergement pour 14%, lieux non prévus pour l'habitation pour 11%). L'étude montre aussi que les parcours de ces personnes, notamment celles qui ont connu la rue ou les centres d'hébergement, restent marqués par des problèmes persistants (logement précaire lié à des difficultés financières, hôtels meublés, sous-locations, etc). Les anciens sans domicile subissent le chômage plus souvent que la moyenne de la population, ils sont le plus souvent ouvriers ou employés et bénéficient plus rarement d'un contrat à durée déterminée.

Pour ceux qui n'ont pas de logement reste l'hébergement, qu'il soit dans une structure institutionnelle, chez des proches ou dans des modes d'habitats alternatifs.

Juridiquement, on distingue le logement où les occupants ont un titre de propriété, payent un loyer et peuvent bénéficier d'une aide personnelle au logement, de l'hébergement où l'occupant n'a pas droit au maintien dans les lieux, a rarement d'aide personnelle au logement et peut dans certain cas être redevable d'une participation aux frais d'hébergement.[4]

Le flou concernant les définitions et statut des dispositifs qui ne recoupent pas d'ailleurs les limites juridiques citées ci-dessus, a conduit la DGAS à diffuser en 2005 un « référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, hébergement, insertion ».

Tableau 7. Les différents types d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

	Dispositif	**Mission/prestation**	**Financements**
Premier accueil et hébergement d'urgence	115 : numéro téléphonique d'accueil et d'aide aux personnes sans abris	Accueil écoute information centralisation de l'information sur les capacités d'hébergement disponible	Subvention (le plus fréquemment) ou dotation globale de financement (structures habilitées à l'aide sociale à l'hébergement)
	Services d'accueil et d'orientation	Accueil inconditionnel, parfois guichet unique départemental	
	Equipes mobiles	Aller vers les personnes les plus désocialisées ; SAMU social	
	Accueils de jour	Espace en libre accès, accueil inconditionnel	
	Hébergement d'urgence	Répondre à une nécessité de mise à l'abri immédiate	
Hébergement d'insertion	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale CHRS	Stabilisation, orientation, accès à la vie autonome (vie sociale, emploi, hébergement)	Dotation globale de financement (structures habilitées à l'aide sociale à l'hébergement)

Source : Cours des comptes, d'après le référentiel national « accueil, hébergement, insertion »

Tableau 8. Les places d'hébergement disponibles.

	Nombre de places
Centres d'hébergement d'urgence	14700
Hôtels	9000
Total	23700

Source : Projet de loi de finances pour 2008, Programme 177, projet annuel de performance, données du 30 juin 2007

A ces données s'ajoutent les capacités destinées à accueillir les demandeurs d'asile, les capacités supplémentaires dégagées pendant l'hiver, les places CHRS habilitées à l'aide sociale et destinées à l'hébergement d'urgence (300 en 2005), les logements ALT, les foyers de travailleurs migrants, les résidences sociales.

Lors de la présentation du programme 177 à la commission du Sénat il est noté que le programme « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » représente pour 2009 des crédits d'un montant total de 1,117 milliard d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement. Dans ses observations sur la mission « ville et logement » concernant le projet de loi de finance 2009, l'UNIOPS considère que « *Globalement, les budgets logement et hébergement sont très décevants : ils ne sont pas du tout en phase avec le deuxième rapport PINTE et le chantier national prioritaire. Le budget Ville est également très préoccupant. En un mot, le budget de ce ministère ne nous paraît pas être à la hauteur des enjeux, ce qui est grave dans cette période de crise économique où il serait au contraire important de soutenir le bâtiment et les quartiers les plus défavorisés* ». Clairement les résultats ne sont pas à la hauteur des sommes investies. Le nombre de personnes durablement à la rue témoigne de l'absence d'effectivité des politiques publiques de lutte contre le sans-abrisme. Un certain nombre de constats sont partagés par l'ensemble des acteurs en particulier la quasi impossibilité actuelle de sortir du dispositif par le haut. Pour autant beaucoup de zones d'ombre persistent et une évaluation basée sur des principes que nous développerons plus loin (voir p. 159) est indispensable afin de faire la part entre d'une part les besoins de financement pour des missions sous dotées et d'autre part la nécessité de réorganisation des pratiques et des acteurs pour un meilleur service rendu aux usagers.

Ainsi le groupement de coopération phocéen[i] dans un rapport de fin de mission[7] rédigé dans le cadre d'un appel à projets sur « une ingénierie pour la création d'une cellule d'intelligence collective sur la production de logements sociaux et très sociaux » relève un certain nombre de points. Tout d'abord, il confirme qu'il est très difficile d'avoir une vision claire des besoins sur un territoire à partir des différents documents de programmation existants; ceci sont segmentés et font référence à des publics spécifiques. Il existe donc une sédimentation des dispositifs, un manque de lisibilité des politiques à moyen terme, une non sécurisation des porteurs de projets, une lenteur préjudiciable des procédures administratives. La demande du groupe se résume dans *« l'application pleine et entière du droit » ( ) les outils juridiques sont très complets, même si des améliorations peuvent toujours leur être apportées. Les dispositifs existent, il faut les rendre visibles et compréhensibles. Les acteurs souffrent plus d'une*

[i] Le Groupement de Coopération Phocéen (GCP) est un Groupement de Coopération Sociale et Médicosociale constitué sur la base de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale, du décret du 6 avril 2006 et de la circulaire du 28 mai 2006. Il regroupe trois associations des Bouches du Rhône (ANEF, ARS et HAS) et a pour objet :

- la captation d'une nouvelle offre de logements, notamment par la production d'un habitat adapté, répondant aux besoins de publics en difficulté s'inscrivant dans un itinéraire d'insertion
- la mutualisation de la logistique (véhicules communs, parkings, logiciel informatique) et de services logement des trois associations de manière à permettre une synergie des services techniques et la mise en place progressive d'un pool unique de gestion locative.

méconnaissance des possibilités d'intervention ou d'une mauvaise utilisation des dispositifs par les décideurs, voire de « l'amnésie de l'action publique », que de vides législatifs. »

De nouveaux outils qui ne permettent pas de sortir des logiques de l'urgence

L'Etat s'est doté ces deux dernières années d'outils nouveaux. Il s'agit du PARSA : le plan d'action renforcé pour les sans abris et la loi DALO, qui instaure le droit au logement opposable. Ces deux dispositifs modifient considérablement l'esprit de l'hébergement d'urgence et tendent à affirmer une nouvelle philosophie pour les dispositifs mis en place, celle de la continuité des prises en charge. En théorie, toute personne entrant par la porte de l'urgence sociale, pourrait accéder après un parcours plus ou moins long mais sans rupture à un logement.

LE PARSA

Le PARSA, adopté en janvier 2007, vise un changement radical du fonctionnement du dispositif d'urgence, ce « plan d'action renforcé » pour le logement comprend 27 100 places pour héberger de façon « pérenne » et « adaptée » toute personne accueillie dans un centre d'hébergement d'urgence, il modifie sensiblement le volet « hébergement » du traitement de l'urgence sociale : extension des horaires d'ouverture des centres d'hébergement, création de 9000 places en maisons-relais. Ainsi, "toute personne accueillie dans un centre d'hébergement d'urgence devra se voir proposer, en fonction de sa situation, une solution pérenne, adaptée et accompagnée si nécessaire, dans le parc public social, dans le parc privé conventionné, dans un CHRS, un CADA, un LogiRelais (résidence hôtelière à vocation sociale), une maison relais ou un hébergement de stabilisation". Pour cela, le plan prévoit la transformation de places d'hébergement d'urgence en places d'hébergement de stabilisation et en places de CHRS. Il comprend en tout 27100 places pérennes, dont 10500 places d'urgence transformées. 3000 places d'hébergement d'urgence généraliste en collectif sont maintenues avec des horaires d'ouverture étendus. Le plan définit ainsi une nouvelle catégorie d'hébergement : l'hébergement de stabilisation qui se situe entre les centres d'hébergement d'urgence et les CHRS.

Encadré n°17 : Le baromètre de la FNARS pour le suivi du plan d'action 2008-2012.

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) publie un baromètre évaluant par trimestre l'application du plan d'actions 2008-2012 en faveur des personnes sans abri ou mal logées. Elaboré par un collectif d'associations, ce baromètre s'appuie sur le suivi d'une centaine de mesures traduisant le plan pluriannuel présenté par le gouvernement en janvier 2008. Les premiers résultats publiés en mai 2008 montrent que 3% des mesures annoncées sont d'ores et déjà appliquées quand la mise en œuvre de 12% d'entre elles est engagée et que celle des 85% restantes n'a pas encore débuté. Le baromètre révèle que seules deux des seize mesures identifiées comme nécessaires à la conduite du plan d'actions ont jusqu'à présent été appliquées. Les associations notent qu'il a fallu cinq mois pour nommer le haut fonctionnaire en charge de piloter la mise en œuvre du plan et qu'il n'a pas été possible d'attribuer les 250 millions d'euros de crédits débloqués en urgence pour l'année 2008.Le collectif à l'initiative de ce baromètre est constitué d'une trentaine d'associations, unions et fédérations intervenant notamment dans le domaine du logement, parmi lesquelles la FNARS, Emmaüs France, la Fédération des associations pour la

promotion et l'insertion par le logement (FAPIL) et l'Union nationale pour l'habitat des jeunes (UNHAJ).

La loi DALO et ses conséquences

L'institution du droit au logement opposable par la loi du 5 mars 2007 renforce le principe de continuité dans la prise en charge des sans abri. L'article 4 de la loi est ainsi rédigé : *« Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation »*. A côté du droit au logement est donc institué un droit à l'hébergement.

Le respect de ce principe implique, d'une part, la suppression de toute notion de durée maximale de séjour dans les centres d'hébergement d'urgence et, d'autre part, l'institution d'un entretien par lequel la personne accueillie pourra faire valoir son droit à continuer d'être hébergée. La mission des centres d'hébergement d'urgence comprend désormais un travail de diagnostic et d'orientation.

Dans son second rapport annuel publié le 20 octobre 2008, le Comité de suivi du droit au logement opposable dresse les premiers constats de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007. Ce rapport permet de documenter avec précision le manque de logement sur le territoire et les modes de réponse de la puissance publique aux demandeurs. Le recours amiable est possible depuis le 1er janvier 2008, le recours contentieux réservé aux personnes qui sont dans les situations les plus critiques sera ouvert au 1er décembre. Au 31 août 2008, les commissions de médiation - instances du recours amiable mises en place dans chaque département - ont reçu plus de 40 000 demandes et en ont traité la moitié. Elles ont désigné environ 8 000 demandeurs en vue d'un relogement et 1 000 autres en vue d'un hébergement. Plus de 2 000 d'entre eux ont déjà reçu une offre.

Les chiffres des recours témoignent d'une véritable *« situation de crise »* en l'Ile-de-France ainsi que dans 4 départements du pourtour méditerranéen et dans les DOM, et d'une *« situation tendue »* dans 11 autres départements. Aussi, le Comité de suivi propose que soient arrêtés pour chaque département en difficulté, et d'ici la fin de l'année 2008, des objectifs de production de logements locatifs sociaux déclinés par commune pour les 3 ans à venir. "

Pour ce qui concerne l'hébergement, le comité de suivi signale que *« les recours présentés par des demandeurs d'hébergement témoignent des difficultés rencontrées dans l'accès à l'hébergement. Seuls près de 2700 recours ont été déposés par des demandeurs d'hébergement à la fin août 2008, soit 6,6 % de l'ensemble. Parmi les recours présentés au titre de l'hébergement, plus de 70% émanent de l'Ile de France. Dans certains départements, il a été constaté que des demandeurs d'hébergement désignés comme prioritaires par la commission de médiation étaient orientés par le préfet vers des structures qui ne leur étaient pas adaptées, le respect du délai de mise en oeuvre du DALO primant sur les autres considérations. Dans d'autres départements cependant, la concertation en aval de la commission permet au préfet de mieux orienter ces demandes. »*

Pour ce qui concerne l'accès au logement des personnes en hébergement, la DALO est peu utilisée. *« Les demandeurs DALO sont près de 11 %, soit environ 4000 à la fin août à déclarer être dans une structure d'hébergement. Il est évidemment souhaitable que les*

personnes hébergées se relogent sans avoir besoin de faire un recours DALO. Cependant, compte-tenu des difficultés toujours constatées à la sortie des centres, et de certaines durées de séjour, le nombre de demandeurs DALO déclarant venir d'un centre d'hébergement est faible. Il confirme le besoin d'information et de formation des travailleurs sociaux concernant la procédure DALO. »

Le troisième rapport du Comité de suivi du droit au logement opposable qui vient d'être rendu public confirme ces tendances. A cette occasion, X. Emmanuelli souligne qu'*« au 30 juin 2009, au moins 7250 ménages désignés prioritaires pour un logement par les commissions de médiation – dont 6500 Franciliens – n'avaient pas reçu d'offre dans le délai légal. Ce chiffre ne cesse de croître »*.[8]

Enfin, la catégorie « demande d'hébergement » ne permet pas pour le moment l'accès vers des structures pérennes type maisons relais !

La loi DALO a regroupé dans une même catégorie les personnes qui sollicitent l'accueil dans une structure d'hébergement, un établissement ou un logement de transition, un logement-foyer ou une résidence hôtelière à vocation sociale. Pour toutes ces personnes :

- le recours est possible sans condition de délai
- la commission de médiation dispose de 6 semaines pour rendre sa décision
- si la décision est favorable, le préfet dispose également de 6 semaines pour proposer une place
- la demande est établie sur un formulaire « hébergement », plus sommaire que le formulaire « logement ».

On peut cependant observer que si les structures d'hébergement, les établissements ou logements de transition et les résidences hôtelières à vocation sociale ont en commun d'offrir un accueil temporaire à des personnes en difficulté, tel n'est pas le cas de tous les logements - foyers. Une partie d'entre eux ont une vocation d'accueil plus durable. C'est en particulier le cas des maisons relais / pensions de famille, des maisons d'accueil pour personnes âgées, des foyers de travailleurs migrants. Or les éléments d'information actuellement requis pour un demandeur d'hébergement sont insuffisants pour instruire la demande d'une personne qui souhaite être accueillie dans ce type de structure pérenne.

Un dispositif complexe qui ne répond pas à l'objectif qu'il s'est fixé.

Il n'est ni dans le mandat ni dans les compétences des membres chargés de ce rapport d'évaluer l'efficacité de ces dernières mesures. Un certain nombre de point d'achoppement avaient été relevés par la Cour des comptes en 2007[4] qui notait, au sujet des dispositifs de l'urgence sociale, que *« ces dispositifs reposent sur une logique de continuité mais ne peut que constater la distance entre cette politique et sa mise en œuvre »*. L'esprit de la loi, en particulier avec la mise en œuvre du PARSA et de la Loi DALO prend en compte ces points, mais les évaluations citées ci-dessus font un bilan plutôt mitigé des résultats. Il s'agit souvent d'une gestion de la pénurie avec des dispositifs insuffisants en nombre et non adaptés aux besoins des personnes. Les constats de la Cour des comptes restent malheureusement toujours effectifs sur le terrain avec *« une offre diversifiée mais non évaluée et laissant les plus*

vulnérables sans réponse, une absence de fluidité dans des dispositifs qui sont systématiquement sous dotés. »[ii]

La mise en place du dispositif de veille sociale issu de la loi contre les exclusions de 1998 - qui devait répondre aux situations de grande exclusion - s'est vu rapidement engorgé et inadapté, avec en particulier *« [une] confusion [qui] s'est instaurée entre de réelles situations d'urgence et la prise en charge répétitive de situations pour lesquelles il n'existe pas de solution institutionnelle durable. »*[4]

Ce sont les personnes qui cumulent les situations de vulnérabilité qui sont les plus à même de rentrer dans le cycle récurrent de l'urgence sociale et tourner en boucle de structures sociales en structures sanitaires jusqu'à ce que mort s'en suive. Dans son rapport, la Cours des comptes citait comme ne relevant pas de l'urgence : *« les personnes qui ont vécu longtemps à la rue, personnes souffrant de troubles psychiatriques, personnes âgées ou personnes handicapées vivant à la rue, étrangers en situation irrégulière. »* De même, soulignant l'apport important du « référentiel national des prestations du dispositif accueil, hébergement, insertion », elle regrette qu'il ne propose pas une approche par public et là encore de citer *« les adultes vivant à la rue depuis longtemps et les personnes souffrant de maladies mentales »*.

Analyse des dispositifs : quel accès pour les personnes malades durablement à la rue

Comme il a été souligné tout au long de ce rapport, seule une prise en compte des éléments de vulnérabilité sanitaire et sociale conjoints peuvent répondre aux besoins des personnes sans chez soi malades et installés durablement à la rue.

Il est important d'affirmer que ces publics ne doivent plus relever des dispositifs de l'urgence sociale.

Les astreindre à la marge, à l'invisibilité, était pendant longtemps socialement « acceptable ». Cela ne remettait pas en cause l'idée d'une crise temporaire que la croissance épongerait et l'idéal d'un plein emploi ne laissant à la rue que les « mauvais pauvres non insérables ». De nouveaux éléments obligent à revoir ce postulat. D'une part ce sont maintenant - et ceci depuis une dizaine d'années - des nouveaux publics qui sont relégués durablement vers ces dispositifs : des personnes dites « socialement insérées » (travailleurs pauvres, familles monoparentales avec enfants en bas âge), des jeunes sortant des dispositifs de l'Aide sociale à l'enfance, mais aussi en rupture familiale, des personnes vieillissantes qui vont alimenter les chiffres des « morts de la rue ». D'autre part, les connaissances diffusées sur l'état de santé des personnes montrent quelles sont parfois gravement malades et que les maintenir à la rue est fortement préjudiciable à leur santé.

Il y a donc urgence à agir…mais à ne plus agir en urgence !

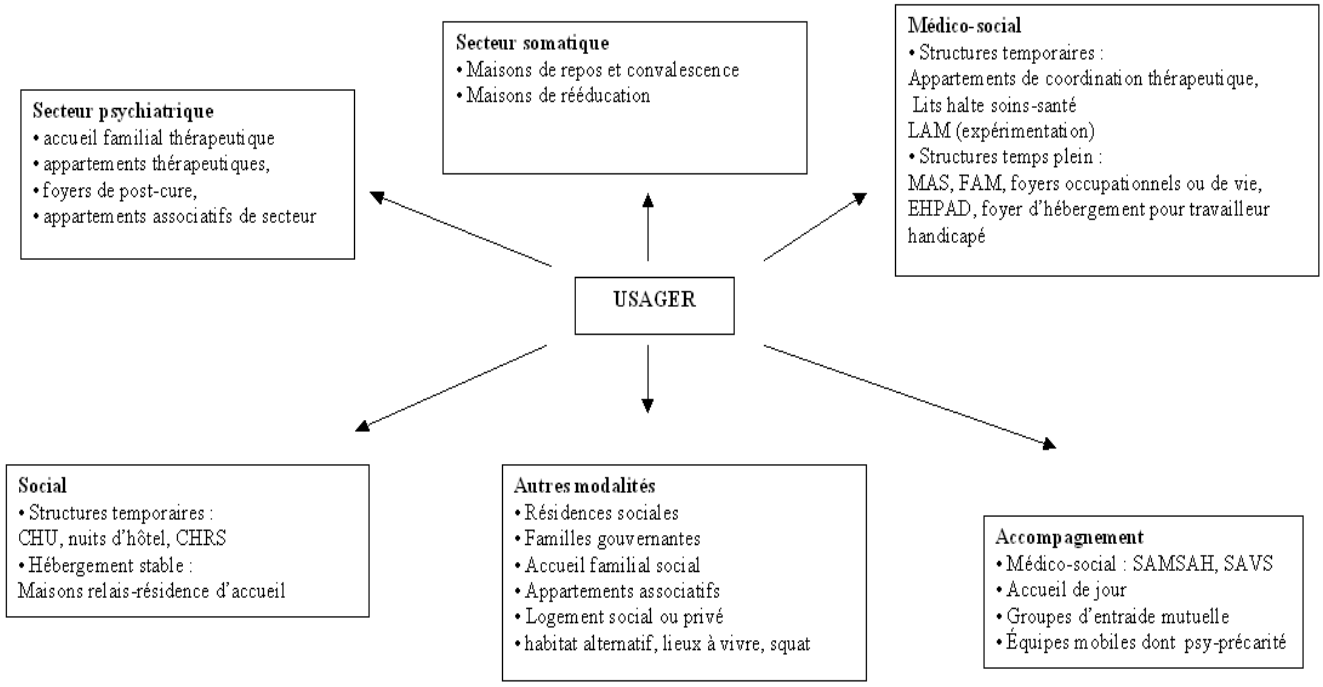
Ces personnes sont au carrefour des prises en charge du sanitaire, du social mais aussi du médico-social. Elles sont les premières à « supporter » les dysfonctionnements engendrés par

[ii] Les crédits dédiés à l'hébergement et à l'accompagnement social sont sous dotés systématiquement et insuffisant, ainsi l'Etat est condamne chaque année et doit verser des contentieux. Cet état de fait a été régulièrement souligné en particulier dans le cadre d'un audit de modernisation en 2006. Ceci n'est satisfaisant ni pour les représentants de l'état en région, ni pour les associations gestionnaire ni enfin pour la qualité des prestations.

le cloisonnement institutionnel français alors même quelles nécessitent une prise en charge globale. Pourtant, comme le souligne le Dr Marie-Claude Ponsard, concernant l'évaluation du besoin de la personne en hébergement-logement : « *La problématique demeure concernant son évaluation clinique et son besoin d'un certain type d'hébergement ou logement correspondant à sa pathologie et son degré de dépendance. Il n'y a pas de lieu où la situation est étudiée globalement et où toutes les possibilités d'orientation peuvent être explorées, qu'elles soient sanitaires, médico-sociales, sociales ou autres, intégrant un éventuel soutien à domicile par un service spécialisé.*[9] »

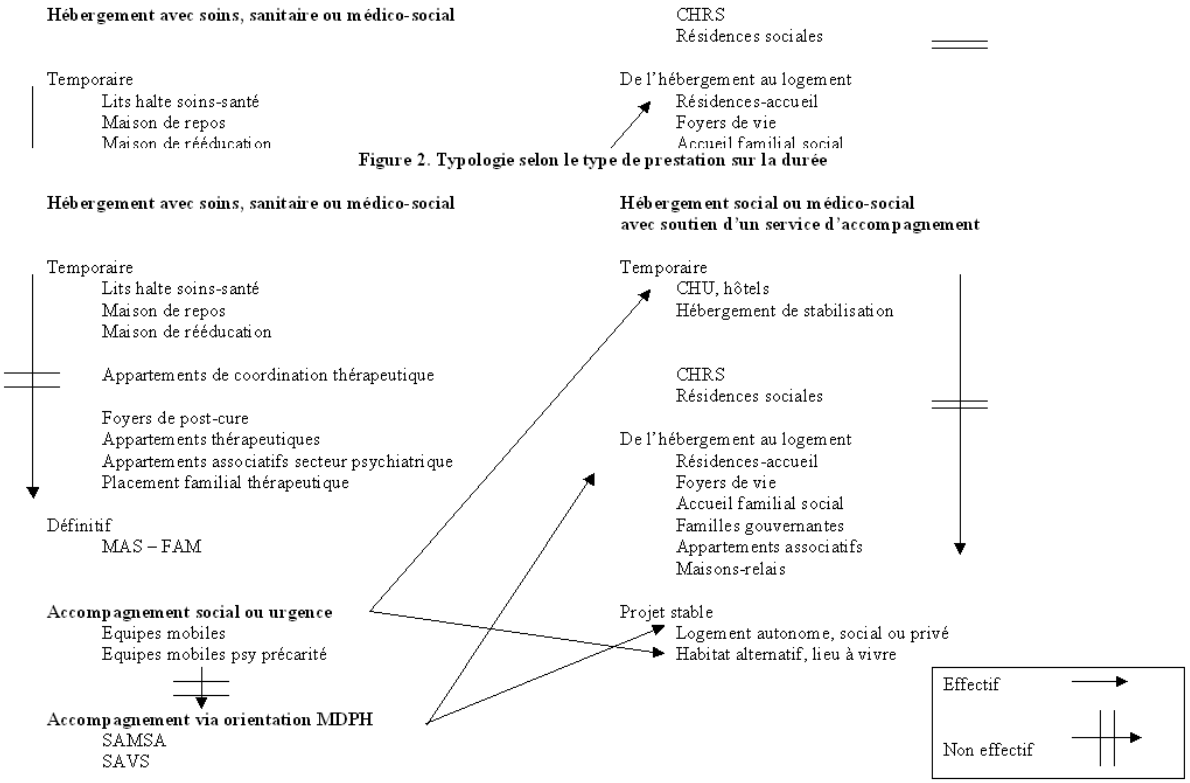
Un nombre important de dispositifs existent, ayant chacun des types de publics ciblés, des modes de financements et des durées de séjours différents. Il en résulte une grande complexité et tenter d'avoir une vision exhaustive de l'offre oblige à faire avant toute chose une cartographie territoriale. Le schéma proposé ci-après est un exemple de ce qui pourrait être fait sur chaque territoire par le groupement local de santé afin d'améliorer les coopérations entre acteurs. Comme nous l'avons souligné précédemment ce pourrait être du rôle des « MALISS » de mettre à jour cet outil et d'assurer sa diffusion auprès des acteurs de terrain pour ce qui concerne l'ambulatoire.

Figure 5. Les différentes structures selon le mode de financement.



D'après Ponssard MC. Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Ile-de-France. Pluriels, février 2007, n°65.

Figure 6. Typologie selon le type de prestation sur la durée



D'après [1] Ponssard MC., Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Ile-de-France, Pluriels n°65, Février 2007

Quelques remarques s'imposent. Tout d'abord, notons l'importance d'avoir des dispositifs diversifiés répondant à la diversité des publics. La nécessité de clarification de l'offre ne doit pas être entendue comme une volonté de simplification réductrice ou de mutualisation dans une visée de réduction des coûts. D'autre part il y a nécessité de ne pas réduire l'offre à des dispositifs spécifiques de tel ou tel public mais de s'appuyer sur les dispositifs de droit commun en renforçant les mesures d'accompagnement. Enfin il faut promouvoir les initiatives des personnes elles-mêmes : lieux à vivre, lieux alternatifs en développant là-encore les ponts avec les dispositifs plus classiques.

Nous allons faire un focus sur trois dispositifs pouvant recevoir des publics sans-abris durablement à la rue et malades. L'analyse des limites et points forts de ces dispositifs éclaire sur les besoins de façon plus générale.

Les LHSS

La circulaire n° DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées "Lits halte soins santé" a donné aux anciens lits infirmiers –existant à titre expérimental depuis 1993 - un statut juridique et financier reconnaissant ainsi leur pertinence dans le dispositif de santé publique. Ce dispositif répond au besoin de prise en charge sanitaire ET sociale des personnes sans domicile nécessitant un soin mais ne relevant pas ou plus de l'hôpital ou des soins de suite. Un financement est assuré par l'ONDAM médico-social par patient et par jour. La montée en charge du dispositif se fait jusqu'en 2011 avec création de 200 lits / an pendant cinq ans.

Les LHSS sont un des premiers dispositifs affirmant que la santé ne peut se concevoir sans un toit. Autre spécificité ils accueillent des personnes quelque soit leur situation administrative[iii]. Enfin, ils promeuvent une démarche pluridisciplinaire et le travail en réseau. En cela ils sont parfaitement adaptés à la population sans chez soi.

Les LHSS qui devaient être des outils pour des soins courts et la prise en charge de pathologies aiguës ont rapidement été confrontés à des personnes avec des poly-pathologies chroniques, des handicaps. Ils ne trouvent pas de structure d'aval adaptée ou acceptant les patients sans chez soi. Ainsi les lits assurent une fonction de MAS ou d'EPAHD[iv] et ne répondent plus aux soins aigus. Les LHSS font sortir du circuit de l'urgence les personnes sans chez soi ayant des pathologies chroniques mais ils n'ont pas vocation à les garder sur le long court. Ce ne sont pas des lieux à vivre, les personnes ont un statut d'accueillies ce qui se révèle complexe pour les séjours longs.

Pour répondre à ce besoin d'aval, sont en expérimentation les LAM : lits d'accueil médicalisés sur 3 sites en France[v].

Les ACT

Les appartements de coordination thérapeutique ont vu le jour en 1995. Créés de manière expérimentale, ils étaient destinés à offrir aux personnes victimes du sida et en situation de précarité une prise en charge médicale et sociale. Mais ce régime expérimental s'est avéré inadapté, en raison même de la persistance et de l'évolution de la pathologie VIH. Ces structures ont un statut d'établissement médico-social. Tournés vers l'accompagnement des fins de vie dans les premières années, ils ont réorienté la pratique vers l'accompagnement médico social des personnes atteintes par le virus pour plus récemment s'ouvrir à la prise en charge de patients avec toute pathologie chronique Il en existe une cinquantaine en France avec des modalités d'organisation très variables. Le point commun : le projet de la personne tant sur le soin que sur l'insertion sociale. La plus value par rapport au CHRS pour les personnes malades est la dimension santé

Ils peuvent donc s'ouvrir à toutes personnes sans chez soi malades depuis qu'ils ont élargi le champ des prises en charge à toutes les pathologies Ils sont adaptés pour recevoir des personnes avec des pathologies chroniques mais la sélection des entrées se fait sur la notion de projet : il faut être prêt à s'occuper de sa santé et de son insertion sociale. Ils assurent l'éducation thérapeutique et l'accompagnement tout au long de la démarche d'insertion mais cela peut se révéler contraignant pour des personnes très à la marge. Ils accueillent des personnes avec des pathologies psychiatriques ou des addictions si elles sont déjà engagées dans une démarche de suivi thérapeutique. Il y a des limites administratives et financières dans l'accueil (nécessité de couverture sociale et de titre de séjour).

En fait les ACT se sont peu ouverts aux personnes sans chez soi alors même qu'ils pourraient être des relais pertinents. L'histoire associative et militante de ces structures est aussi à prendre en compte. Des coopérations se nouent avec les LHSS ce qui est un élément très favorable en vue du décloisonnement des dispositifs.

[iii] le séjour est gratuit pour la personne et elle n'a pas à justifier de titre de séjour en cours de validité.
[iv] Maison d'accueil spécialisé, Établissement pour personnes âgées handicapées dépendantes
[v] DGAS M. Storogenko

Les maisons relais

Dés le 21/04/1997 une circulaire a lancé un programme expérimental de création de «pensions de famille » sur la base d'un appel à projets. L'appel à projets prévoyait que ces Maisons-Relais, dénommées alors pensions de famille, qui constituent une modalité particulière de résidence sociale, permettraient la stabilisation des personnes dans un habitat durable de type communautaire et de petite taille.

L'évaluation positive de l'expérimentation, tant dans ses dimensions sociales qu'économiques, permet d'envisager le lancement d'un programme beaucoup plus ambitieux, conduisant à la création sur l'ensemble du territoire national d'environ 200 Maisons-Relais d'une capacité moyenne de 25 places, soit un total de 5000 places[vi]

La Maison-Relais est destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire.

Elle s'adresse de manière privilégiée aux personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergements provisoires et qui ne relèvent pas des structures d'insertion de type Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.) ni d'un logement autonome. Elle ne s'inscrit pas dans une logique de logement temporaire mais bien dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, et offrant un cadre semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social.

Il s'agit d'une structure de taille réduite, associant logements privatifs et espaces collectifs favorisant les relations de la vie quotidienne entre les résidents et avec l'hôte. La Maison-Relais constitue une modalité particulière de résidence sociale, régie par les articles R. 353 et suivant le Code de la Construction et de l'Habitat et la circulaire n°965733 du 17/12/1996.

Les personnes ont un statut de locataires, c'est un dispositif pérenne permettant une inscription dans le temps et sur un territoire. Ces éléments sont fondamentaux et très adaptés aux besoins des personnes sans chez soi. Pour autant, les maisons relais ne répondent pas aux situations les plus complexes souvent par manque d'accompagnement en interne. La gestion du collectif peut s'avérer difficile, de même que la gestion des crises pour les personnes ayant des pathologies psychiatriques.

Des partenariats sont à développer avec le secteur sanitaire et en particulier la psychiatrie. Il faut pouvoir développer des activités et s'appuyer sur les ressources des personnes. Il faut associer des co-financements pour les personnes vieillissantes et/ou présentant des handicaps.

La qualité de l'accompagnement

La juxtaposition des dispositifs sans articulations entre les structures rend le système peu opérationnel pour un usager sans chez soi et/ou sans aidants familiaux et/ou amicaux. Alors se pose invariablement aux intervenants sociaux ou médicaux le problème de l'accompagnement. Ces difficultés se retrouvent d'ailleurs pour d'autres types de public par exemple les publics relevant du handicap ou du grand âge. L'Etat, bien conscient de ces difficultés, a tenté d'y remédier par la mise en place d'outils de planification type plan

[vi] La circulaire du 10/12/2002 relative aux Maisons-Relais, *« a pour but d'engager le développement d'une offre alternative de logement pour des personnes en situation de grande exclusion ».*

national, coordination régionale ou locale. Nous citerons le plan handicap, le PRIAC, les CLIC, les schémas gérontologiques…

Les personnes sans chez soi cumulent manque de logement et isolement et souvent après un long passé à la rue des troubles du comportement et/ou des addictions. Elles sont exclues de beaucoup de dispositifs par le simple fait qu'aucune articulation n'est prévue pour passer d'une étape à l'autre. Ces articulations auraient pour objectif d'une part d'éviter des passages à la rue successifs aggravant les troubles du comportement mais aussi d'être des outils de médiation entre les personnes et les dispositifs, chacun devant s'adapter à l'autre.

Il s'agit donc pour le moment et comme le souligne souvent les acteurs de proximité de mettre en place des « stratégies de débrouille » reposant sur des réseaux personnels, des interconnections fragiles facilitant le passage d'une case à une autre.

Le temps d'attente nous l'avons souligné est souvent un temps à la rue ou en structure d'urgence qui aggrave les pathologies et maintient ou augmente les consommations pour les personnes ayant des addictions. In fine, les troubles du comportement et l'état de santé ne permet plus l'accès à la structure envisagée.

Il faut affirmer que pour les personnes sans chez soi l'accompagnement est une mission qui doit être prise en charge par la solidarité nationale.

Elle est une des réponses à la vulnérabilité sanitaire et/ou sociale sous peine d'échec récurrent des prises en charge. A l'heure où le cinquième risque[vii] pourrait être reconnu comme un nouveau champ de la protection sociale aux côtés des branches maladie, famille, accidents du travail et retraites, nous demandons à ce que cette aide à « l'autonomie» soit élargie aux personnes les plus vulnérables sans chez soi et qui cumulent préjudices sanitaires et sociaux.

Comme le rappelle la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, les objectifs assignés au projet de cinquième risque sont : la reconnaissance d'un droit universel à l'évaluation des besoins d'accompagnement quel que soit l'âge des personnes, une meilleure coordination des dispositifs de maintien à domicile, la réduction du "reste à charge" des personnes résidant en maison de retraite et le financement du cinquième risque par un partenariat public-privé.

Dans ce cadre et pour les personnes sans chez soi la notion d'accompagnement doit permettre de faire une évaluation médico-sociale des besoins de la personne, de mettre en place une stratégie de prise en charge et de créer un langage commun rassemblant tous les intervenants.

S'appuyer sur la parole et l'expérience des personnes

Les personnes ont le plus souvent un point de vue sur les dispositifs et la vision misérabiliste dans laquelle elles sont enfermées par les médias ou les professionnels ne permet pas de profiter de leur compétence. Elles se montrent rarement dépendantes mais, au contraire, revendiquent une autonomie qui les oblige à se situer en dehors des dispositifs proposés, jugés souvent infantilisants. Des expériences très abouties d'organisation type GAF à Toulouse ou

[vii] Le cinquième risque pourrait être reconnu comme un nouveau champ de la protection sociale aux côtés des branches maladie, famille, accidents du travail et retraites. L'objectif est d'attribuer aux personnes âgées et handicapées une aide en nature ou en espèces : la compensation ou l'aide - selon la terminologie qui sera retenue - pour l'autonomie.

CASA à Avignon montrent qu'en matière d'habiter, il y a tout à gagner dans la coproduction entre usagers et professionnels.

Le nombre de places dans les dispositifs

Concernant les dispositifs deux éléments sont à relever. D'une part il existe un manque de place dans les types de structures existantes comme en témoignent les listes d'attente pour accéder aux structures. Mais d'autre part, il manque certains types de structures au regard des besoins particuliers du public sans chez soi.

Le nombre insuffisant de place pose de fait une « concurrence » entre bénéficiaires. Les plus vulnérables s'excluent d'eux-mêmes après une succession de tentatives infructueuses. Ceci se traduit par des non-recours mentionnés par la cours des comptes comme nécessitant une évaluation car traduisant « les défaillances politiques et institutionnelles » du système. Les troubles du comportement et les addictions sont des freins majeurs à l'entrée dans des dispositifs type EPAHD ou FAM. On ne peut accepter que la rue soit la seule solution pour ces personnes qui par ailleurs bénéficient d'une AAH, d'une tutelle ou curatelle, d'une pension de retraite et sont donc considérées comme des majeurs vulnérables. Il faut rappeler ici qu'il y a 15% de personnes de plus de 60 ans dans les LHSS présentant des pathologies chroniques et n'ayant pour seul horizon que la rue ! Dans l'expérience toulousaine, 16% des personnes reçues sur les LHSS ont une AAH ainsi que 1/3 de la file active suivie à la rue par l'équipe mobile !

Ces publics doivent pouvoir, s'ils le souhaitent, accéder à ces dispositifs de droit commun. Un accompagnement dans la durée est nécessaire, y compris parfois même après l'entrée dans les dispositifs. Les personnels des structures doivent être formés à la prise en charge de ces publics. Cette question doit être prise en compte dans les réflexions et propositions de la Caisse nationale de solidarité et pour l'autonomie CNSA.

Les dispositifs manquants :

Certains publics ont pour autant des besoins spécifiques nécessitant une prise en charge particulière. Nous citerons ici les personnes vieillissantes durablement à la rue mais trop jeunes pour entrer en maison de retraite et les malades psychiatriques non stabilisés. Pour cela nous proposons un dispositif innovant dans le cadre d'un projet «chez soi d'abord ».

Recommandations :

- **Appliquer les recommandations du rapport Pinte**
- **Obliger à la création de logements sociaux par l'augmentation des amendes pour les municipalités qui ne respectent pas la loi SRU. Après 2 ans d'amende condamner les élus à une clause de non-éligibilité de 5 ans.**
- **Les personnes sans chez soi durablement installées à la rue, ou présentant des pathologies psychiatriques ou somatiques chroniques ne doivent plus relever durablement des dispositifs d'urgence sociale**
- **Elargir le cinquième risque à la reconnaissance d'un droit universel à l'évaluation des besoins d'accompagnement pour les personnes sans chez soi citées ci-dessus.**

- **Inciter la CNSA à prendre en compte la question des personnes sans chez soi dans ses recherches et ses actions.**
- **Affirmer que l'accompagnement et l'accès au logement doivent être menés de pair et sur la durée, la notion de stabilisation étant évaluée avec la personne.**
- **Accompagner et soutenir les démarches collectives d'accès vers le logement des personnes sans chez soi : mise à disposition de locaux par les municipalités, démarche d'accompagnement de projet via une association, encouragement des démarches citoyennes.**

La démarche du « chez soi d'abord » et les expériences de programmes *housing first* à l'étranger

« Un chez soi d'abord » (ou *housing first* en anglais) constitue un modèle innovant et relativement récent en matière de politique sociale destinée à apporter une réponse efficace au problème des personnes sans-abri.

Cette démarche part d'un constat partagé par nombre de professionnels de la santé et du social qui interviennent auprès des personnes sans chez soi et particulièrement auprès de celles sans domicile fixe. Ce n'est pas seulement d'un toit dont ont besoin les personnes pour se rétablir et aller mieux, mais d'un « chez soi », intégré dans la cité, qui procure intimité, sécurité et stabilité… bref, un véritable logement comme tout un chacun, et pas seulement un hébergement ou un abri.

Une des plus grandes erreurs des politiques de lutte contre les exclusions est de faire peser une sorte d'injonction paradoxale sur les épaules des personnes sans domicile. Celles-ci sont considérées comme un public « captif », qu'il faut à tout prix protéger et assister, sans jamais croire que ces personnes peuvent et doivent être des citoyens comme les autres, ni leur donner l'opportunité de faire valoir leurs compétences et développer leur autonomie. Dans le même temps, leur sont souvent opposées, de façon plus ou moins explicite, des exigences préalables à leur prise en charge (et notamment à leur accès à un logement pérenne) : une bonne observance thérapeutique, un sevrage, etc. Ces exigences ne sont pas dénuées de jugement moral dans le sens où elles visent toujours l'« autre », le « différent ». Elles participent activement à mettre à distance la personne sans domicile qui demande de l'aide et qui doit, sans cesse et toujours, « montrer patte blanche ». Or il ne s'agit pas seulement d'un mécanisme symbolique mobilisé par les aidants (soignants ou travailleurs sociaux) dans leurs interactions avec les personnes sans domicile, mais également – de façon systémique - d'un mécanisme discriminatoire qui alimente l'exclusion, dès lors que ce sont ceux qui en ont le plus besoin qui sont le plus tenus à l'écart d'un logement pérenne.

Il n'est pas question, dans cette démarche du « chez soi d'abord », de nier les précautions et l'accompagnement spécifique qui lui sont nécessaires, notamment quand elle concerne des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ou dépendantes à l'alcool ou d'autres psychotropes, bien au contraire. Mais il s'agit également de retourner le stigmate : dans la population générale, depuis quand et à quel titre l'alcoolisme et la maladie mentale devraient-ils exclure une personne de son logement ? Il s'agit enfin et surtout de retourner la conditionnalité : ce n'est pas au malade de faire la preuve de sa bonne conduite - et/ou au médecin de le « stabiliser » préalablement - pour retrouver les conditions minimales d'une vie digne mais à l'action sociale de lui fournir ces conditions minimales (un chez soi) à partir desquelles il pourra se rétablir, et le médecin lui fournir les soins qu'il nécessite.

De nombreuses expériences qui se sont fondées sur cette nouvelle posture et ce pari (selon lequel « même » les personnes sans abri atteintes de troubles psychiatriques sévères pouvaient retrouver une autonomie et un statut de citoyen, s'intégrer dans la cité et se rétablir) ont été validées scientifiquement, aux Etats-Unis et au Canada notamment. Leur approche est devenue une stratégie de référence des politiques de santé mentale pour les personnes sans abri dans de nombreux pays (en Amérique du Nord, mais également aussi au Royaume-Uni, au Danemark ou en Scandinavie) avec des modes opératoires et des applications pratiques divers.

Un rapide historique du « housing first »

Lancé par Sam Tsemberis, un psychologue clinicien new-yorkais, le modèle *Housing First* a été mis en place à partir de 1992 par l'organisation sans but lucratif « Pathways to Housing » [Les chemins vers le logement]. Il repose sur l'idée d'une priorité donnée au logement pour les personnes sans-abri, même si elles abusent d'alcool ou de substances, au principe que le logement est un droit fondamental. Au départ, tous les participants à ce programme sont sans-abri et ont fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique. La plupart consomment des drogues ou de l'alcool, ou les deux. Le programme ne refuse aucune personne au prétexte qu'elle ait un passé de violence et/ou d'incarcération. Les conditions d'inscription dans le programme ne comptent que deux exigences. D'abord, le participant doit accepter de s'inscrire dans un programme de gestion budgétaire avec le personnel, en vertu duquel 30% de son revenu est consacré au logement. Ensuite, le participant doit accepter au moins deux visites par mois du personnel à son appartement.

Les personnes ont un accès permanent à une équipe multidisciplinaire de « traitement communautaire actif » (TCA) dirigée par un psychiatre et qui comporte un travailleur social, un formateur professionnel, un travailleur en toxicomanie, une infirmière praticienne et un travailleur social spécialisé dans le logement. L'abstinence n'est ni une condition, ni même une attente du programme (l'organisation appuie une perspective de réduction des dommages et offre ses propres groupes de soutien à la réduction des dommages). Il offre du conseil et de l'accompagnement (*councelling*) en matière de toxicomanie et aide les personnes qui le désirent à s'inscrire à un programme de cure (bien entendu, un appartement leur est également garanti à leur sortie de cure s'ils choisissent cette option).

Aux Etats-Unis, le modèle *housing first* est de plus en plus populaire auprès des décideurs au regard des résultats obtenus, notamment et y compris en matière de réduction des coûts financiers. Dans le Massachusetts, par exemple, l'organisation « Denver logement » offre des logements à travers cette approche à plus de 200 personnes sans-abri chroniques. L'étude menée en 2006 y a montré une réduction significative de l'utilisation des services d'urgence par les participants au programme ainsi qu'une amélioration de leur état de santé. En termes de coûts, ceux liés aux recours aux urgences ont été réduits en moyenne de 34%, ceux liés aux hospitalisations de 66 %… et ceux liés aux incarcérations de 76% ! D'après cette étude, les trois quarts (77%) des personnes qui entrent dans le programme continuent à y êtres logés au bout de 2 ans de recul. Dans le projet new-yorkais, 96% des personnes sont encore dans leur logement après 6 mois et 87% après 4 ans[10]. En août 2007, le Département américain du logement et du développement urbain a annoncé une baisse de 30% du nombre de personnes sans-abri chroniques vivant dans la rue ou dans des refuges (de 176000 personnes en 2005 à 124000 en 2007). Ce succès a été attribué aux programmes *housing first*.

Ce n'est que depuis quelques années que le gouvernement Canadien, à son tour, prend la même orientation en faisant passer les personnes sans domicile directement des refuges dans un logement permanent. En février 2005, le programme « Streets to Homes » (S2H) [De la rue à un logement] est lancé à Toronto puis dans un second temps une expérimentation du programme « housing first ». La santé mentale des personnes sans domicile est une préoccupation forte au Canada. En 1998-1999, une enquête de l'Institut de la statistique du Québec montre que 50% des personnes itinérantes souffrent ou ont souffert de troubles mentaux[viii] et souligne également les difficultés de recours aux soins de ces personnes : la

[viii] Cette enquête retrouvait les fréquences suivantes : 32,8% de dépressions majeures, 9,7% de troubles bipolaires, 13,8% de schizophrénie.

population sans domicile ne connaît pas les réseaux de soins, le contact avec le système de santé se fait par les urgences hospitalières en cas d'épisode aigu. En 2007, l'Institut Canadien d'Information sur la Santé publie le rapport *« Améliorer la santé mentale des Canadiens : Santé Mentale et itinérance »*. Celui ci présente des orientations politiques fortes et des programmes spécifiques pour améliorer la santé mentale des sans domicile. L'objectif est de proposer un logement stable à partir de deux modèles : le *Treatment First* et le *Housing First* sont articulés pour fournir aux itinérants un logement tout en tenant compte de leur santé mentale. Le premier modèle s'adresse aux locataires pour proposer à ceux qui en ont besoin un suivi psychiatrique, un traitement et un accompagnement pour les personnes souffrant d'addictions. Un logement permanent est offert aux participants arrivant à la fin du programme. Pour le second modèle, l'accès au logement est immédiat dans un esprit de réduction des risques, accompagné d'un suivi.

Les programmes de santé communautaire constituent la seconde proposition canadienne pour la promotion de la santé mentale des personnes itinérantes. Ils proposent des services de liaison externe par le biais d'équipe « précarité » communautaire spécialisée en santé mentale sur le principe d'un logement collectif pour les individus concernés. Ces équipes pluridisciplinaires se composent d'acteurs formés aux problèmes spécifiques et variés de ce public hétérogène. Elles comptent des intervenants en toxicomanie, des praticiens en psychiatrie, des infirmiers et des médecins, des travailleurs sociaux, des psychologues et des ludothérapeutes. Elles proposent leurs services aux personnes directement ou aux partenaires missionnés auprès de ce public. Les interventions favorisent l'accès aux soins (y compris à la prise en charge des addictions) et au logement communautaire ainsi que l'accès à la culture. Elles forment des équipes de traitement communautaire dynamiques capables d'intervenir pour la gestion des épisodes aigus ou pour gérer les cas critiques (les personnes avec des troubles graves, difficiles à stabiliser). Un complément à ces différents programmes consiste à organiser des moments de débat avec les intéressés autour de la promotion de la santé mentale. Il s'agit de fonder les décisions sur des besoins en abordant les déterminants de santé, de juger des changements et de l'efficacité des interventions, d'impulser de nouvelles stratégies d'intervention et d'encourager des initiatives et des pratiques citoyennes.

Selon, J.P. Bonin, Professeur en soins infirmiers à Montréal[ix], *« le projet Chez soi part du constat que, au Québec, 60 % des sans-abri présentent des problèmes mentaux durant leur vie (dont 71 % la dernière année), 66 % souffrent de toxicomanie et 56 % n'utilisent aucun service de santé, souvent par méfiance. […] Le modèle housing first a été créé à New York et développé dans 200 villes. Il vise à mettre fin à l'itinérance et à réintégrer les personnes dans la vie communautaire et le système de santé. […] A Montréal, une analyse des coûts montre que ces derniers seraient rapidement absorbés au regard des 7741 lits déjà existants et des économies réalisées par rapport aux traitements ordinaires et aux frais des institutions correctionnelles. […] La justice sociale et le concept de rétablissement sont placés au cœur du dispositif. Un logement est proposé, mais tous les sans-abri ne l'acceptent pas, craignant parfois de perdre un réseau social. Un suivi est prévu après l'installation et des sous projets pourraient s'intéresser à la recherche d'un travail ou d'une activité selon le souhait de la personne. Les pairs ont été mis en avant dès le début des discussions et ont aidé à concevoir le projet. Ils sont rémunérés comme les autres salariés »*.

[ix] intervenant à la journée du 1er octobre 2009 organisée Au Ministère de la Santé à Paris

Encadré n°18 : Les coûts et les économies induites d'un programme « chez soi d'abord ».
Au-delà de leur efficacité plus grande en termes d'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes, les programmes canadiens *housing first* représentent un coût identique voir inférieur à celui du fonctionnement habituel, comme le montre l'exemple ci-dessous.

Tableau 9. Coûts d'un programme *housing first* dans une province canadienne en 2008 (en million de dollars canadiens)

	Status quo	*Housing first*	Impact net
Coûts du capital (investissement total)	0	784,0	+784,0
Coûts du capital (équivalent annuel)	0	30,5	+30,5
Coûts de l'hébergement et du soutien (accompagnement)	50,6	198,7	+148,1
Coûts des institutions correctionnelles et de santé	644,3	433,0	-211,3
Coût total	694,9	662,1	-32,8

Source : Patterson et al, 2008.

Les principes du « chez soi d'abord »

Aujourd'hui les programmes *housing first* sont expérimentés par d'autres pays : le Danemark constitue un exemple en Europe avec ses « freak houses for freak people » (ou « maisons atypiques pour personnes atypiques ») que nous n'aborderons pas ici. Des variations peuvent s'observer d'un programme à l'autre en fonction des pays, mais les principes fondamentaux du « chez soi d'abord » sont respectés à savoir :

- Un accès immédiat à un logement permanent pour les personnes sans-abri durablement à la rue et présentant des troubles mentaux, sans préalable ni exigence quant à leur sobriété ou à leur consommation de substances ;

- L'assurance que les gens qui ont été aux prises avec la maladie mentale et l'itinérance participent à la planification et la prestation de toutes les formes de soutien ;

- La réduction des dommages liés à la vie dans la rue, à la consommation d'alcool et de drogues. Il s'agit bien de diminuer les préjudices causés par les consommations et non d'exiger l'abstinence.

- Un suivi adapté aux besoins de chaque personne mené par une équipe pluridisciplinaire de traitement communautaire, mais également divers services permettant ainsi aux personnes qui n'ont pu profiter des méthodes traditionnelles de prendre part au programme.

Le développement de projets « chez soi d'abord » en France

Recommandations

Nous proposons un programme expérimental national sur 5 sites sur 4 ans, qui s'inspire du programme « sans chez-soi » du Canada, en tentant compte des réalités françaises, bien différentes, tant d'un point de vue culturel qu'organisationnel et politique.

0bjectifs

Réaliser un programme expérimental « un chez soi d'abord » afin de :

1. Produire des preuves visant, dans un deuxième temps, à la mise en place d'une politique nationale efficace, susceptible de favoriser la stabilité du logement et d'améliorer la santé et le bien-être de toutes les personnes sans-abri.
2. Cerner les approches rentables permettant d'intégrer l'accompagnement au logement et d'autres formes d'accompagnement et de services ou d'autres conditions de réussite qui favorisent les changements positifs à long terme de la qualité de vie des populations visées.
3. Contribuer à l'élaboration de pratiques exemplaires et de leçons apprises qui pourront êtres appliquées dans le cadre d'efforts futurs visant la santé mentale, la santé somatique et le sans-abrisme en France.
4. Créer les capacités d'offrir des programmes et de procéder à des évaluations qui perdureront après les projets.

Méthodes

Il s'agira de transposer, en l'adaptant, le programme actuel Canadien. La méthodologie canadienne est décrite plus longuement en Annexe. Nous résumons ici les grands principes :

<table>
<tr><th colspan="2">Modèle donnant la priorité au logement</th></tr>
<tr><td colspan="2">
• Culture axée sur le rétablissement
• Fondé sur le choix de tous les services par le consommateur
• Seules exigences : revenu versé directement pour le loyer; visite au moins une fois par semaine pendant une période déterminée d'avance (soutien de suivi)
• Suppléments de loyer pour les personnes ayant obtenu un logement sur le marché : les participants payent 30 % de leur revenu ou la partie de l'aide sociale qui couvre le logement
• Caractère volontaire des services de traitement et de soutien – cliniciens et fournisseurs de services situés à l'extérieur du site
• Droits juridiques de tenance à bail (pas de bail principal)
• Aucune condition liée à l'aptitude à tenir un logement
• Les responsables du programme facilitent l'accès au bassin de logements
• Les appartements sont des habitations indépendantes principalement dans des endroits dispersés
• Les services sont personnalisés, y compris la prise de mesures d'adaptation culturelle
• Réduction des répercussions négatives de la consommation de drogues
• Disponibilité de services d'ameublement et possiblement d'entretien
• L'hébergement n'est pas lié à une promesse de suivre des traitements
</td></tr>
<tr><th>(TCD – besoins élevés)
Pathways</th><th>(GCI – besoins modérés)
Streets to homes</th></tr>
<tr><td>
• Équipe de TCD axée sur le rétablissement
• Ratio client/employé de 10 pour 1 ou moins, y compris un psychiatre et une infirmière
• Les employés du programme participent étroitement aux admissions et aux congés des hôpitaux
• Les équipes se rencontrent quotidiennement et incluent au moins un spécialiste des services d'entraide
• Services d'urgence sept jours sur sept et 24 heures sur 24
</td><td>
• Gestion de cas intensive pendant au moins un an une fois un logement trouvé
• Ratio client/employé de 20 pour 1 ou moins
• Efforts intégrés de plusieurs travailleurs et organismes
• Les travailleurs accompagnent les clients à leurs rendez-vous
• Affectation centralisée et conférences mensuelles sur les dossiers
• 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24
</td></tr>
</table>

Pour les personnes ayant des besoins élevés, la méthode d'accompagnement utilisée est celle développée par Stemberis à New York, qui s'appelle Pathways. Pour les personnes ayant des besoins modérés, la méthode d'accompagnement utilisée est Streets to homes développée au Canada.

Population cible
2 critères :

Sans chez soi : sans chez soi absolu, mal-logé, exclu
Besoin : élevé et modéré

Taille des échantillons
3 échantillons « action »
100 avec des besoins élevés
100 avec des besoins modérés
100 avec des caractéristiques ou des besoins particuliers (femmes, étrangers, alcooliques, jeunes, sortant de prison, personnes âgées ou vieillissantes, ou encore atteintes de démence) selon les sites
3 échantillons « témoins »
100 avec des besoins élevés
100 avec des besoins modérés
100 avec des caractéristiques particulières (voir ci-dessus) selon les sites

Nature des données récoltées pour l'évaluation
A titre d'exemple, les variables individuelles suivantes devraient être recueillies :

Domaines	Variables	Instruments proposés/éventuels
Logement	Stabilité (objective et perçue)	Residential Time-Line Follow-Back Inventory (Tsemberis 2007)
État de santé	Mentale Physique	Colorado Symptom Index (CS) (Ciarolo 1981) *ou* Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ (Zimmerman 2001) Échelle des problèmes de toxicomanie — Global Assessment of Individual Needs (GAIN) (Conrad/Dennis 2007) EQ-5D (échelle visuelle analogue)
Fonctionnement	Autonomie Réaction au stress Gestion des finances Activités sociales constructives	Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Baker 1994)
Qualité de vie	Qualité de vie générique	EQ-5D
Démêlés avec le système de justice pénale et coûts	Temps passé dans des conditions restrictives, nombre d'accusations, nombre de plaintes, nombre de comparutions devant un tribunal, nuits passées en prison ou renvois et incidents critiques	Listes de vérification des événements importants et des coûts normaux
Recours au système de santé et coûts	Visites à l'urgence, hospitalisations, visites pour des soins primaires ou spécialisés	Calendrier du recours aux services de santé réguliers, par exemple, coûts réguliers

Organisation en fonction des réalités du terrain français

Les acteurs nécessaires sur chaque site sont :
-Des associations d'usagers de la psychiatrie et de drogues impliquées sur les questions de précarité et connaissant la RDR.
-Des Equipes mobiles psychiatrie précarité ou équivalent (PASS mobile, équipe RDR de proximité), au fait des questions de santé communautaire et les équipes hospitalières partenaires (secteur psychiatrie, PASS, urgences psychiatriques et somatiques)
-Des programmes « médiateurs de santé » intégrés au programme « chez soi d'abord »
-Une équipe de recherche capable de mener une recherche action de ce type
-Des associations travaillant sur le logement en lien avec la santé

Les besoins en formation
-Formation des acteurs des équipes aux pratiques *pathways* et *streets to homes*
-Formation des partenaires sanitaires et sociaux à ces pratiques
-Formation des différents acteurs aux principes de la recherche-action et de l'évaluation
-Formation sur la médiation et les travailleurs pairs

Les conditions indispensables à la bonne réalisation du programme
-Pilotage institutionnel par le Préfet en collaboration avec l'ARS (personne en charge du volet sans-abri).
-Implication des élus locaux sur chaque site
-Implication des différents acteurs de la lutte contre les exclusions
-Animation d'une politique publique locale afin de faire cette expérimentation, une expérimentation partagée et ou chacun est acteur et non spectateur

Pilotage national
-Deux représentants des usagers de la psychiatrie
-Deux représentants des personnes SDF
-Deux représentants des usagers de drogues
-Une équipe regroupant un responsable DGAS, un responsable DHOS, un responsable DGS et un responsable DSS.
-Un représentant du préfet Régnier spécialisé sur les rapports entre logement et santé
-Un chercheur responsable de la coordination des évaluations (rattaché à l'ORSPER, Lyon)
-Un représentant associatif sur le logement
-Un responsable INPES
-Un responsable MNASM
-Un représentant CNSA

Les résultats attendus
- Avoir une description précise des liens entre santé et habitat pour ces populations
- Avoir des preuves sur l'efficacité comparé du dispositif standard versus le dispositif expérimental concernant la santé et la qualité de vie des personnes
- Avoir des preuves sur l'efficacité des soins à domicile versus à l'hôpital pour les maladies chroniques

Budgets
Le coût du programme ne peut être à ce jour évalué précisément car il doit être adapté au contexte français. Ce travail d'adaptation est assez facile à opérer car nous avons la possibilité de nous faire aider par les opérateurs du programme québécois.

Si nous partons sur la base de 12 000 euros (15 000 dollars) par personne comme coût global moyen annuel, qui comprend le logement et l'accompagnement, nous pouvons faire une première évaluation qui devra bien sûr être affinée.
Soit, sur 5 sites : 200 personnes par sites, soit 1000 personnes au total, plus 5 fois 100 selon les sites, pour des populations particulières (étrangers malades durablement à la rue, personnes vieillissantes à la rue avec perte d'autonomie, personnes alcooliques, jeunes malades durablement à la rue, sortants de prison malades mentaux), soit 1500 personnes maximum, soit 18 Millions par an, sur 4 ans.
A cela doit se rajouter un financement pour l'évaluation que l'on estime entre 10 et 20 % du budget (cette évaluation comprenant le suivi d'un groupe témoin). Il faut rajouter un budget pilotage global d'environ 1,5 million. En prenant le pourcentage moyen, cela fait 2,2 millions en plus par an, soit un total d'environ 22 millions par an.
Cette expérimentation sur 1500 personnes peut, à terme, en cas de résultats positifs se généraliser. La généralisation peut se voir en au moins deux temps. Un premier temps qui concernera les malades mentaux sévères sans abri, qui représentent entre 20 et 50 % de la population sans abri. Un deuxième temps qui concernera toutes les personnes sans abri présentant des maladies chroniques.
A terme cette expérience peut nourrir la réflexion sur les stratégies globales de lutte contre le phénomène du sans-abrisme.

Références bibliographiques

1 Damon J. *La question SDF, ciblages et bricolages*. Paris, Université Paris Sorbonne, 2001.

2 Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées. *15ième Rapport « Hébergement des personnes défavorisées : sortir de la gestion de crise »*. Paris, juin 2009.

3 Collectif. *Rapport du jury d'audition*. Paris, Conférence de consensus « Les sans abris », novembre 2007.

4 Cour des Comptes. *Rapport public thématique sur les personnes sans domicile*. Paris, La Documentation française, mars 2007.

5 Fondation Abbé Pierre. *L'état du mal-logement en France*. Paris, rapport annuel 2009.

6 Pinte E., *L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans ab*ri. Rapport au Premier ministre. Paris, La Documentation française, septembre 2008.

7 Marciquet V. *Groupe Phosphore – rapport de fin de mission*. Marseille, Cabinet Panama, juillet 2009.

8 Interview au journal Le Monde, citée dans : Rollot C. *Le droit au logement n'est pas assuré, les expulsions se sont multipliées*. Le Monde, 30 octobre 2009.

9 Ponssard MC. *Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Ile-de-France*. Pluriels 2007, n°65.

10 Stefancic A, Shaefer-McDaniel N, Davis A, Tsemberis S. Maximizing followup of adults with histories of homelessness and disabilities. *Evaluation and Program Planning* 2004; 27: 433-42.

Evaluation et recherche

L'évaluation est devenu en France un « mot tiroir » qui, en France, fait peur, en particulier aux professionnels de la santé et de l'action sociale et qui provoque souvent des réactions violentes de rejet, notamment de la part de ceux qui travaillent auprès des personnes sans chez soi et des publics en situation de précarité. L'évaluation est également un mot qui séduit et qui attire les décideurs et les promoteurs de changements. Nous essaierons de voir pourquoi et comment nous pouvons démêler les intérêts, parfois contradictoires, des uns et des autres afin de faire des propositions qui vont dans le sens des intérêts des personnes sans chez soi.

Evaluer, pour quoi faire ?

Du point de vue de l'Etat, l'évaluation des politiques publiques est un principe constitutionnel depuis la loi du 23 juillet 2008. Fin 2007, la révision générale des politiques publiques posait un ensemble de questions : « Que faisons-nous ? », « Qu'elles sont les besoins et les attentes collectives ? », «Qui doit le faire ? », « Faut-il envisager des scénarios de transformation ? », «Comment faire mieux et moins cher ? ». Comme le soulignent J. Furtos et C. Laval *« Compte tenu d'une emprise croissante de l'économique, seule la dernière question est restée au centre de la démarche, perdant au passage le temps de s'interroger réellement sur les objectifs, le sens et les priorités de l'action publique ».*[1]

Cette remarque vaut plus généralement dans le cadre des évaluations demandées par les financeurs aux responsables de toute action sanitaire ou sociale si on considère que l'évaluation d'une action ou un programme de santé publique consiste à apprécier son déroulement et à mesurer ses effets. Cette prégnance financière participe largement aux résistances et à la dé-légitimisation de toute démarche évaluative dans notre pays. Il est, en effet, particulièrement funeste et, à vrai dire, contreproductif que la promotion de l'évaluation – dont on déplore à juste titre la faiblesse générale comme on déplore l'absence de «culture évaluative » de la part des acteurs – se fasse dans un tel contexte. Faute d'en (re)venir à cette question principale (« Que faisons-nous et pour répondre à quels besoins ? ») et de distinguer absolument l'évaluation de la sanction, on restera plus *« sur le registre de l'infantilisation que dans une saine confrontation autour d'un examen des pratiques et des résultats attendus ».* Dans ces conditions, nous reprenons à notre compte les vœux des mêmes auteurs qui en appellent à une évaluation qui comprenne :

- une appréciation des résultats comparés aux objectifs assignés ;
- une opportunité pour apprécier la valeur ajoutée des expériences innovantes ou traditionnelles, dans un processus où la confiance le permet ;
- une méthode participative pluri-partenariale et pluridisciplinaire qui permette de dépasser la stérile opposition des pouvoirs du politique, du financeur, des acteurs et des usagers.

S'agissant spécifiquement des personnes sans chez soi, une dimension supplémentaire s'ajoute volontiers aux objectifs classiques de l'évaluation, celle de l'utilité sociale. Précisons qu'il y a des situations où cette question doit être absolument discutée: celles, bien sûr, où la demande d'une telle évaluation de l'utilité sociale, apparemment légitime, sous-entend en fait que les moyens mis en œuvre auprès des personnes sans chez soi sont, d'une manière ou d'une autre, « hors de proportion »… mais celle, également, où des dispositifs, incapables d'évaluer correctement leur activité renforcent leur légitimité non démontrée en invoquant

cette « utilité sociale » implicite. Il reste que nous sommes persuadés que l'action auprès des personnes sans chez soi est d'utilité sociale dans le sens où *« est d'utilité sociale l'activité d'une organisation qui a pour résultat constatable et, en général pour objectif explicite, au-delà d'autres objectifs éventuels de production de biens et de services destinés à des usagers individuels, de contribuer à la cohésion sociale (notamment par la réduction des inégalités), à la solidarité (nationale, internationale, ou locale : le lien social de proximité) et à la sociabilité, et à l'amélioration des conditions collectives du développement humain durable (dont font partie l'éducation, la santé, l'environnement et la démocratie) »*.[2]

Par ailleurs, promouvoir des actions innovantes implique pour la puissance publique de se questionner sur la capacité de changement de ses propres institutions. Trop souvent les actions ont pour objectif implicite d'adapter les personnes au système et non de coproduire des solutions. Un certain nombre de postulats ou de préjugés bloquent dès lors toute innovation avant même de s'engager dans un processus participatif.

Ainsi, un groupe de parole avait été mis en place auprès d'hommes sans domicile fréquentant les dispositifs de l'urgence sociale il y a une dizaine années sur l'agglomération toulousaine. L'objectif était de travailler à partir de leurs attitudes vis-à-vis de la santé à la mise en place d'actions d'éducation à la santé. Au cours d'une des premières réunions, une demande forte était remontée autour du fait qu'ils ne disposaient lors des repas que de couverts en plastique. En effet à cette époque, suite à des épisodes de violence dans un restaurant social, il n'était pas donné de couteaux en acier pour des raisons de sécurité. Ces hommes se sentaient humiliés, infantilisés par cette décision qui les stigmatisait tous comme violents. La santé passait, pour eux, à ce moment là, par le fait de retrouver d'abord une position d'homme responsable et respecté. Pourtant, cette pratique n'a pas pu être changée malgré leurs demandes. Dès lors, comment qualifier le poids symbolique donné à leur parole ? En réalité, une parole alibi pour des gens « de peu », qui a renforcé encore leur disqualification…

Evaluer, comment ?

De même, la démarche évaluative demande un effort avant tout symbolique aux acteurs : se remettre en question ou accepter la critique ne sont pas des traits spontanés du comportement humain ! Comme le rappelle A. Lopez, *« derrière toute évaluation, il y a un pouvoir qui se sent menacé »* et il faut dès lors *« trouver le chemin permettant de satisfaire une pluralité d'intérêts »*[3]. Elle comporte également des risques : notamment la tentation de la normalisation stérilisante, l'étouffement de l'innovation ou encore la démotivation des acteurs[i]. Ces risques sont loin d'être négligeables et il ne faudrait pas non plus tomber dans l'excès inverse, celui d'une évaluation chronophage qui – surtout si elle est imposée à ressources humaines et financières constantes – détournerait au-delà du « raisonnable » motivations et investissements de l'action à son seul bénéfice. Nous n'en sommes pas là dans le champ du soin et de l'aide aux personnes sans chez soi – tant s'en faut ! – même si nous partageons le constat de C. Bachman qui écrivait en 1997[4] : *« l'évaluation tombe régulièrement sur ces petits canards de l'intervention publique que sont les dispositions prises au bénéfice des populations démunies. On ne compte plus les travaux sollicités autour du RMI, des dispositifs de développement social des quartiers, des mesures de lutte contre le chômage. Au sein de l'Education nationale, les ZEP ont été longuement rôties sur le gril évaluatif. Rien de la sorte n'est arrivé aux classe préparatoires ou aux grandes écoles, qui sont intouchables »*. En matière d'évaluation aussi, il s'agit de prôner des politiques équitables

[i] Voire de souffrance au travail quand l'évaluation devient permanente, qu'elle est perçue comme injuste ou déconnectée des réalités et des contraintes du terrain, ou qu'elle vide le travail de son sens… et, de ce fait, perd de vue ce qui devrait être un de ses objectifs premiers.

et justes, à la hauteur des financements consentis… Dans ces conditions – et puisque l'évaluation a, bien entendu aussi, un coût matériel - il est absolument vital que ses objectifs soient partagés, que toute suspicion soit levée sur d'éventuels objectifs non dits, qu'elle se construise hors du registre de la controverse ou de la sanction.

Encadré n° 19 : Les écueils de l'évaluation.

Confondre les différents objectifs possibles d'une évaluation : différentes qualité d'une action ou d'un programme peuvent être évaluées (simultanément au nom). Il s'agit de distinguer l'évaluation de sa pertinence (l'adéquation de ses objectifs aux besoins des personnes), de sa cohérence (l'articulation de ses différentes composantes), de son efficacité (l'évaluation des résultats obtenus en regard des objectifs poursuivis), de son efficience (le rapport entre les ressources utilisées et les résultats obtenus) et de son impact (les effets – attendus ou non – observés non seulement dans la population des usagers, mais dans la population cible dans son ensemble).

Confondre objectifs et indicateurs, et ses corollaires : définir ses objectifs en fonction des indicateurs disponibles mais également postuler que les bénéfices d'une action vont de soi et ne nécessite pas d'être interrogés…

Confondre motivation intrinsèque (celle fondée sur le plaisir de l'activité ou, du moins, sur la minimalisation de ses contraintes et de ses coûts) et motivation extrinsèque (celle fondée sur les résultats).

Confondre évaluation et mesure, et son corollaire : négliger ce qui ne peut être mesuré alors qu'il s'agit, justement, de facteurs clés qui doivent être pris en compte. Or d'autres méthodes que la mesure sont disponibles (notamment le jugement d'experts) et, souvent, des méthodes d'estimation (qualitatives ou statistiques) des dimensions non mesurables pourraient être utilisées.

Confondre les résultats passés et les capacités futures : que les performances mises en lumière par l'évaluation du passé prédisent les capacités d'un programme ou d'un dispositif à s'adapter aux besoins futurs est un postulat qui mérite lui-même d'être interrogé !

Oublier les usagers : pour reprendre les propos de F. Bertolotto au sujet de l'évaluation des réseaux de soins mais qui s'appliquent très bien à tous les dispositifs à destination des personnes sans chez soi (dont on a vu à quel point leur parole est souvent disqualifiée et leurs compétences niées), *« il est facile et de bon ton de décréter que les usagers doivent être au centre du réseau et pouvoir participer pleinement aux activités de celui-ci. L'expérience pratique montre à quel point ceci est difficile, non pas parce que les usagers ne sont pas qualifiés ou disposés à le faire, mais parce que les enjeux de la participation sociale dans le champ de la santé sont souvent importants et risquent de mettre en cause l'homéostasie du système. A l'heure de la démocratie sanitaire, quand l'exigence de transparence et de qualité des services est un leitmotiv des nouvelles politiques de santé, il semble indispensable que les cahiers des charges de l'évaluation externe des réseaux soient aussi un espace d'expression des usagers, qui permette l'appréciation raisonnée et subjective ».*[5]

Trouver ou retrouver un sens à ce que l'on fait, mieux adapter ou réadapter ces objectifs et ces pratiques aux besoins des personnes dont on s'occupe (notamment quand il s'agit d'agir auprès des personnes sans domicile, dont on a montré l'extrême diversité des parcours, des situations et des besoins), améliorer également les conditions de travail et d'intervention des acteurs sont des objectifs au moins aussi précieux et importants que de simplement justifier les moyens mis en œuvre. Il s'agit de construire ou consolider une culture de l'analyse des pratiques.

On ira plus loin : de notre point de vue, faute de tels objectifs, l'évaluation est condamner à n'être - ou ne devenir - qu'une pratique bureaucratique, purement rhétorique, cédant à un impératif essentiellement idéologique[6] et qui ne débouche sur rien ou, dans le meilleur des cas, sur pas grand chose : à court terme, détecter et sanctionner, tout au plus, ceux qui ont à la fois des pratiques défaillantes et l'incapacité de les dissimuler et, à long terme, décrédibiliser l'ensemble de la démarche auprès de tous les acteurs (y compris ceux qui auront été évalués positivement) conscients que l'évaluation sera passée à côté de ses véritables enjeux.

Aux financeurs et aux décideurs, en corollaire, il est utile de rappeler sans cesse ce que l'évaluation ne permet pas. Comme l'ont écrit d'autres auteurs avant nous, *« les attentes des décideurs relèvent quelquefois du mythe de la toute puissance de l'évaluation, laquelle serait apte à faire des découvertes inattendues et à apporter des solutions correctrices à toutes sortes de dysfonctionnements. Or, l'évaluation reconstitue une intervention dans toutes ses dimensions, mais elle ne produit pas de révélation ; elle redonne du sens, sans nécessairement justifier ; elle remet en question et parfois dérange. Autant de retombées plus ou moins conformes aux espérances des acteurs ».*[7]

A l'inverse, l'évaluation des interventions sanitaires et sociales en direction des personnes sans chez soi doit absolument s'attacher à réinterroger le bien-fondé des actions entreprises. Avant même d'évaluer les pratiques, c'est bien l'objectif général du projet, la façon dont il est défini et s'inscrit vis-à-vis de l'ensemble des besoins des personnes ciblées et, de ce fait, la façon avec laquelle il s'articule avec les autres dispositifs et les autres offres de service qui doivent être interrogés. Cette première étape de l'évaluation passe bien entendu à la fois par un état des lieux des offres en présence mais également – et surtout – par la parole et le témoignage des usagers, et donc par une démarche participative au sens d'une évaluation coproduite par toutes les parties prenantes (décideurs, opérateurs, usagers)[ii]. Le modèle d'évaluation participative où la participation des acteurs est maximale est celui proposé par D. Fetterman en 1993 - l'« *empowerment evaluation* »[8] - où les concepts, les méthodes et les résultats de l'évaluation sont utilisés, de façon circulaire, pour renforcer le développement et l'autodétermination des acteurs et leur propension à être parties prenantes de l'évaluation et, ainsi, maximiser les chances de succès du dispositif. S'agissant des personnes sans chez soi, une telle perspective élargie d'abord aux usagers eux-mêmes, encore fort rare, nous paraît particulièrement pertinente.

Recommandations

- **Systématiser l'approche participative dans l'évaluation des actions et dispositifs mis en œuvre pour les personnes sans chez soi.**

Quand il s'agit ensuite d'évaluer les pratiques, au regard des besoins qui ont été identifiés initialement par les instigateurs de l'action (mais aussi au regard des besoins exprimés

[ii] L'étape ultérieure - celle de la définition des indicateurs utilisés et du choix ou du développement des outils de recueil (notamment auprès des usagers) - passe également par cette démarche participative, particulièrement importante dans cette population des sans chez soi.

ensuite, ici et maintenant, par les « usagers » sans chez soi) et des référentiels de pratique (qui font souvent défaut pour ces populations cibles), un objectif particulièrement intéressant est également d'éclairer systématiquement le contexte et les processus qui ont permis (ou freiné) l'innovation, un élément-clé de la capitalisation de l'innovation et du développement de ce que L. Potvin appelle le développement d'une « *science de l'action* ».[9]

Recherche évaluative et évaluation pragmatique

Finalement, nous pensons que la situation des personnes sans chez soi est suffisamment préoccupante et spécifiquement urgente pour que l'évaluation des dispositifs actuels et à venir qui leur sont destinés doivent nécessairement concilier au mieux les deux aspects de l'évaluation[10] en même temps, à savoir une recherche évaluative et une évaluation pragmatique. La première sans la seconde n'aurait pas de sens si on considère que seule la question de la « performance de terrain », en conditions réelles d'intervention auprès de ces publics est importante. La seconde sans la première priverait de la démonstration expérimentale, rigoureuse, au plus haut degré de preuve possible, de l'efficacité des stratégies proposées. Rappelons à ce sujet que la hiérarchie de la qualité scientifique de telles recherches n'oppose pas par essence, dans notre esprit, la recherche quantitative (enquêtes statistiques ad hoc ou analyse secondaire de données statistiques existantes) et la recherche qualitative (observations, entretiens, focus groupes, etc.) mais que, en revanche, tous les designs d'étude ne se valent pas. Même si elles sont plus habituelles dans le champ sanitaire (somatique) que dans celui de l'action sociale[iii] (et de la santé mentale !) et qu'elles peuvent, de ce fait, rencontrer des résistances fortes de la part de certains intervenants auprès des personnes sans chez soi, on tentera donc de privilégier des approches systématiquement comparatives de type ici/ailleurs, avant/après ou – dans le meilleur des cas – de type individuel et contrôlé « avec/sans ».

Recommandations

- **Concilier au maximum recherche évaluative et évaluation pragmatique dans l'évaluation des actions et dispositifs mis en œuvre pour les personnes sans chez soi.**

Recherche-action et recherche participative

Le maillon faible de la recherche en France est celui de la recherche-action (au sens de la recherche qui implique dans le processus de sa construction aussi bien les chercheurs que les acteurs participant à l'expérimentation). La distance entre le milieu académique et les acteurs de terrain, les appels d'offres et les sources de financement, la faible valorisation de ce type de recherche dans le milieu académique (et les tendances actuelles de l'évaluation productiviste de la recherche publique), la rareté des équipes de recherche mobilisables sur ces questions… tout concourt à la difficulté de construire et mener ce type de recherche dans notre pays. Cette carence explique également pourquoi l'évaluation reste mal comprise, ma perçue et mal pratiquée. Or, tout particulièrement dans le domaine qui nous intéresse ici, il est nécessaire d'avoir une continuité et un regard transversal entre différentes activités : choix des objectifs, supervision d'équipe, analyse et adaptation régulière des pratiques, réunions

[iii] L'expérimentation sociale se développe peu à peu depuis la loi constitutionnelle n°2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République qui consacre par deux fois le principe de l'expérimentation, dans l'article 37-1 et dans l'article 72, chacun de ces deux articles renvoyant à une modalité particulière d'expérimentation locale.

communautaires avec les usagers, définition de critères pertinents pour analyser les activités et leurs impacts. Ce processus doit être accompagné par des chercheurs à la fois indépendants (vis-à-vis des financeurs comme vis-à-vis des programmateurs et des acteurs), impliqués à toutes les étapes (et pas seulement à la dernière) et « imprégnés » des réalités du terrain et des publics ciblés (autrement, justement, que par le seul regard des acteurs).

Il faut donc réfléchir aux moyens de combler ce fossé entre recherche et action. Ces moyens passent au moins par deux leviers. Il s'agit d'abord de procurer aux acteurs de terrain (notamment aux professionnels de la santé et aux travailleurs sociaux) un minimum de formation et de connaissances non seulement sur les techniques de l'évaluation et de la recherche, mais également sur les principes et les paradigmes de la recherche (et, s'agissant des programmes de prise en charge sanitaire et sociale des personnes sans chez soi, de la recherche en santé publique et de la recherche en sciences humaines et sociales). Il s'agit également de valoriser cette activité dans le milieu de la recherche. En santé publique comme en sciences sociales, les institutions académiques de recherche (universités et établissements publics à caractère scientifique et technique) devraient prendre en compte ces efforts consentis vis-à-vis de la « demande sociale » - notamment locale[iv] - en recherche action et en évaluation dans leur propre évaluation de leurs missions. Dans les faits, aujourd'hui, de tels efforts ne sont que très marginalement pris en compte (et, pour tout dire, continuent à être largement dévalorisés) dans les procédures de l'AERES.

L'autre point capital est celui de la place des usagers dans ces processus et plus précisément de ce que l'on appelle la recherche participative et/ou la recherche communautaire[11]. L'un des intérêts de cette recherche participative et communautaire est qu'elle cherche à prendre en compte l'environnement. Elle s'est particulièrement développée autour des questions d'inégalités sociales[12]. Précisons que si la recherche participative s'est surtout développée dans la recherche-action, elle peut très bien se développer dans d'autres modes opératoires et d'autres approches de la recherche. Elle se décline selon des modalités assez différentes selon les équipes et les projets mais certains principes communs se retrouvent que nous pouvons citer ici :

- L'implication des personnes concernées à tous les stades, même et surtout lors de l'élaboration de la recherche.
- Le souci porté à créer les conditions qui rende possible l'apprentissage réciproque entre chercheurs et personnes participantes.
- La conduite de la recherche par les personnes et les associations et pas uniquement par les chercheurs, sur le mode du partage du pouvoir et des décisions.
- La diffuser large des résultats dans un langage compréhensible par tout le monde.

Dans certains pays, des usagers (y compris des personnes sans chez soi ou des malades psychiatriques) sont formés à la recherche, font partie intégrante d'équipes de recherche et y

[iv] Dans de nombreux pays anglo-saxons (abondamment cités aujourd'hui– à tord ou à raison – comme des modèles d'excellence en matière de recherche par les décideurs publics), on n'imaginerait pas qu'un département de santé publique ou de sciences sociales d'une université ne fasse pas la preuve de son implication dans les problèmes rencontrés dans la « communauté » où il est installé. Une telle implication, non seulement lui rapporte des ressources supplémentaires et une visibilité locale et nationale, mais est également prise en compte au même titre que sa production scientifique.

sont eux-mêmes, parfois, chercheurs[v]. Autant dire qu'on en est très loin en France, où la participation se traduit, au mieux, par l'intégration dans un comité de pilotage de représentants d'usagers.

Recommandations :

- **Développer la formation à la recherche – notamment à la recherche en santé publique et à la recherche en sciences sociales – des acteurs.**
- **Des appels d'offres devront permettre de développer la recherche-action et la recherche participative au titre de la lutte contre les inégalités de santé.**
- **Les universités et les EPST (l'Inserm notamment, dont le Ministère de la santé est une des cotutelles) pourront être des opérateurs importants dans ces champs.**
- **Elles doivent s'impliquer d'avantage dans la création de partenariats de recherche locaux avec les acteurs qui prennent en charge les personnes sans chez soi et, plus largement, les personnes en situation précaire.**

Suivi et évaluation des politiques de santé

Le premier obstacle pour suivre et mesurer l'impact des actions en direction des personnes sans chez soi, coordonner les intervenants locaux et les responsabiliser dans le cadre de collaborations et de soutiens contractualisés est la question du nombre et de la caractérisation de ces personnes sur un territoire donné. On a vu que la dernière enquête nationale sur la question remonte à 2001 (et qu'elle ne couvrait pas les villes de moins de 20.000 habitants).

De notre point de vue, il est indispensable que des enquêtes locales soient de nouveau initiées. Nous avons recommandé plus haut (voir p. 100) qu'un tel travail figure dans les priorités et les responsabilités des Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri. Notre expérience récente dans l'agglomération parisienne[13] montre que de telles enquêtes statistiques, rigoureusement menées d'un point de vue scientifique, sont tout à fait faisables localement sans en passer forcément par un dispositif national tel que celui de l'Insee[vi].

[v] Selon le Pr Larry Davidson, plus de la moitié de son équipe de recherche (*The Yale program for recovery and community health*) est atteinte d'un trouble psychiatrique. Il se considère lui-même comme un usager de la santé mentale.

[vi] Pour information, l'enquête de 2009 conduite dans l'agglomération parisienne dont les objectifs étaient d'estimer le nombre de sans domicile fixe usagers des services d'aide, de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et leur santé mentale a coûté 450.000 euros (pour plus de 800 personnes interrogées en face-à-face dans un échantillon aléatoire de 135 structures, par un binôme enquêteur-psychologue). Ce coût est donc un coût maximal qui serait, bien entendu, infiniment moindre dans des agglomérations ou des territoires plus petits.

Recommandations :

- **Huit ans après l'enquête nationale de l'Insee, la priorité est de ré-estimer, par des enquêtes locales, dans les territoires concernés, le nombre de personnes sans chez soi et leurs principales caractéristiques sociodémographiques et sanitaires.**

- **De telles enquêtes devraient être régulièrement reproduites (par exemple tous les 2 ou 3 ans) pour évaluer l'impact des mesures prises et des politiques menées au niveau national comme local.**

Un autre maillon faible pour la recherche et le suivi des politiques de santé en direction des personnes sans chez soi est l'absence de caractérisation des conditions de logement (ou d'absence de « chez soi ») dans les systèmes d'information en santé ; ce qui rend inexploitable leur utilisation (nationale, régionale ou locale) pour la caractérisation de l'état de santé des personnes sans chez soi en France. Une telle caractérisation nécessite le développement d'un outil de recueil rapide de ces conditions de logement. Aussi synthétique soit-il, cet outil doit pouvoir être rapproché des outils plus détaillés existants : notamment, en France concernant les situations de logement ordinaires, les variables recueillies par l'Insee et, en Europe concernant les situations de logement précaire, l'outil[14] développé par la Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri. De tels outils statistiques ont déjà été mis en place (mais restent peu standardisés et peu comparables entre eux) dans ces centres de soins gratuits associatifs, des PASS hospitaliers ou dans de nombreux outils d'évaluation ou de recherche[vii].

Recommandations :

- **Ce repérage passe par l'adoption d'une caractérisation univoque et synthétique des conditions de logement de toutes les personnes reçues à l'hôpital, et son recueil systématique.**

Plus généralement, le logement (comme le statut d'emploi ou le bénéfice de minima sociaux) sont des indicateurs de précarité absents des systèmes d'information en santé qui les rend inopérants pour le suivi, l'évaluation et la lutte contre les inégalités sociales de santé (l'approche par PCS, quand elle est disponible, est singulièrement insuffisante pour rendre compte de ces inégalités, comme de la situation des populations les plus précaires).

Recommandations :

- **Les personnes sans chez soi doivent pouvoir être repérées dans les systèmes d'information hospitaliers, notamment le PMSI, les systèmes d'information aux Urgences, les systèmes d'information des PASS.**

- **Les personnes sans chez soi doivent également pouvoir être repérées dans un plus grand nombre de systèmes de surveillance et d'alerte, notamment : le système de surveillance syndromique développé par l'InVS, la surveillance de certaines maladies à déclaration obligatoire, la surveillance des causes de décès.**

[vii] On citera respectivement les questions sur le logement des fiches d'activité des Missions France de Médecins du Monde[12], de certaines PASS hospitalières[13], du guide d'évaluation de la CNSA[14], ou encore de la cohorte SIRS conduite en Ile-de-France[15].

- **De la même façon, les personnes sans chez soi doivent pouvoir être repérées parmi les bénéficiaires des prises en charge pour affection de longue durée (ALD).**

- **A partir de là, un tableau de bord annuel de l'état de santé et de la prise en charge sanitaire des personnes sans chez soi devrait être réalisé au niveau national et cette obligation inscrite dans la loi.**

Références bibliographiques

[1] Furtos J, Laval C. Mesurer les effets de l'évaluation. *Rhizome (Bulletin national santé mentale et précarité)*, mars 2009.

[2] J. Gadrey, cité par Duclos H, Grésy JE, Durand F, eds. *Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale*. Saint-Denis, Editions du CIV (coll. Cahiers pratiques, Hors Série), 2009.

[3] Lopez A. L'évaluation, un enjeu de pouvoir à dépasser. *Rhizome (Bulletin national santé mentale et précarité)*, mars 2009.

[4] Bachmann C. *Envol de technocrates ou recours démocratiques : l'évaluation des politiques publiques*. Texte posthume inédit, 1997.

[5] Bertolotto F. Cahiers des charges de l'évaluation externe des réseaux de santé. *Rhizome (Bulletin national santé mentale et précarité)*, mars 2009.

[6] Zarka Y. Qu'est-ce que tyranniser le savoir ? *Cités* 2009; 37: 3-6.

[7] Vandoorne C, Jabot F, Fond-Harmant L. Evaluation : « ni pensée unique, ni bonnes ou mauvaises méthodes ». *La santé de l'homme* 2007; 390: 12-3.

[8] Fetterman DM. *Empowerment evaluation: principles in practice*. Lesson at Stanford University, 15 March 2007 (http://wwwstatic.kern.org/gems/region4/DavidFettermanPresentation.pdf)

[9] Potvin L, Golberg C. Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation des pratiques en promotion de la santé. *In*: O'Neill M, Dupéré S, Pederson A, Rootman I, eds. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec, Presses de l'Université Laval, 2006, pp. 457-73.

[10] Blum-Boisgard C, Gaillot-Mangin J, Chabud F, Matillon Y. Evaluation en santé publique. *Actualité et dossier en santé publique* 1996; 17: 18-22.

[11] O'Fallon L, Dearry A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environ Health Perspect* 2002; 110(Suppl 2): 155-9.

[12] Israel B, Schulz A, Parker E, Bechker A. Research : assessing partnership approaches to improve public health. *Ann Rev Public Health* 1998; 19: 173-202.

[13] Laporte A, Douay C, Detrez M-A, Chauvin P. *Premiers résultats de l'enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagères des services d'aide dans l'agglomération parisienne*. Paris, Observatoire du Samusocial, 2009.

[14] Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri. *ETHOS 2007. Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*. Bruxelles, FEANTSA, 2007.

[15] Médecins du Monde et ORS Midi Pyrénées. *Rapport 2008 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde*. Paris, MDM, octobre 2009.

[16] Gatin B, Aparicio C, Carron A, Chauvin P, de Champs Leger H, de Gennes C, Lebas J, Platon J, Georges-Tarragano C. *Analyse descriptive des patients de 5 consultations sans rendez-vous avec*

PASS intégrée à l'AP-HP. 59ème Congrès Français de Médecine Interne, Ajaccio, 4-6 juin 2009, abstract book : O5-8.

[17] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. *Guide d'évaluation*. Paris, CNSA, mai 2008.

[18] Chauvin P, Parizot I. *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS*. Paris, Editions de la DIV (coll. Les documents de l'ONZUS), 2009.

Synthèse et recommandations

Synthèse

Les liens entre le phénomène du « sans-abrisme » et la santé constituent la question générale de la mission qui nous a été confiée. Ce phénomène des personnes « sans chez soi » est révélateur à la fois des difficultés du système de soins à répondre aux besoins de ces personnes, mais aussi de l'importance d'avoir un chez soi pour la santé. Pour autant, on constate une relative faiblesse de la production de savoirs scientifiques sur cette situation nationale, malgré les travaux scientifiques réalisés au tournant des années 1990 et 2000. Une revue de la littérature internationale montre que les prévalences de schizophrénie et de psychose dans cette population atteignent des taux 5 à 30 fois supérieurs à ceux de population générale. En ce qui concerne la morbidité somatique, nous ne disposons que de peu d'enquêtes épidémiologiques françaises. Avant d'identifier les difficultés et les freins de l'accès aux soins de ces personnes, il est important de décrire les rapports entre la santé et le logement, tels que les éclaire de manière singulière le phénomène du « sans-abrisme ». Les barrières à l'accès aux soins des personnes sans abri ont été relativement bien décrites ces 20 dernières années. Les barrières à l'utilisation des services de soins somatiques sont multiples, alors même que certaines études concluent, à l'inverse des idées et préjugés habituels, sur la priorité donnée à la santé par les personnes sans chez soi, parfois même avant l'alimentation et le logement. Le présent rapport met également l'accent sur les différentes formes de violence que subissent les personnes sans chez soi et l'impact que cela a sur leur santé.

Quel que soit le terme utilisé (« sans domicile fixe », « sans-abri », « grands exclus » ou « gens de rien »), les personnes sans domicile forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables. Au sens de l'Insee, les personnes sans domicile un jour donné sont toutes celles qui, la nuit précédente, ont eu recours à un service d'hébergement ou ont dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune). Parmi elles, l'enquête Insee de 2001 n'a pris en compte et interrogé que les personnes bénéficiaires des services d'aide dans lesquels l'enquête a été réalisée (dans les villes de plus de 20000 habitants en métropole) et a décompté 63 500 adultes accompagnés de 16 000 enfants. La Fondation Abbé Pierre estime elle que, en plus de 100000 personnes sans domicile fixe, 152000 personnes vivent dans des structures d'hébergement et d'insertion, 150000 autres sont hébergées chez des tiers dans des conditions de logement difficiles et faute d'autres solutions, auxquelles s'ajoutent également 100000 personnes vivant à l'année en camping ou en mobile home, 41400 personnes vivant dans des habitats de fortune (cabane, construction provisoire…) et 50000 personnes vivant en chambre d'hôtel. Au total, ce sont près de 600000 personnes qui sont privées de domicile personnel. La figure du « clochard » ne représente donc que la partie la plus visible (le sommet de l'iceberg) du phénomène des « sans chez soi ». Toutes les associations ont constaté un accroissement du nombre des femmes seules ou des couples accompagnés d'enfants depuis la fin des années 1990. Séparation, décohabitation, émigration, expulsion, sorties de prison, etc. précèdent souvent la perte de logement stable.

Les acteurs de terrain et tous les spécialistes œuvrant dans ce champ s'accordent à affirmer depuis au moins 10-15 ans déjà que l'état de santé des personnes sans abri est catastrophique. Avec une espérance de vie estimée de 30 à 35 ans inférieure à la population générale, associée à une qualité de vie dégradée, ils font l'objet de violences psychosociales, physiques et sexuelles avec des fréquences incomparablement élevées. Les personnes sans abri ont

beaucoup de mal à accéder à des soins effectifs. Ils peuvent être soumis à des discriminations allant même jusqu'à des refus de soins de la part des professionnels, que ce soit en lien avec leur couverture maladie (CMU), leur apparence ou leur comportement. Enfin les compétences variées que développent les personnes dans ces situations à risques multiples sont rarement évaluées et encore moins utilisées de façon optimale faute d'être mieux connues. D'une certaine façon, le « bon pauvre » reste encore, comme au XIX^{ème} siècle, celui qui ne boit pas, qui est docile et qui doit se satisfaire de ce qu'on lui propose ! Dans les faits, l'organisation des soins n'est pas adaptée aux réalités de la vie dans la rue de ces personnes sans « chez soi ». Les personnes sans chez soi vont avoir recours aux soins hospitaliers essentiellement via le service des urgences lors d'épisodes aiguës sur la voie publique : accidents, crises comitiales, etc.... En médecine libérale, la prise en charge des personnes sans chez soi (et, plus généralement, toutes celles en situation de grande précarité) oblige à envisager le développement d'une « fonction support ». Les questions de santé sont complexes et renvoient pour une part importante aux conditions concrètes d'existence des individus et à leurs interactions sociales. La vie dans la rue et les alternatives les plus fréquentes qui amènent les personnes sans chez soi à en sortir momentanément, pour y retourner ensuite, souligne combien la santé est souvent un facteur déterminant qui favorise la chronicité du cycle rue/foyer/prison/hôpital. Apporter des soins effectifs à des personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques avérés, ayant souvent une cooccurrence addictives, constitue actuellement un véritable parcours du combattant. L'approche par « un chez soi d'abord » simplifie de manière si radicale ce parcours qu'elle constitue une priorité d'action absolue.

Si des dispositifs spécifiques (insuffisamment développés et, surtout, mal coordonnés) rencontrent ces personnes et les accompagnent vers les dispositifs de soin de droit commun, en s'appuyant sur des pratiques d' « aller vers » et d'accompagnement global, toutes les expériences montrent, que les personnes sans abri, ont besoin d'un chez soi pour être soignées efficacement sur du long terme et se rétablir. Cet accès à des soins effectifs et de qualité est par ailleurs le moyen de sortir durablement voire définitivement de la rue. Il s'agit donc d'une stratégie « gagnant gagnant ».

La prise en charge des problématiques sanitaires (et de logement) des personnes sans chez soi apparaît donc emblématique des limites et de l'émiettement des politiques et programmes de lutte contre l'exclusion au sens le plus général. Il persiste une insuffisance de coordination et/ou un cloisonnement des stratégies, des lignes budgétaires et des pratiques qui se retrouvent à tous les niveaux d'organisation : du travail de rue aux ministères concernés, en passant par les territoires de programmation et d'action, du plus local au régional. Un des signes de ce cloisonnement est la difficulté récurrente du Ministère de la santé à s'inscrire dans une culture de santé publique qui prenne en les déterminants sociaux de santé via des politiques interministérielles (voir également à ce sujet le prochain rapport sur les inégalités sociales de santé du haut Conseil de la Santé Publique).

Ce cloisonnement - présent notamment entre les administrations centrales sanitaire (DGS) et sociales (DGAS) - risque de se retrouver au niveau régional avec la mise en place des ARS. Une stratégie énergique de décloisonnement entre les politiques sanitaires et les politiques de lutte contres les exclusions nous apparaît devoir impérativement être initiée – pour le bénéfice des populations les plus vulnérables –au moment où se réorganise, avec la mise en place des ARS, le pilotage des politiques de santé et l'organisation de l'offre de soins. Entre l'Etat et les collectivités territoriales, l'articulation des politiques et des actions en faveur de la santé des personnes sans chez soi nécessite une concertation et une collaboration renforcées. C'est, dans tous les cas, au niveau local que se déterminera l'efficacité des moyens mis en œuvre pour

tenter – enfin !- de leur apporter des conditions dignes et sures d'existence, de prévenir les impacts sanitaires du sans-abrisme et de prendre en charge les troubles psychiatriques et somatiques des personnes.

Objectifs

L'objectif général des recommandations de ce rapport peut se résumer d'une phrase : « plus de personnes malades à la rue ». Cet objectif nécessitera une stratégie en trois temps :

1. *A court terme* : tout d'abord accompagner les personnes actuellement à la rue en leur proposant simultanément un « chez soi » pérenne et un accompagnement individualisé gradué et contractualisé vers le soin.

2. *A moyen terme* : d'autre part, il est primordial d'endiguer le flux des personnes malades vers la rue. Deux flux sont à considérer en priorité :

- le premier est celui des personnes en rupture et se trouvant momentanément à la rue, non malades mais qui ont des risques important de le devenir. Il s'agit là de mettre en place une stratégie préventive de réduction des dommages liés à la vie à la rue

- Le deuxième est celui des personnes malades ou très vulnérables qui ont de sérieux risques de se retrouver à la rue (prévention des expulsions locatives, accompagnement des sorties d'hôpitaux, de prisons, des dispositifs d'aide sociale à l'enfance, notamment)

3. *A long terme* : bien entendu, cette stratégie n'a de sens que si elle s'accompagne d'un arrêt du flux global vers la rue (malades ou non) et d'un raccourcissement considérable des durées de vie « accidentelle » à la rue : d'où l'importance d'une politique intersectorielle et interministérielle élargie pour prévenir les ruptures de logement et raccourcir au maximum les délais de relogement (et pas seulement de ré-hébergement dans des conditions qui ne peuvent être que des pis allers dont il faut éviter au maximum la chronicité).

Recommandations

Nous proposons 5 recommandations principales. De notre point de vue, il y a urgence à agir mais à ne plus agir en urgence. Nous proposerons donc des mesures structurelles déclinées selon une organisation territoriale qui peut être, selon les situations et les effectifs de personnes concernées, à l'échelon communal (voire infra-communal pour les très grandes agglomérations) ou intercommunal.

1. Décloisonner les politiques sanitaires et réorganiser le système de soin

L'objectif est de permettre un accès à des soins effectifs qui améliorent la qualité de vie des personnes sans chez soi et qui va au-delà du simple règlement des désordres ponctuels dans le cadre de consultations itératives dans des services d'urgence.

Des nombreux programmes existent, souvent intelligents, parfois très performants faisant partie du système de droit commun ou relevant de dispositifs spécifiques, dont on peut s'inspirer. Mais, aujourd'hui, force est de constater qu'il manque les conditions favorables à la coopération et à la responsabilisation des différents acteurs et ce sont les plus malades et les plus vulnérables qui en payent le prix fort.

Les déterminants sociaux de santé, qui devraient être le fil rouge des politiques sanitaires, restent inconnus de la plupart des acteurs, dans leur complexité et leur étendue. La faible culture de santé publique de notre pays en est une explication. Le cloisonnement des ministères, des administrations centrales et décentralisées, et des pratiques des professionnels sanitaires et sociaux en est une autre.

Nous proposons donc de travailler sur l'existant en priorité, sans ajouter des dispositifs à une organisation complexe, selon 4 axes forts : la coordination, la médiation, le décloisonnement et l'animation, qui sont en réalité autant de fondements du travail de réseau. Il s'agit donc de mettre l'accent et les moyens sur une coordination opérationnelle et contractualisée des différentes offres de soins et de service en direction des personnes sans chez soi, dans une logique de territoire qui soit spécifiquement définie en fonction des réalités locales.

La coordination est particulièrement nécessaire entre public et privé, entre somatique et psychiatrique, entre intra et extrahospitalier. Elle est également nécessaire entre les dispositifs spécifiques (réduction des risques et des dommages, approches communautaires, EMPP, PASS, etc.) et les dispositifs généraux dans une volonté de décloisonnement des savoirs et des pratiques (nous y reviendrons dans le point suivant).

La médiation doit se développer entre les usagers et le monde soignant, car de nombreux malentendus et conflits perdurent. Il faut donner les moyens aux professionnels du soin de première ligne de travailler en réseau de proximité sanitaire et social : dossier patient, gestion des crises, traçabilité des parcours, délégation de tâches. Pour cela il faut s'appuyer sur l'existant partout où il est efficient : équipes mobiles de proximité, réseau santé précarité, maisons de santé, ateliers santé ville, etc.

Le lien entre la ville et l'hôpital devra être développé, les financements hospitaliers dédiés aux programmes « précarité » devront être sanctuarisés et faire l'objet d'un contrat d'objectif et de moyen dans le cadre des contrats de pôle.

Préconisations au niveau national :

- Initier une politique interministérielle guidée par les déterminants sociaux de santé, au premier rang desquels doit figurer – entre autres - la question du logement.

- Constituer un regroupement des compétences DGS/DGAS/DHOS/DSS sur cette question de la précarité. Il s'agit de créer un pôle au sein de l'administration centrale sur la question des déterminants sociaux de santé, ayant une activité forte ciblée sur les populations spécifiquement les plus vulnérables. Ce pôle assurera la continuité des politiques interministérielles en créant des liens durables avec les administrations des autres ministères.

Préconisations au niveau régional :

- Identifier, dans chaque ARS, une personne en charge de la santé des personnes sans chez soi, qui établisse des liens fonctionnels avec les responsables régionaux de l'action sociale et qui participe à la coordination et au suivi des « Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri » (voir infra).

- Les PRAPS (ou la nouvelle et future déclinaison des programmes régionaux de santé consacrée à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies) devront intégrer

spécifiquement et prioritairement les publics sans chez soi parmi l'ensemble des publics ciblés.

- S'assurer de la représentation des collectifs de personnes sans chez soi dans les nouvelles Conférences régionales de la santé et de l'autonomie prévues dans la loi HPST

Préconisations au niveau territorial :

- Favoriser et développer des contrats locaux de santé déclinés spécifiquement pour la prise en charge des personnes sans chez soi dans tous les territoires concernés. Généraliser dans les territoires concernés des « Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri ». Ces groupements seront le « bras exécutif » des contrats locaux de santé publique précédents dans chaque territoire.

    - Chaque groupement local est responsable de :
        - l'évaluation du nombre de personnes sans chez soi présentes sur son territoire,
        - l'évaluation de leurs besoins sanitaires et sociaux,
        - leurs prises en charge sanitaires et sociales,
        - leur accompagnement vers un logement pérenne.
    - Il s'agit d'un GIP, possédant une personnalité juridique et disposant d'un budget propre, dans le cadre d'une déclinaison pour les personnes sans chez soi des contrats locaux de santé prévus par la loi.
    - Il contractualise avec les différents partenaires présents sur son territoire de responsabilité, notamment :
        - les hôpitaux (et tous leurs services, notamment les Urgences, les PASS, les consultations externes mais bien entendu l'ensemble de l'hospitalisation)
        - les équipes mobiles de proximité
        - les maisons d'accueil, de liaison et d'accompagnement
        - le secteur psychiatrique
        - la veille sociale départementale
        - les services d'hébergement d'urgence
        - les associations
    - Outre les élus, les représentants de l'Etat et les partenaires contractuels, il associe à son pilotage et à son évaluation les partenaires suivants :
        - les associations de quartier
        - des représentants des professions de santé libérales : médecins généralistes et pharmaciens d'officine
        - les représentants de l'Etat (DDASS)
        - le coordonnateur de la veille sociale départementale
        - les coordonnateurs ASV quand ils existent
        - la police
        - les bailleurs sociaux

- Il associe également et systématiquement des représentants des personnes sans chez soi. Leur nombre doit être significatif. Il doit s'agir de personnes ayant été sans domicile et/ou connu des situations d'extrême précarité.
- L'évaluation de ses activités est systématique et indépendante. Elle fait l'objet d'un financement spécifique et conséquent, et d'un cahier des charges minimal qui sera préalablement défini
- Il est fortement incité à faire appel à des personnes ayant une expertise dans le domaine de l'évaluation : médecin de santé publique, chercheurs, spécialistes de la recherche action participative, etc.
- Un objectif prioritaire sera d'analyser les freins à l'accès aux soins et à l'hébergement effectifs des personnes sans-abri.
- Des rencontres annuelles régionales et nationales devront permettre des échanges et une mutualisation des savoirs. Chaque année un compte-rendu détaillé des résultats les plus significatifs de l'évaluation sera publié et largement diffusé.
- A moyen terme, une coordination nationale devra produire des guides de bonnes pratiques entre partenaires et avec les personnes usagères. Les membres de cette coordination nationale seront issus des groupes locaux, et respecterons une représentation importante des usagers.

- Par ailleurs, Les personnes sans chez soi doivent être incluses dans la démarche des Ateliers Santé Ville dans tous les territoires concernés

Dans chaque hôpital :

- Regrouper dans chaque établissement hospitalier public (ou participant au service public) toutes les activités afférentes à la prise en charge des publics « en situation de précarité ou de vulnérabilité » et recevant un financement « MIG » dans un même pôle d'activité qui définisse, formalise, coordonne et évalue l'ensemble des actions conduites.

- Développer au sein des établissements la création des cellules socio-administratives pour le recouvrement des droits, la détection des situations de non droit et l'information des patients.

- Etablir des conventions entre les hôpitaux et les CPAM pour une ouverture de droit en urgence pour toutes personnes ayant des droits potentiels.

- Ce pôle sera un pôle médico-technique et pourra se nommer « pôle santé société ». Il aura pour mission en particulier de:
  - garantir la qualité et la continuité des soins dans le respect des droits du patient
  - fédérer les dispositifs spécifiques (PASS, PASS mobile ou EMPP, cellules socio-administratives), les services de soins de premier recours (urgences somatiques et psychiatriques), le service social
  - développer et évaluer des actions innovantes en lien avec la ville, utilisant des approches de santé communautaire (rechercher action). L'évaluation des dispositifs innovants des pôles santé société pourra être soutenue par les crédits PHRC, aux conditions d'excellence scientifique habituelles.

- conventionner avec les dispositifs d'aval sociaux et médico-sociaux (en particulier les LHSS).
- garantir un financement dans le cadre des budgets MIG pour les évaluations.

- Mettre en place un repérage systématique des situations de sans-abrisme sur les urgences hospitalières : protocole d'alerte et formation des IAO.

- Mettre en place dans chaque établissement hospitalier public (ou participant au service public) une « équipe de liaison médico-sociale » qui pourra - à la demande des services et dès l'entrée du patient - assurer une évaluation médico-psycho-sociale de sa situation et proposer des stratégies d'accompagnement le temps des séjours et pour la sortie. Cette équipe, connaissant la personne dans son environnement de vie assurera une fonction de médiation en intra hospitalier.
  - Le travailleur social affecté dans cette équipe sera le référent social unique des patients sans chez soi ainsi détectés et pris en charge dans le cadre d'un accompagnement global.
  - Ces équipes de liaison devront faire partie intégrante – d'un point de vue fonctionnel- des équipes mobiles de proximité (voir infra).
  - D'un point de vue budgétaire, de telles équipes de liaison devraient être financées au titre des missions d'intérêt général de l'hôpital.

2. Coordonner et articuler les accompagnements somatiques, psychiatriques et sociaux

Réduire les flux

Se retrouver à la rue est le plus souvent le fruit d'une intrication de facteurs sanitaires et sociaux. Toute tentative de réduction des flux doit s'appuyer sur une articulation et un tuilage entre médical et social. De même, l'amélioration de la prise en charge sanitaire des personnes sans chez soi passe, au vu de la fréquence des comorbidités dont elles souffrent, par une intégration des soins psychiatriques et somatiques.

- Il s'agira donc de travailler sur les flux entrées et sorties des dispositifs dont la fréquentation constituent des moments à risque dans la trajectoire biographique qui conduit à la perte du logement ou qui constituent des occasions manquées d'un véritable retour à un logement pérenne, notamment (dans certains cas qu'il s'agit de détecter systématiquement) : l'hospitalisation, l'incarcération, l'aide sociale à l'enfance… et, bien entendu également, l'hébergement d'urgence ou de réinsertion.

L'incarcération des personnes malades n'est pas souhaitable.

- Nous préconisons donc de développer des programmes expérimentaux d'évitement à l'incarcération en créant un partenariat contractualisé entre la psychiatrie (les EMPP, les SMPR, les urgences psychiatriques et les services hospitaliers), les services pour les addictions (les CARUD en particulier), les services de justice et les services de police. Ces programmes et leur contractualisation pourront se discuter dans les conseils locaux en santé mentale. Un financement spécifique, issu de plusieurs enveloppes (santé, logement, justice, police) sera évidemment nécessaire à envisager

- Ces programmes auront également comme mission de former les différents intervenants aux pratiques nécessaires à l'accompagnement de ces publics, ils devront donc faciliter les transferts de compétences et de savoir-faire entre les différents professionnels qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble.

Pour les enfants et les adolescents bénéficiant de l'aide sociale à l'enfance :

- Il est nécessaire d'organiser une continuité dans le suivi et l'accompagnement au delà de l'âge limite actuel des dispositifs pour prévenir les risques de se retrouver à la rue.

Pour les sorties d'hospitalisation, cette détection et cet accompagnement feront partie des missions des équipes de liaison médico-sociale que nous préconisons ci-dessus.

- Une attention particulière est à avoir pour les personnes vieillissantes avec des vulnérabilités sociales lors des hospitalisations longues.

Plus généralement, dans la logique du droit au logement, les conditions légales des expulsions doivent mieux prendre en compte le risque social de basculer dans l'itinérance et le sans-abrisme, en particulier :

- Les personnes ne doivent plus pouvoir être expulsées si leur situation financière, familiale, sociale ou d'emploi les place à haut risque de se retrouver sans domicile fixe, à moins qu'une solution alternative d'un « chez soi » pérenne ne soit trouvée.

- Les expulsions de personnes présentant de graves problèmes de santé doivent obligatoirement faire l'objet de mesures spécifiques préalables prenant en compte les besoins de soins des personnes. Un accompagnement comprenant la mobilisation d'une équipe de soins de proximité doit être systématique.

Soigner en proximité

La généralisation des dispositifs qui vont à la rencontre des personnes sans abri nous semble une priorité, à la condition que ces dispositifs soient non seulement mieux coordonnés entre eux (voir supra, la coordination territoriale des intervenants) mais, surtout, proposent une offre de services intégrée : psychiatrique, somatique et social.

- Nous préconisons donc d'élargir – là où elles existent - les missions des EMPP aux soins somatiques. Il n'est pas justifié que ces équipes restent uniquement des acteurs de santé mentale alors que la majorité des personnes rencontrées ont des problèmes somatiques.

- Les EMPP doivent devenir en pratique des « Equipe de soins de proximité » (ESP) pour les personnes sans chez soi, dont la population cible et les modalités du travail de proximité soient clairement définies dans un cahier des charges précis.

- Ces ESP doivent être généralisées dans tous les territoires où vivent des personnes sans chez soi.
    - Elles doivent regrouper, partout où elles existent, les équipes mobiles sociales et de santé, les PASS mobiles, les EMPP, ou tout autre équipe de maraude sanitaire et sociale à financement institutionnel.

- Ces ESP doivent être pluridisciplinaires et associer une offre de soins sociaux et sanitaires. Elles doivent être composées de professionnels de la santé généralistes, de professionnels de la santé mentale, de travailleurs sociaux et de travailleurs pairs. Elles doivent privilégier une approche de santé communautaire et intervenir au plus près des personnes en besoin (à la rue, dans les foyers, les squats, les habitats de fortune, etc.).
- Quand elles sont portées par des établissements de santé, elles doivent être financées - au moins pour partie - dans le cadre des MIG (« PASS mobile ») et s'articuler avec les autres dispositifs « MIG précarité » comme recommandé au chapitre précédent. La mise à disposition de personnel hospitalier dans le cadre de ces ESP sera favorisée.
- Les ESP doivent avoir des partenariats fonctionnels, diversifiés, avec un bas seuil d'exigence associés à un haut seuil de compétences sur l'hébergement et le logement. A cet effet des conventions seront signées.
- Leur activité est rigoureusement évaluée. L'obligation d'évaluation est inscrite dans leur cahier des charges. Leur déploiement, le bilan de leurs activités et la mise en commun de leurs expériences est conduit annuellement et conjointement par la DGS et la DGAS.

En ce qui concerne spécifiquement les soins psychiatriques, nous préconisons :

- La production de guides de bonnes pratiques pour l'accompagnement des personnes sans chez soi qui ont des troubles psychiatriques. Il s'agira par exemple de proposer des règles simples et effectives de sectorisation pour les personnes sans chez soi en privilégiant la proximité.

- La définition et la contractualisation de l'articulation entre les urgences psychiatriques, les urgences générales et les équipes de soins de proximité.

- Le développement des expériences qui offrent de véritables alternatives à l'hospitalisation sous contrainte pour les personnes sans chez soi. Il existe en effet plusieurs alternatives qui sont complémentaires, bien plus qu'elles ne s'excluent pas : équipes mobiles, équipes de crise sur le modèle ERIC, soteria house, familles d'accueil post-urgence, programme expérimental d'habitat bas seuil permettant l'hospitalisation à domicile pour des sans domicile.

La constitution et la généralisation des conseils locaux en santé mentale nous apparaissent une idée pertinente. De notre point de vue, ils devront être étroitement associés aux Groupements locaux de santé pour les personnes sans chez soi que nous préconisons par ailleurs (voir supra).

Développer une fonction support de la médecine libérale et de la médecine de ville

- Nous recommandons la création de « Maisons d'accompagnement, de liaison et de suivi sociosanitaire » (MALISS) dans chaque territoire pertinent (ceux des Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri). Elles auront pour fonction l'accompagnement, le lien, le suivi et la coordination des soins pour les personnes sans chez soi. Elles assureront une fonction d'accueil téléphonique et d'accueil physique.
    - Une MALISS est à la fois une plate-forme d'orientation vers un professionnel sanitaire pour les acteurs sociaux et une plate-forme d'orientation vers les acteurs sociaux pour les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes et les médecins libéraux. Elle permet d'assurer un accompagnement sanitaire et social ambulatoire (dissocié de l'hébergement et/ou de l'habitat) pendant le temps qui est nécessaire à la personne pour retrouver ses capacités d'autonomie.
    - Les MALISS pourront être sollicitées par les médecins libéraux et les travailleurs sociaux, à qui elles apporteront un soutien pour la prise en charge des personnes sans chez soi : regroupement des éléments du dossier médical, gestion des situations de crise, organisation de l'hospitalisation, accès aux droits, etc. Cette fonction de suivi sanitaire et social les différentie des structures de veille sociale qui ont une fonction de premier accueil.
    - Pour les orientations sociales, elles travailleront en coopération étroite avec le 115 et les UTAMS.
    - Pour les orientations sanitaires, elles mettront en place des conventions avec le pôle santé société hospitalier, les LHSS, les établissements médico-sociaux. Ces conventions seront identifiées dans le cadre du groupement local de santé publique. Une attention particulière sera portée vis-à-vis des urgences hospitalières générales ou psychiatriques.
    - Le personnel pourra être détaché des institutions territoriales (hôpital, CCAS, CPAM, …) et/ou des collectivités territoriales (mairie, conseil général…), dans le cadre de conventions ad hoc.
    - Ces maisons comprendront des travailleurs sociaux (éducateurs, AS), des infirmiers (qui pourront y travailler dans le cadre de protocoles de transferts de compétences avec prescriptions médicales prévus par la loi), des travailleurs pairs. La coordination sera assurée par un médecin qui veillera au respect des protocoles de coordination des soins, garantira la prise en charge dans le cadre des règles de déontologie et des bonnes pratiques médicales et sociales.
    - La prise en charge des personnes sans chez soi se fera dans le cadre d'un contrat d'accompagnement individualisé tripartite. La stratégie de soin sera envisagée avec la personne et mise en place à son rythme. Les accompagnements et la coordination se feront en lien étroit avec les équipes mobiles de proximité.
    - Le personnel intervenant sur les équipes mobiles et les MALISS pourra être mutualisé afin de pouvoir intervenir sur les deux structures. Ceci réduira le morcellement des prises en charge.
    - Elles constitueront également un lieu ressource de formation et d'échanges de pratiques pour les professionnels et un observatoire pour l'accès aux soins des sans chez soi sur le territoire susceptible d'exercer une fonction de veille sanitaire et sociale.

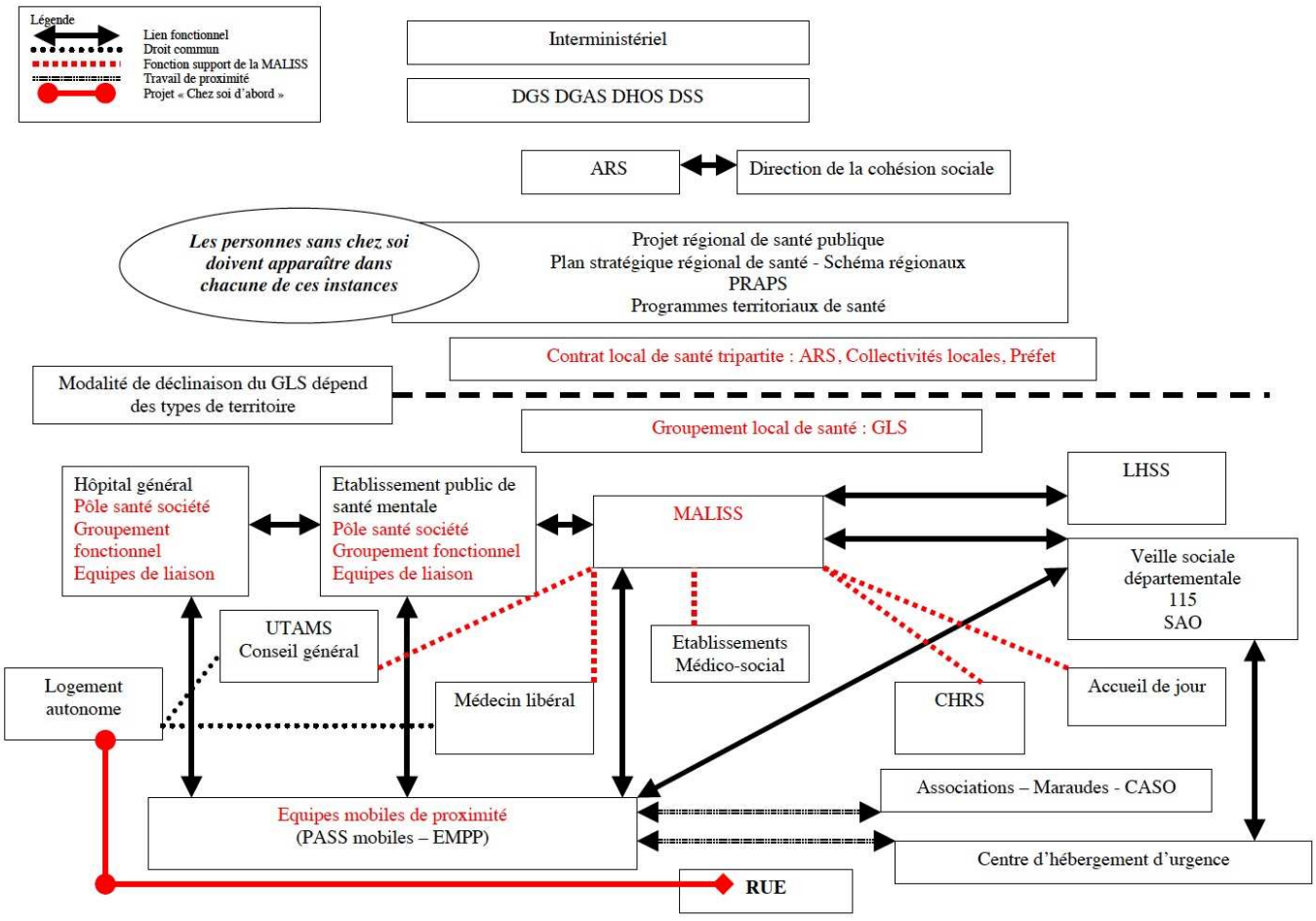
Prendre en compte les particularités des territoires ruraux

- Intégrer les communes de moins de 20000 habitants dans les enquêtes concernant les personnes sans chez soi.

- Favoriser - via les ARS - les coopérations à l'échelle départementale entre les établissements de santé, les institutions (dont la MSA) et les services sociaux du conseil général. Y développer des projets visant à réduire conjointement les inégalités territoriales et sociales de santé.

- Favoriser le développement d'unités mobiles plurisectorielles ou de PASS mobiles en zone rurale.

Figure 7. Schéma général des dispositifs préconisés et articulations avec ceux existants



3. Utiliser les compétences des personnes et développer de nouvelles pratiques professionnelles

Les lois de 2002 et 2005 ont introduit la question de la participation des usagers comme acteurs du système de santé. C'est exprimé alors une volonté de construire des fondements solides au projet de démocratie sanitaire. La question des personnes sans chez soi (par ce

qu'elle révèle, par la marge, des déterminants des inégalités sociales de santé qui affecte l'ensemble du corps social) est une bonne manière d'aborder ces questions. Aujourd'hui cette participation n'est pourtant que très peu effective, faute de changements structuraux et d'émergence et de partage de pratiques professionnelles encore minoritaires et peu visibles. Plus largement, il nous semble important que la santé communautaire s'inscrive comme une réponse à promouvoir dans les creux et les vides laissés par l'offre de soin classique. Son inscription dans la loi de santé publique est une des étapes nécessaire au développement de cette approche. De même, en ce qui concerne la loi de santé mentale, l'intégration de la dimension communautaire dans toutes ses ramifications est le prolongement logique de la loi sur le secteur et les évolutions récentes dans le champ de la santé mentale concernant la place des usagers comme acteurs.

Il s'agit dès lors de développer des expérimentations qui fassent émerger de nouveaux programmes de santé communautaire conduits avec et auprès des groupes de personnes sans chez soi, rigoureusement évalués et dont les expériences soient capitalisées.

Une approche complémentaire mérite, elle aussi, d'être développée auprès des publics sans chez soi : celle de la réduction des risques et des dommages. Il s'agirait de faire de cette approche une règle générale de fonctionnement des différents dispositifs spécifiques sanitaires et sociaux s'adressant aux personnes sans abri, et notamment de :

- Développer des programmes expérimentaux de réduction des risques et des dommages avec les personnes vivant dans la rue dans une logique de santé communautaire, associant l'ensemble des acteurs concernés, professionnels spécialisés, acteurs de proximité, patients et proches.

- Favoriser l'expérimentation de dispositifs locaux, mettant en réseaux les projets et services de première ligne existants (usage de drogue, précarité, prostitution, jeunes en errance, squatters, etc.) avec une offre de services supplémentaires telle que l'accès à un chez soi, l'accès aux lits et aux consultations de psychiatrie ainsi que des consultations sociales avancées dans le contexte de vie

- Développer les politiques de réductions des risques dans le champ de la santé mentale par le biais de la question des comorbidités psychiatriques. Il s'agira entre autre de former tous les professionnels de santé mentale, dans les cursus généraux, à la réduction des risques et des dommages.

- Mais également de systématiser les programmes de réduction de risques et des dommages dans les prisons.

Les travailleurs pairs constituent un paradigme à la fois de la question de la participation des usagers et de certaines de ces nouvelles pratiques. Issus de la population cible des projets, ils ont comme compétence nouvelle celle de faire médiation entre population spécifique et dispositifs généraux. De par leur histoire ils décloisonnent également un monde professionnel souvent artificiellement situé hors du champ de leur propre action. Pour le dire autrement, la culture professionnelle dominante pousse les acteurs à « avoir la bonne distance » avec les « usagers ». Cette bonne distance se traduit souvent par « une grande distance », alors même que la proximité à la fois géographique, sociologique et existentielle est tout aussi pertinente.

Si la création d'un nouveau métier semble être une question qui mérite des expérimentations préalables, l'utilisation des compétences dites « profanes » (mais qui nous paraissent au

contraire essentielles) nous semble être beaucoup moins questionnable. Il est en effet nécessaire de reconnaître les compétences variées et multiples des acteurs qui, au quotidien, créent de nouvelles réponses. Le savoir tiré de l'expérience est un savoir qui, dans un certain nombre de cas, va nourrir le savoir institué et le transformer.

La médiation, la coordination, le décloisonnement, et l'animation sont autant de nouvelles pratiques, issue du terrain, qui modifient le système dans son ensemble. Il s'agit de reconnaître, évaluer et valoriser ces nouvelles façons de travailler. Nous préconisons ainsi de :

- Développer des programmes expérimentaux intégrant des travailleurs pairs issus de la population sans abri

- Créer une formation diplômante et un statut pour les « travailleurs pairs » dont une mission « d'accompagnant médico-psycho-social » assurera le suivi des personnes sans chez soi, notamment en amont et en aval de leur stabilisation dans une structure d'hébergement.

- La présence de médiateur de santé, issu de la population cible, est également une solution nécessaire dans les urgences ayant une forte activité d'accueil de ces publics

Au niveau national et européen :

Il s'agira de favoriser l'émergence de groupe d'intérêt et d'entre aide de personnes sans abri sous forme associative autour des questions de santé et de ses déterminants sociaux, et en particulier de :

- Financer la formation et l'accompagnement des associations et des individus à l'activité de la représentativité. Il faudra dans ces formations avoir un focus sur la question de la précarité et des personnes sans abri, et son articulation avec la problématique plus large des inégalités sociales et territoriales de santé.

- Nous proposons également comme piste de réflexion le soutien à la création d'un centre ressource européen (constitué en réseau et à l'initiative de la France) qui capitalise le savoir national et international tiré de l'expérience sur la question du sans-abrisme. Un tel centre signerait une volonté politique nationale - en même temps qu'il l'enrichirait (au-delà d'un simple rapport ponctuel comme celui-ci, qui vient à la suite de beaucoup d'autres !…) - d'intégrer ces savoirs, de diffuser ces expériences et d'impulser des actions à un niveau européen.
    - Un tel centre ressource pourrait être constitué, dans un premier temps, avec l'objectif de mettre en place un projet expérimental de travailleur pair/médiateur de santé, sur un nombre limité de villes en France et dans une approche de recherche-action, co-construite avec trois types d'acteurs (associations d'usagers, professionnels et chercheurs).
    - Ce centre pourrait également se voir confier la réalisation et l'édition d'un guide des bonnes pratiques pour la prise en charge des personnes sans chez soi, en collaboration avec les agences sanitaires existantes (notamment la HAS).
    - Ce centre ressource pourra, de plus, proposer des formations aux personnes concernées permettant l'*empowerment*, la lutte contre les violences, les discriminations et les atteintes aux droits et à la dignité.

Au niveau local

- Il est nécessaire d'élargir les missions des groupes d'entre aide et d'auto-support à la question de l'accès à la citoyenneté et de la défense des droits. Pour cela il faut par exemple interpeller la justice afin que les associations d'usagers puissent être formées aux droits juridiques des patients.

- Les associations doivent être des entités fondatrices des groupements locaux de santé préconisés ci-dessus. Elles doivent être des acteurs importants et incontournables des diagnostics locaux comme elles doivent être impliquées dans la coordination opérationnelle locale.

En termes de formation et de pratiques professionnelles de l'ensemble des intervenants auprès des personnes sans chez soi, nous préconisons de :

- Former les professionnels de terrain de la police nationale, de la gendarmerie, des polices municipales, de la sécurité civile à l'accompagnement des personnes sans abri les plus vulnérables : prévention des agressions, travail en réseau avec les équipes de maraudes et les équipes mobiles, réception des plaintes des personnes victimes de violence et de discrimination, etc.

- Mettre en place des campagnes d'information et de sensibilisation sur les violences dont font l'objet les personnes sans chez soi. Ces campagnes informeront également des droits et des compétences acquises par ces personnes.

- Intégrer dans l'accompagnement des personnes sans chez soi des groupes de parole collectifs autour des phénomènes et des motifs de discrimination et de violence.

- Offrir aux personnes sans abri des formations individuelles et collectives leur permettant de mieux se défendre face aux différentes violences qu'elles rencontrent.

En ce qui concerne plus spécifiquement les pratiques médicales et les pratiques professionnelles dans les lieux de soins :

- Définir des protocoles et des fiches de liaison médico-sociales pour la prise en charge des personnes sans chez soi, permettant une meilleure articulation entre le sanitaire et le social, utilisables aussi bien en milieu hospitalier qu'en ville, par tous les intervenants que nous avons cités (équipes de liaison médico-sociales, équipes de soins de proximité, maisons d'accompagnement, de liaison et de suivi sociosanitaire, PASS, etc.) et dans toutes les structures d'hébergement est une pratique qui doit être généralisée.

- Inscrire dans la formation initiale des professionnels de santé (médecins et infirmiers) un module obligatoire sur le soin des personnes sans chez soi.

- Intégrer une formation spécifique des pharmaciens d'officine, dans leur cursus universitaire, sur la santé des personnes sans chez soi.

- Sensibiliser les pharmaciens d'officine à la prise en charge des personnes sans chez soi en incluant une formation spécifique dans les programmes de formation continue.

- Ces formations doivent également être proposées dans les écoles de formation des préparateurs en pharmacie.

- Les personnes sans domicile doivent être comme les autres informées des droits des malades et notamment de la possibilité de porter réclamation auprès de l'hôpital si elles jugent que leur accueil et leur prise en charge ont été déficients.

- Nous recommandons, comme l'a déjà préconisé la Halde, d'autoriser expressément, par décret, les particuliers et les associations agissant dans le domaine de la santé ou de l'action sociale auprès des personnes sans chez soi à saisir les chambres disciplinaires et les sections des assurances sociales des Ordres.

4. Loger d'abord et revoir les conditions de l'urgence et de la réinsertion

Les hébergements d'urgence et les structures de stabilisation et de réinsertion

- Les critères d'entrée de ces différents dispositifs doivent être absolument redéfinis afin d'abaisser le seuil d'inclusion. Il s'agit pour cela de revoir les règles, « dénormer » les programmes et les réadapter aux modes de vie des populations cibles afin qu'elles puissent y être soignées.

- La stabilisation de l'état de santé mentale et/ou l'abstinence comme pré requis à l'hébergement constituent des « machines à exclure » tant que n'existent pas en quantité suffisante des solutions de logement de stabilisation.

- Pour les femmes sans chez soi, des lieux de « l'entre soi » devraient être créés dans les principales villes françaises pour que les femmes puissent s'y retrouver entre elles. De tels lieux devrait de travailler avec les femmes sur l'intimité, le soin de soi, le réapprentissage de pratiques basiques liées à la famille et à l'enfance (la cuisine, les repas pris ensemble), la réappropriation de la féminité, la sexualité, la prévention et la prise en charge des violences qui leur sont faites.

La création des lits halte soins santé dont le principe d'action repose sur « pas de santé sans toit » a montré l'importance du maillage entre sanitaire et social mais ils ne répondent pas, bien entendu, à tous les besoins.

- Il manque selon nous un maillon qui améliorerait ce tuilage : une solution habitat thérapeutique semi collectif, en partie autogéré, permettant à la fois l'hospitalisation à domicile et l'*empowerment* des individus à travers l'expérience collective. L'autonomie de vie n'est pas une capacité innée. C'est bien un capital social qui se construit et dont certains sont dépourvus. Ces dispositifs, parce qu'ils apportent un étayage collectif, permettent aux sans chez soi d'avoir un rôle social positif.

Ces dispositifs pourraient relever du cadre général des maisons relais en y associant des co-financements sur la partie « médico-sociale » en particulier pour la prise en charge des personnes vieillissantes à la rue ou les personnes avec handicap. Un rapprochement avec la CNSA est souhaitable.

En ce qui concerne les lieux d'hébergement, notamment d'urgence et de réinsertion, outre l'abaissement du « seuil d'admission » que nous avons évoqué précédemment, nous préconisons également les mesures suivantes :

- Les grandes UHU doivent être fermées progressivement et remplacées au fur et à mesure par des petites structures, mieux intégrées dans le paysage urbain.

- Les personnes accueillies doivent pouvoir rester dans la journée, avoir une place stable et être logées en chambre unique.

- Rendre obligatoire le développement d'une « charte de la personne hébergée » dans tous les lieux d'hébergement. La définition de cette charte, propre à chaque lieu, se fera systématiquement avec les personnes hébergées et sera affichée et communiquée à tous les hébergés. Elle sera discutée et re-négociable en permanence, dans un processus participatif.

- Augmenter l'utilisation des compétences des personnes dans le fonctionnement des lieux d'hébergement.

Un chez soi d'abord

« Un chez soi d'abord » (ou *housing first* en anglais) constitue un modèle innovant et relativement récent en matière de politique sociale destiné à apporter une réponse efficace au problème des personnes sans-abri. Cette démarche part d'un constat partagé par nombre de professionnels de la santé et du social qui interviennent auprès des personnes sans chez soi et particulièrement auprès de celles sans domicile fixe. Ce n'est pas seulement d'un toit dont ont besoin les personnes pour se rétablir et aller mieux, mais d'un « chez soi », intégré dans la cité, qui procure intimité, sécurité et stabilité… bref, un véritable logement comme tout un chacun, et pas seulement un hébergement ou un abri. De façon prioritaire, les personnes sans chez soi durablement installées à la rue, ou présentant des pathologies psychiatriques ou somatiques chroniques, ne doivent plus relever durablement des dispositifs d'urgence sociale. Les principes du « chez soi d'abord » sont les suivants :

1. Un accès immédiat à un logement permanent pour les personnes sans-abri durablement à la rue et présentant des troubles mentaux, sans préalable ni exigence quant à leur sobriété ou à leur consommation de substances ;

2. L'assurance que les gens qui ont été aux prises avec la maladie mentale et l'itinérance participent à la planification et la prestation de toutes les formes de soutien ;

3. La réduction des dommages liés à la vie dans la rue, à la consommation d'alcool et de drogues. Il s'agit bien de diminuer les préjudices causés par les consommations et non d'exiger l'abstinence.

4. Un suivi adapté aux besoins de chaque personne mené par une équipe pluridisciplinaire de traitement communautaire, mais également divers services permettant ainsi aux personnes qui n'ont pu profiter des méthodes traditionnelles de prendre part au programme.

- Nous proposons un programme expérimental national sur 5 sites sur 4 ans, qui s'inspire du programme « sans chez-soi » du Canada, en tentant compte des réalités françaises, bien différentes, tant d'un point de vue culturel qu'organisationnel et politique.

5. Promouvoir la recherche et l'évaluation

La recherche et l'évaluation sur la question du sans-abrisme doivent être fortement impulsées dans 3 directions : la connaissance des publics sans chez soi, la recherche action et l'évaluation des dispositifs (actuels et à venir).qui leur sont destinés.

Connaître les personnes sans chez soi

Le premier obstacle pour développer des actions en direction des personnes sans chez soi, les coordonner, puis mesurer leur impact est le manque de données et de connaissances récentes sur ces populations. Après une période féconde de recherche soutenue sur la question du sans-abrisme au tournant des années 1990-2000, ce thème nous apparaît moins investi aujourd'hui. Pourtant, aucun de ses déterminants macro et microsociaux ne s'est amélioré, les caractéristiques de ces populations ont changé , leurs conditions de vie (ou de survie), leur santé, leurs trajectoires, les ressources et savoir-faire qu'elles mobilisent restent mal connues.

De notre point de vue, il est indispensable que des enquêtes locales soient de nouveau initiées. Nous avons recommandé plus haut qu'un tel travail figure dans les priorités et les responsabilités des Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri.

- Conduire des enquêtes locales, comparatives et reproductibles dans les territoires concernés, pour estimer leur nombre, leurs principales caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, leurs parcours, leurs ressources et leurs attentes.

Un autre maillon faible pour la recherche et le suivi des politiques de santé en direction des personnes sans chez soi est l'absence de caractérisation des conditions de logement (ou d'absence de « chez soi ») dans les systèmes d'information en santé. Une telle caractérisation nécessite le développement d'un outil de recueil des conditions de logement qui soit rapide, synthétique mais systématique, auprès de l'ensemble de la population (et pas seulement auprès des personnes sans chez soi plus ou moins repérées et visibles).

- Les conditions de logement doivent être renseignées systématiquement dans les systèmes d'information hospitaliers (notamment le PMSI, les systèmes d'information aux Urgences, les systèmes d'information des PASS) pour pouvoir décrire les situations des personnes sans chez soi et les comparer à celles de la population générale.

- Les conditions de logement doivent être également renseignées dans un plus grand nombre de systèmes de surveillance et d'alerte, notamment : le système de surveillance syndromique développé par l'InVS, la surveillance de certaines maladies à déclaration obligatoire, la surveillance des causes de décès.

- De la même façon, les conditions de logement doivent pouvoir être analysées parmi les bénéficiaires des prises en charge pour affection de longue durée (ALD).

- A partir de ces données (et de celles réunies dans les enquêtes locales), un tableau de bord annuel de l'état de santé et de la prise en charge sanitaire des personnes sans chez soi devrait être réalisé au niveau national et cette obligation inscrite dans la loi.

Développer la recherche action

Le maillon faible de la recherche en France est celui de la recherche-action, faute, en particulier, de savoir impulser, promouvoir, soutenir et valoriser le rapprochement entre la recherche (notamment publique) et les acteurs de terrain. Deux leviers peuvent être utilisés. Il s'agit d'abord de procurer aux acteurs de terrain (notamment aux professionnels de la santé et aux travailleurs sociaux) un minimum de formation et de connaissances non seulement sur les techniques de l'évaluation et de la recherche, mais également sur les principes et les paradigmes de la recherche en santé publique et de la recherche en sciences humaines et sociales. Il s'agit également de valoriser – enfin et vraiment - cette activité dans l'évaluation des structures de recherche et des personnels de la recherche.

- Développer la formation à la recherche – notamment à la recherche en santé publique et à la recherche en sciences sociales – des acteurs.

- Des appels d'offres devront permettre de développer la recherche-action et la recherche participative au titre de la lutte contre les inégalités de santé.

- Les universités et les EPST (l'Inserm notamment, dont le Ministère de la santé est une des cotutelles) doivent s'impliquer en tant qu'opérateurs dans ces champs en créant de partenariats de recherche locaux avec les acteurs qui prennent en charge les personnes sans chez soi et, plus largement, les personnes en situation précaire.

L'autre point capital est celui de la place des usagers dans ces processus et plus précisément de ce que l'on appelle la recherche participative et/ou la recherche communautaire. Si la recherche participative s'est surtout développée dans la recherche-action, elle peut très bien se développer dans d'autres modes opératoires et d'autres approches de la recherche.

- Promouvoir la participation des personnes concernées à tous les stades des recherches : de son élaboration à la diffusion de ses résultats.

Evaluer les dispositifs, les programmes et les politiques

L'objectif premier de l'évaluation doit être, pour nous, de construire ou de consolider une culture de l'analyse des pratiques en répondant à la question : « que faisons-nous et pour répondre à quels besoins ? ». Il s'agit bien, in fine, d'adapter (et de réadapter régulièrement) les actions aux besoins et aux capacités des personnes, de coproduire avec elles des solutions, plutôt que de tenter de tenter de les adapter aux catégories, aux règles, aux dispositifs prédéfinis (même avec les meilleures intentions !). En regard, le souci – pour ne pas dire l'impératif – d'évaluation des actions innovantes nécessite également, pour la puissance publique, de se questionner sur la capacité de changement de ses propres institutions.

Ainsi, l'objectif général du projet, la façon dont il est défini et s'inscrit vis-à-vis de l'ensemble des besoins des personnes ciblées et la façon dont il s'articule avec les autres dispositifs doivent être systématiquement interrogés. Cette première étape de l'évaluation passe bien entendu à la fois par un état des lieux des offres en présence mais également – et surtout – par la parole et le témoignage des usagers, et donc par une démarche participative au sens d'une évaluation coproduite par toutes les parties prenantes.

- Systématiser l'approche participative dans l'évaluation des actions et dispositifs mis en œuvre pour les personnes sans chez soi.

L'évaluation comporte aussi des risques, notamment la tentation de la normalisation stérilisante, l'étouffement de l'innovation, ou encore la démotivation des acteurs. Ces risques sont loin d'être négligeables, surtout si des ressources propres ne lui sont pas dédiées dès le début d'un projet.

- Dédier des ressources propres (notamment budgétaires) à l'évaluation, dès la mise en œuvre des actions.

La situation des personnes sans chez soi est suffisamment préoccupante et spécifiquement urgente pour que l'évaluation des dispositifs actuels et à venir qui leur sont destinés doive nécessairement concilier les deux aspects de l'évaluation en même temps, à savoir une recherche évaluative et une évaluation pragmatique. Nous n'opposons pas, par principe, la recherche quantitative et la recherche qualitative mais préconisons, en revanche, de privilégier les *designs* d'étude les plus aptes à démontrer le bien-fondé et l'efficacité des actions. Même si elles sont plus habituelles dans le champ sanitaire (somatique) que dans celui de l'action sociale (et de la santé mentale !) et qu'elles peuvent, de ce fait, rencontrer des résistances fortes de la part de certains intervenants auprès des personnes sans chez soi, on tentera donc de privilégier des approches systématiquement comparatives de type ici/ailleurs, avant/après ou – dans le meilleur des cas – de type contrôlé « avec/sans ».

- Concilier au maximum recherche évaluative et évaluation pragmatique des actions et dispositifs mis en œuvre pour les personnes sans chez soi.

Tables des figures et tableaux

Figure 1. Typologie des trajectoires d'hébergement un mois donné. 9
Figure 2. Prévalence de certaines maladies déclarées chez les personnes sans domicile selon la durée passée dans la rue 16
Figure 3. Les conditions nécessaires aux soins 64
Figure 4. L'*empowerment* individuel, organisationnel et communautaire..... 129
Figure 5. Les différentes structures selon le mode de financement. 141
Figure 6. Typologie selon le type de prestation sur la durée..... 142

Tableau 1. Le nombre de personnes non ou très mal logées 10
Tableau 2. Données de l'Insee sur les personnes sans chez soi 10
Tableau 3. Répartition par âge, sexe et nationalité des SDF dans l'enquête Insee de 2001 13
Tableau 4. Fréquence des violences rapportées au cours des 12 derniers mois en fonction de la présence ou non de troubles psychiatriques et du type de troubles 28
Tableau 5. Fréquence des violences rapportées au cours des 12 derniers mois par sexe..... 34
Tableau 6. Comparaison entre les approches de santé publique et de santé communautaire 110
Tableau 7. Les différents types d'accueil, d'hébergement et d'insertion. 134
Tableau 8. Les places d'hébergement disponibles. 136
Tableau 9. Coûts d'un programme *housing first* dans une province canadienne en 2008 151

Bibliographie

Anderson. *The sociology of the homeless man*. Chicago ,University of Chicago Press, 1923.

Antoine D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006. *BEH* 2008; 10-11: 69-72.

Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006. *BEH* 2008; 43: 418-20.

Association « Femmes SDF ». *Femmes en errance dans l'agglomération grenobloise. Recherche action, septembre 2001-juillet 2003*. Grenoble, Femmes SDF, 2004.

Association Femmes-SDF, Vanneuville MC. *Femmes en errance - de la survie au mieux-être*. Lyon, Chronique sociale, 2004.

Association pour la promotion de l'action et de l'animation sociale. *Personnes à la rue à Rennes. Etude sur les sans domicile fixe*. Rennes, novembre 2005.

Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 103-9.

Barbe V, Estécahandy P, Raynaud-Lambinet A, Bertrand C, Caubet-Kamar N, Lauque D. *Les structures d'urgences (SU) du CHU, acteurs du réseau Ville-Hôpital « Santé-Précarité* **».** Toulouse, Pôle de Médecine d'urgences, 2007.

Barbeyre J, Batz C, Nosmas JP, Ollivier R. *Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, La Documentation française, mars 2003.

Barré MD, Bénéch-Le Roux P. *Approche sociologique des acteurs de première ligne travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie*. Guyancourt, Centre de recherche sociologiques sur le droit et les institutions pénale (Ministère de la Justice, CNRS), 2004.

Basaglia F. *L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Goriza*. Paris, Edition Combats, Seuil, 1970.

Basaglia F. *Psychiatrie et démocratie. La maison jaune*. Paris, Eres, 2007.

Beaud S, Confavreux J, Lindgaard J. *La France invisible*. Paris, La Découverte, 2006.

Belcher JR. Are jail remplacing the mental health system for the homeless mentally ill ? *Community Mental Health J* 1998; 24: 185-95.

Bénézech M. Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques. *Journal français de psychiatrie* 2000; 13: 23-4.

Benoist Y. *Sans-logis de Paris à Nanterre, ethnographie d'une domination ordinaire*. Paris, L'Harmattan, 2008.

Bergeron H. *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris, Presses Universitaires de France, 1999.

Bernardet P, Douraki T, Vaillant C. *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*. Paris, Erès, 2002.

Bouillon F, Girard V, Musso S. Du droit au logement aux expériences de l'habiter : ce que la « folie » nous enseigne. *Bulletin Amades* 2007; 69.

Breakley WR. Treating the Homeless. *Alcohol Health Research World* 1987; 11: 42-7.

Brickner PW, McAdam JM, Torres RA, et al. Providing health services for the homeless: a stitch in time. *Bull NY Acad Med* 1993; 70: 146-70.

Brousse C, de la Rochère B, Massé E. Les sans domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds. *In*: Collectif. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*. Paris, La Documentation française, 2002, 395-431..

Brousse C, Firdion JM, Marpsat M. *Les sans-domicile*. Paris, La Découverte (coll. Repères), 2008.

Caire M. Pussin. Avant Pinel. *L'Information psychiatrique* 1993; 69: 529-38.

Castel R. *La montée des incertitudes*. Paris, Seuil, 2009.

Centre Spécialisé de Soin de Dépendance, AP-HM, Centre pénitentiaire de la prison des Baumettes. *Rapport d'activité*. Marseille, 2008.

Chadelat JF. *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU. Rapport pour Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités*. Paris, Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, 30 novembre 2006.

Chambaud L. *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, octobre 2007.

Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé. *In*: Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D, eds. *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2007, 331-41.

Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Editions Inserm, 2005.

Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. *Deuxième enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière*. Paris, Observatoire européen de l'accès aux soins, Médecins du Monde, septembre 2009.

Chauvin P. Comment objectiver et construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ? *In* : Richard C, éd. *Les Ateliers Santé Ville*. Paris, Editions de la DIV (coll. Repères), 2007, 40-50.

Cheung AM., Hwang SW. *Risk of death among homeless women*: *a cohort study and review of the literature*. CMAJ, 2004; 170: 1243-47.

CISS, FNATH, UNAF. *Action contre les refus de soins : dossier de presse*. Paris, 25 mai 2009.

Clanché F. Le classement des situations de logement. Les sans domicile dans des nomenclatures générales. *In*: Marpsat M, Firdion JM, eds. *La Rue et le foyer. Une recherche sur les sans domicile et les mal-logés dans les années 90*. Paris, INED, Travaux et documents n°144, 2000, pp. 193-210.

Cohen N, Marcos L. Psychiatric care of the homeless mentally ill. *Psychiatric Ann Contemporary Psychiatry* 1986; 16: 729-32.

Cohen NL. Stigma is in the eye of the beholder: an hospital outreach program for treating homeless mentally ill people. *Bull Menninger Clinic* 1990; 54: 255-58.

Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation*. Paris, IRDES (Questions d'économie de la santé), août 2009.

Collectif. *Fiche bibliographique n°1. Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ?* Paris, Conférence de consensus « les sans abris », novembre 007.

Collectif. Les personnes sans domicile. *In* : Médecins du Monde et ORS Midi Pyrénées. *Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*. Paris, Médecins du Monde, octobre 2008, pp. 137-146.

Collectif. *Rapport du jury d'audition*. Paris, Conférence de consensus « Les sans abris », novembre 2007.

Colucci M, Di Vittorio P, Basaglia F. *Portrait d'un psychiatre intempestif*. Paris, Eres, 2007.

Coppel A. Dans quel contexte historique et institutionnel ont été mis en place les traitements de substitution en France et comment notre pays se situe-t-il par rapport aux pays comparables ? Conférence de consensus sur les traitements de substitution. *Alcoologie, addictologie* 2004; 26: 17-26.

Coppel A. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris, La Découverte, 2002.

Coppel A. *Usage de drogues, services de 1ères lignes et politiques locales, guide pour les élus locaux*. Paris, Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, Programme Démocratie, Villes & Drogues, février 2008.

Corbillon M, Assailly JP, Duynme M. L'aide sociale à l'enfance : dépendance et devenir adulte des sujets placés. *Population* 1998; 2: 473-79.

Cormont P, Coquelle C, Rivet G. *Evaluation du programme « renforcer le travail de proximité ». Rapport final*. Marseille, Mission sida toxicomanie, janvier 2003.

Corrigan E, Anderson S. 1984. Homeless alcoholic women on skid row. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984; 40: 535-49.

Cour des Comptes. *Rapport public thématique sur les personnes sans domicile*. Paris, La documentation française, mars 2007.

Couty E. *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports*. Paris, Ministère de la santé et des sports, janvier 2009.

Cowan S. NIMBY syndrome and public consultation policy: the implications of a discourse analysis of local responses to the establishment of a community mental health facility. *Health Soc Care Community* 2003; 11: 379-86.

Dacher M. Soussan, Judith. — Les sdf africains en France. Représentations de soi et sentiment d'étrangeté ». *Cahiers d'études africaines* 2004; 176: 980-2.

Daly G. Migrants and gate keepers: The links between immigration and homelessness in Western Europe. *Cities* 1996; 13: 11-23.

Damon J. *La question SDF, ciblages et bricolages*. Paris, Université Paris Sorbonne, 2001.

Damon J. *Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union Européenne. Rapport au Ministre du Logement* ; Paris, avril 2009.

Damon J. Zéro SDF : un objectif souhaitable et atteignable. *Droit social* 2008; 3: 349-59.

DASIS (Drug and Alcohol Services Information system). *Characteristics of homeless admissions to substance abuse treatment: 2000*. Washington DC, US Department oh health and human services, The Dasis Report, august 2003.

Davidon L, Tondora J, Staeheli Lawless M, O'Connell M, Rowe M. *A pratical guide to recovery-oriented practice*. Cary, Oxford University Press, 2008.

Davidson L, Strauss JS. Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry* 1995; 58: 44-55.

De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *Insee Première*, avril 2003, n°893.

Declerck P. *Les naufragés, avec les clochards de Paris*. Paris, Plon, 2001.

Despres C, Guillaume S, Couralet PE. *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*. Paris, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, La Documentation française, juillet 2009.

Desprès C, Naiditch M. *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle*. Paris, DIES, mai 2006.

DGAS. *Evaluation du dispositif «Lits Halte Soins Santé »*. Rapport de stage, Juin 2009

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'Igas, l'Anaes et Gres Médiation*. Paris, DHOS, février 2004.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Recommandations et indicateurs*. Paris, DHOS, mai 2008.

Doherty J, Busch-Geertsema V, Karpuskiene V, Korhonen J, O'Sullivan E, Sahlin I, Tosi A, Petrillo A, Wygnaska1 J. Homelessness and exclusion: regulating public space in European cities. *Surveillance & Society* 2008; 5: 290-314.

Ducq H, Guesdon I, Roelandt JL. *La santé mentale des personnes sans domicile, une revue critique de la littérature anglo-saxonne*. Encéphale, 1997; 23: 420-30.

Edgar B, Doherty J, Meert H. *Immigration and homelessness in Europe*. Bristol, Policy Press, 2004.

Elus, santé publique et territoires. *Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ?* Actes de la journée d'étude de Nantes, 9 octobre 2006.

Equipe mobile santé mentale communautaire. *Mortalité des personnes sans abri à Marseille : premières données et premières analyses*. Marseille, Médecins du Monde et AP-HM, janvier 2009.

Estebe M. *Mémoire de DEA d'anthropologie médicale*. MMSH, Aix-en-Provence, 2005.

Eurobaromètre. *Poverty and exclusion*. Luxembourg, 2007, n°279.

Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, Rouillon F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006; 21: 33.

Fassin D. *Les enjeux politique de la santé*. Paris, Editions Khartala, 2000.

Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine* 2008; 5: e 225.

FEANTSA, *Le droit à la santé est un droit humain : garantir l'accès des personnes sans domicile à la Santé*. Rapport annuel. Bruxelles, FEANTSA, 2006.

Firdion JM, Marpsat M, Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. Vie et santé des personnes sans domicile à Paris. *In* : Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risque et santé*. Paris, Editions Inserm, 2001, pp. 167-85.

Firdion JM. Bibliographie critique : différentes approches du phénomène des personnes sans domicile. *Population* 2005; 60: 569-86.

Firdion JM. Les sans-domicile : de qui est-il question ? Problème de la définition. *In*: Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Editions Inserm, 2005, pp. 95-104.

Firdion JM. Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile. *Economie et Statistique* 2006; 391-392: 85-114.

Firdion JM. En deça de l'emploi, en deçà du logement : des écueils pour l'insertion. *Savoir agir* 2009; 8: 67-78.

Fischer P. The criminalization of Homelessness. *In:* Robertson MJ, Grennblat P, eds. *Homelessness : a national perspective*. New York, Springer, 1992, pp. 54-64.

Fisk D, Rowe M, Brooks R, Gilder D. Integrating consumer staff members into homeless outreach project: critical issues and strategies. *Psychiatric Rehab J* 2000; 23: 244-52.

Fondation Abbé Pierre. *L'état du mal-logement en France*. Paris, rapport annuel 2009.

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. *Evaluation de la loi CMU, rapport n°4*. Paris, juillet 2009.

Foucault M. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard, 1975.

Founier L, Mercier C. eds. *Sans domicile fixe : au delà du stéréotype*. Montréal, Méridien, 1996.

Fourcade M, Jeske V, Naves P. *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*. Paris, IGAS, La Documentation française, mai 2004.

Fox V. First person account: schizophrenia, medication, and outpatient commitment. *Schizophrenias Bull* 2001; 27: 177-8.

Frechon I. *Situation sociale et familiale de jeunes femmes après un placement au cours de leur adolescence*. Colloque CERC, DEP, CNAF, DREES « Le devenir des enfants de familles défavorisées en France », Paris, 1er avril 2004.

Gaboriau P, Terrolle D. *Ethnologie des sans-logis : étude d'une forme de domination sociale*. Paris, L'Harmattan, 2003.

Galanter M. Zealous *self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment: A study of Recovery, Inc*. Am J Psychiatry 1988; 145: 1248–53.

Gardella E, Le Méner E. SDF victimes du 'nettoyage' des espaces publics ? *In :* Hossard N, Jarvin M, eds. *« C'est ma ville ! » De l'appropriation et du détournement de l'espace public*. Paris, L'Harmattan, 2005.

Garrett G, Bahr H. 1973. Women on skid row. *Quartely J Stud Alchool* 1973; 34: 1228-43.

Gelberg L, Linn LS, Usatine RP, Smith MH. Health, homelessness, and poverty. A study of clinic users. *Arch Intern Med* 1990; 150: 2325-30.

Gelberg L, Linn B. Mental health,alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 191-96.

Gelberg L, Linn LS. Social and physical health of homeless adults previously treated for mental health problems. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39: 510-6.

Girard V, Handlhuber H, Vialars V, Perrot S, Castano G, Payan N, Naudin J. Inégalités de santé : un programme expérimental reliant habitat, citoyenneté et maladie mentale sévère. *Rev Epidémiol Santé Publ* 2008; 56: ,S371.

Girard V. Driffin K. Fisk D, Musso S, Naudin J, Rowe M, Davidson L, Sells D, Lovell AM. La relation thérapeutique sans le savoir. Approche anthropologique de la rencontre entre des travailleurs pairs et des personnes sans abris ayant une cooccurence psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique* 2006; 71: 75-85.

Girard V. *Visite à domicile chez des sans domicile. Approche anthropologique et clinique du travail de rue à New Heaven (Etats-Unis)*. Marseille, Faculté de médecine, Thèse de doctorat en médecine, 2004.

Giraud M. *Le jeune SDF. Socioanalyse de la précarité*. Paris, L'Harmattan, 2004.

Gissler E, Azoulay J, Havard H, Sourlas P, Chambaud L, Corlay D. *La gestion de l'aide médicale d'Etat : mission d'audit de modernisation*. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, La Documentation française, mai 2007.

Giulani F, Vidal-Naquet P. Les personnes sans domicile fixe : modes de vie et trajectoires. *In*: Collectif. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*. Paris, La Documentation française, 2002, 359-9.

Goffman E. *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris, Editions de Minuit, 1975.

Goodman LA, Dutton MA, Harris M. Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. *Am J Orthopsychiatry* 1995; 65: 468-78.

Goudet B. *Prise en charge en médecine de ville des personnes en situation de précarité. Etude de faisabilité*. Toulouse, juillet 2005.

Guillemot F, Caixeta L. *Femmes et migration en Europe, stratégies et empowerment*. Lyon, Le Dargon-Lune, 2004.

Guilloneau M, Kensey A, Mazuet P. Les ressources des sortants de prisons. *Les Cahiers de démographie pénitentiaire* 1998; 5: 1-4.

Händlhuber H. *Die Hölle kenn ich schon [l'enfer je connais déjà]*. Leipzig, Engelsdorfer-Verlag, 2005.

Händlhuber H. *Après la Rue*. Verdière, Editions Presque Lune, 2009.

Hassin J. Etat de santé et prise en charge des populations sans domicile fixe à Paris. *In* : Chauvin P, Lebas J, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1998, pp. 107-118.

Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France*. Paris, La Documentation française, 1994.

Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France 1994-1998*. Paris, La Documentation française, 1998.

Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées. *15ième Rapport « Hébergement des personnes défavorisées : sortir de la gestion de crise »*. Paris, juin 2009.

Henry JM. Présentation de l'activité des urgences psychiatrique de l'Hôpital de la Conception 1998-2006. Marseille, APHM, 2006.

Hermann D, Struening L, Barrow S. Self assessed need for mental health services among homeless adults. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44 : 1181-83.

Hirsch M. La réduction des inégalités de santé est au coeur de la cohésion sociale. *BEH* 2007; 2-3: 9.

Hopper K. *Reckoning with homelessness*. Ithaca, Cornell University Press, 2003

Hopper K. Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer. *Soc Sci Med* 2007; 65: 868-79.

Hwang SW. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *JAMA* 2000; 283: 2152-7.

Interview d'Edouard Couty réalisée par S. Kannas. Revue pluriels, avril 2009.

Israel B, Schulz A, Parker E, Bechker A. Research : assessing partnership approaches to improve public health. *Ann Rev Public Health* 1998; 19: 173-202.

Jamoulle P. *Drogues de rue, récits et style de vie*. Paris, De Boeck, 2000.

Jauffret M. L'auto-support des usagers de drogues en France : groupes d'entraide et groupes d'intérêt. *SWAPS* 2007; 18: 15-16.

Jouve B. *L'empowerment : à quelles conditions ? Pour quels objectifs ?* Lyon, Ecole nationale des travaux publics de l'Etat, CNRS, 2007, Note de travail.

Kalifon S. Homelessness and mental Illness: who ressort to state hospitals? *Human Organisation* 1989; 48: 268-73.

Koegel P, Burnam MA. Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1011-8.

Kovess V, Mangin Lazarus C. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 580–87.

Kübler D. *Politique de la drogue dans les villes suisses, entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en œuvre*. Paris, L'Harmattan, 2000.

Kynos Etudes et logiciels. *Résultats de l'enquête sur les Ateliers santé ville au 31 décembre 2008*. Paris, Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, avril 2009.

Laporte A, Douay C, Detrez M-A, Chauvin P. *Premiers résultats de l'enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagères des services d'aide dans l'agglomération parisienne*. Paris, Observatoire du Samusocial, 2009.

Laporte A, Le Ménier E, Oppenchaim N, Pourette D, Carpentier S. *Survivre ou faire l'amour ? La pluralité des expériences affectives et sexuelles de personnes sans domicile fixe. Rapport à l'INPES*. Paris, Observatoire du SAMU social, mars 2007.

Laporte A, Mercuel A, Chan-Chee C, Douay C, Zucca S, Chauvin P. *Estimer la prévalence des troubles psychiatriques en population SDF : quel dispositif ?* XXIVème Journée scientifique EPITER, Paris, 20 mars 2009, abstract book: O4.

Laporte A, Rouvel-Tallec A, Grosdidier E, et al. Epilepsy among the homeless: prevalence and characteristics. *Eur J Public Health* 2005; 16: 484-6.

Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, Tanzer K, Ginzler J, Clifasefi SL, Hobson WG, Marlatt GA. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009; 301: 1822-4.

Lazarus A, Stohl H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Saint-Denis, Délégation interministérielle à la Ville, 1995.

Le groupe amitiés fraternités à Toulouse (Dossier). *Lien social* 2008; 907: 10-6.

Legman M, Kahn-Bensaude I, Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois G. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2009*. Paris, Conseil national de l'Ordre des Médecins, 2009.

Lieberman AA, Gowdy EA, Knutson LC. *The mental health outreach project: a case study in self-help*. Psychosocial Rehab J, 1991; 14: 100–5.

Lindelius R, Salum I. Criminality among homeless men. *Br J Addict Alcohol Other Drugs* 1976; 71: 149-53.

Linnn LS, Gelberg L. *Priority of basic need among homeless adult*. Soc Psychiatr Epidemiol, 1989; 24: 23-9.

Lomas E, Honnrad R. *Development of a model Community mental health program to serve the homeless mentally Ill*. Los Angeles, LA Department of mental health, 1987.

Lorant V, Depuydt C, Gillain B, and Guillet A, Dubois V. Involuntary comitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2007; 42: 360-5.

Lovell A. *Marginal arrangements :homelessness, mental illness and social relations*. New York, Columbia University, Thèse d'Anthropologie, 1992.

Lovell AM. Seizing the moment: power, contingency, and temporality in street life. *In*: H. Rutz H, eds. *The Politics of time*. Washington DC, American Ethnological Society, 1992.

Lovell AM. *Violence et santé mentale. Rapport préparatoire à l'élaboration du plan « Violence et santé »*. Paris, 2005.

Luke DA. *The measurement of change in a self-help context*. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois, Urbana-Champaign, 1989.

Maestrachi N. Courrier à Mr Jean-Marie Bertrand, Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales. http://www.fnars.org/images/stories/2_les_actions/sante/courrier_fnars__jm_bertrand-7_sept_09.pdf

Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 180-91.

Maric M, Gregoire E, Leporcher L. *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins*. Paris, DREES, Série Etudes et Recherches, novembre 2008, n°81.

Marpsat M, Firdion JM. *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 90*. Paris, Ined-PUF, 2000.

Marpsat M, Firdion JM. Paris. *In*: Levison D, ed. *Encyclopedia of homelessness*. Thousand Oaks, Sage, 2004, pp. 441-45.

Marpsat M. Une forme discrète de pauvreté les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds. *Economie et Statistique* 2006; 391-392.

Médecins du Monde. *Testing sur les refus de soins de médecins généralistes aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat dans 10 villes de France*. Paris, Médecins du Monde, septembre 2006.

Meert H, Benjaminsen L, Cabrera P, et al. *L'évolution des profils des sans-abri : une dépendance persistante à l'égard des services d'urgence en Europe : qui et pourquoi ?* Bruxelles, Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-abri (FEANTSA), novembre 2005.

Mercuel A. Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) en France. *In* : Furtos J, eds. *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris, Masson, 2008, 218-22.

Mercuel A. Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives. *Pluriels* 2007; 67.

Michaels D, Zoloth SR, Alcabes P, Braslow CA, Safyer S. Homelessness and indicators of mental illness among inmates in New York City's correctional system. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 150-5.

Michel L, Carrieri MP, Vodka A. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *Harm Reduct J* 2008; 5: 17.

Milon A. *La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe. Rapport n°328, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé*. Paris, Sénat, avril 2009.

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. *Rapport 2008 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé*. Paris, Ministère de la santé, 2008.

Minkowsky E. *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris, Presses Universitaires de France, 1995.

Morgan C, Mallett R, Hutchinson G et al. Pathways to care and ethnicity. 1: sample characteristics and compulsory admission. report from the ASEOP study. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 281-9.

Morrison D. *Homelessness as an independant risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study*. Int J Epidemiol 2009; 38: 877-83.

Morse G, Shields N, Hanneke R, McCall J, Calsyn J, Nelson B. St-Louis homeless: mental health needs, services, and policy implications. *Psychosocial Rehabilitation* 1986; 4: 39-50.

Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 142-9.

Moulin JJ, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, Guéguen R. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704128 personnes en situation de précarité à une population de 516607 personnes non précaires, France, 1995-2002. *BEH* 2005; 43: 213-15.

Mouvement ATD Quart-Monde *« Et si nous vous parlions de notre santé »*. Paris, ATD-Quart Monde, Recherche action contrat Poliville F2008ANCY-292, avril 2009.

Musso S. *Evolution de la prostitution : la question du communautaire*. Rencontre nationale TAMPEP, 28 et 29 septembre 2006, prostitution et groupe communautaire

Musso S. *Genèse d'un programme de médiateur en santé publique*. Programme IMEA 2005 (document non publié).

Neale J, Kennedy C. Good practice towards homeless drug users: research evidence from Scotland. *Health Soc Care Community* 2002; 10: 196-205.

Neale J. Suicidal intent in non-fatal illicit drug overdose. *Addiction* 2000; 95: 85-93.

Newton J, Geddes J, Bailey S, Freeman C, Mcaleavy A, Young G. Mental health problems of Edinburgh roofless. *Br J Psychiatry* 1994; 165:537-40.

Ninacs WA. *L'empowerment et l'intervention sociale*. Montréal, Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine, 2003.

Nordentoft M., Wandall-Holm N. *10 years follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen*. BMJ, 2003; 327: 81-4.

Observatoire international des prisons. *Rapport 2005 : les conditions de détention en France*. Paris, La Découverte - OIP, 2005.

Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Tableau de bord sur la santé mentale à Marseille*. Marseille, ORS PACA, 2007.

O'Fallon L, Dearry A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environ Health Perspect* 2002; 110(Suppl 2): 155-9.

OMS Europe. *Le logement et la santé. Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé*. Copenhague, OMS Europe, document de travail n° EUR/04/5046267/12, avril 2004.

ORS Ile-de-France. Les médecins libéraux en Ile-de-France. Paris, ORS Ile-de-France, 2000.

Oury J. *La psychothérapie institutionnelle de St Alban à Laborde*. Conférence faite à Poitiers en 1970.

Padgett DK, Struening EL. Influence of substance abuse and mental disorders on emergency room use by homeless adults. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 834-8.

Parizot I. *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris, Presses Universitaires de France, 2003.

Payan N. *Partenariats pour la rue "du faire ensemble au vivre ensemble en santé mentale*. Mémoire de Master ingénierie des systèmes de santé, prévention et éducation à la santé. Marseille, Faculté de Médecine, 2008.

Pichon P. La manche, une activité routinière. Manières de faire. *Annales de la recherche urbaine* 1993; 57-58: 146-57.

Pichon P. *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*. Paris, Aux lieux d'être, 2007.

Pinte E. *L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées. Rapport au Premier ministre*. Paris, La Documentation française, septembre 2008.

Ponssard MC. *Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Ile-de-France*. Pluriels 2007, n°65.

Prigerson HG, Desai RA, Liu-Mares W, Rosenheck RA. Suicidal ideation and suicide attempts in homeless mentally ill persons: age-specific risks of substance abuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 213-9.

Richard C. *Les Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Paris, Editions de la DIV (coll. Repères), 2007.

Rivas-Vazquez RA, Sarria M, Rey G, Rivas-Vazquez AA, Rodriguez J, Jardon ME.A relationship-based care model for jail diversion. *Psychiatr Serv* 2009; 60:766-71.

Roelandt JL, Caria A, Anguis M et all. *La santé mentale en population générale : images et réalités. Rapport final e la première phase d'enquête*. Lille, EPSM Lille Métropole, 2001.

Roelandt JL. La santé mentale en population générale : images et réalités, une enquête pas comme les autres. *L'information psychiatrique* 2005; 81: 285-86.

Roelandt JL. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *L'information psychiatrique* 2009; 85: 525-35.

Rowe M, Hoge MA, Fisk D.1998. Services for mentally ill homeless persons: street-level integration. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68: 490-6.

Rullac S. *Et si les SDF n'étaient pas des exclus ? Essai ethnologique pour une définition positive*. Paris, L'Harmattan, 2004.

Samu social de Paris. *Rapport d'activité 2008*. Paris, Samu social, 2009.

Schieffelbein C, Snider D. 1988. Tuberclosis control among homeless populations. *Arch Internal Med* 1988; 148: 1843-46.

Schneider E. *Accompagnement des personnes dites « grands marginaux » et distribution contrôlée d'alcool*. Marseille, UHU Madrague, Association Acces, 2002.

Sells D, Davidson L, Jewell C, Falzer P, Rowe M. The treatment relationship in peer-based and regular services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 2006; 57: 1179-84.

Senon JL.2004. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Annales médico-psychologiques* 2004; 162: 646-52.

Shaner A. Asylums, Aspalt, and Ethics. *Hosp Community Psy* 1989; 40: 785-86

Sharidan MJ, Gowen N, Halpin S. Developing a practice model for the homeless mentally ill: families in society. *J Contemporary Human Services* 1993; 74: 410-21.

Shaw M., Dorling D. *Mortality among street youth in the UK*. Lancet, 1998; 352: 743.

Simons R, White beck B, Bales A. Life on the street : victimization and psychological distress among adult homeless. *J Interpersonnal Violence* 1989; 4: 482-501.

Singer S. Victim of serious violence among mentally disordered: generating useful knowledge. *Int J Law Psychiatry* 1996; 2: 249-57.

Snow D, Anderson L. *Down on their luck: a study of homeless street people*. Berkeley, University of California Press, 1993.

Snow D, Mulcahy M. Stratégies de maîtrise de l'espace, de résistance et de survie des sans-abri à Tucson, Arizona. *In*: Cefaï D, Joseph I., eds. *L'héritage du pragmatisme, conflit d'urbanité et épreuves du civisme*. La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, 2002, pp. 357-58.

Snow DA, Anderson L, Koegel P. Distorting tendencies in research on the homeless. *Am Behav Scientist* 1994; 37: 461-75.

Snow DA, Baker SG, Anderson L, Martin M. The myth of pervasive mental illness among the homeless. *Social Problems* 1986; 33: 407-23.

Soussan J. *Les sdf africains en France. Représentations de soi et sentiment d'étrangeté*. Paris, CEAN-Karthala, 2002.

Steadman HJ, Deane MW, Morrissey JP, Westcott ML, Salasin S, Shapiro S, Samhsa A. A research initiative assessing the effectiveness of jail diversion programs for mentally ill persons. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1620-3.

Steadman HJ, Naples M. Assessing the effectiveness of jail diversion programs for persons with serious mental illness and co-occurring substance use disorders. *Behav Sci Law* 2005; 23: 163-70.

Takahashi LM. The socio-spatial stigmatization of homelessness and HIV/AIDS: toward an explanation of the NIMBY syndrome. *Soc Sci Med* 1997; 45: 903-14.

Tempalski B, Friedman R, Keem M, Cooper H, Friedman SR. NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States. *Geoforum* 2007; 38: 1250-63.

Terrolle D. La mort des SDF à Paris : un révélateur social implacable. *Etudes sur la mort* 2002; 122: 55-68.

Troiseufs A, Girard V. *Troisièmes rencontres internationales du CCOMS* : *« Stigma, vaincre les discriminations en santé mentale*. Bulletin Amades 2007; 72: 14-7.

Troiseufs A. *La personne intermédiaire*. Terrains 2009; 52: 96-111.

Tyler KA. A comparison of risk factors for sexual victimization among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual homeless young adults. *Violence Vict* 2008; 23: 586-602.

Viau A, Morin M, Bouzy AM, Obadia Y. *Connaissances, attitudes, pratiques et représentations des médecins généralistes face aux populations défavorisées*. Marseille, Ors PACA – Conseil Général des Bouches-du-Rhône, 1997.

Vitelli R. The homeless inmate in a maximum security prison setting. *Can J Criminology* 1993; 31: 393-410.

Von Bueltzingsloewen I. *L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris, Editions Aubier, 2007

Wacquant L. *Punir les pauvres : le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*. Marseille, Agone, 2004.

Wandall-hom N, Nordentoft M. Social conditions and mental illness among homeless people in Copenhagen. *In*: Beigel A, Lopez J, Costa da Silva J, eds. *Past , present and future of psychiatry* (vol 2). World Scientific Publishing, 1994, pp. 1209-12.

Webber M, Uxley P. *Social exclusion and risk of emergency complsory admission. A case-control study*. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2004; 39: 1000-9.

Welzr-Lang D, Schutz Samson M. Prostitution et santé communautaire,. In: Welzr-Lang D, Schutz Samson M, eds. Essai critique sur la parité. Le Dragon Lune, Cabiria Editions, 1999.

Wen CK, Hudak PL, Hwang SW. Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *J Gen Intern Med* 2007; 22:1011-7.

Wenzel SL, Ebener PA, Koegel P, Gelberg L. Drug-abusing homeless clients in California's substance abuse treatment system. *J Psychoactive Drugs* 1996; 28: 147-59.

Wolf J, Burnam A, Koegel P, Sullivan G, Morton S. Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 391-8.

Wright JD. *Address unknown: the homeless in America*. New York, Aldine de Gruyter, 1989.

Zeneidi-Henry D. *Les SDF et la ville. Géographie du savoir-survivre*. Paris, Editions Bréal, 2002.

Annexes

Annexe I. Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Sports

La Ministre

Paris, le 21 AVR. 2009

Cab6/1AB/MRD
Mercure : D.09.3072

Docteur,

De nombreuses études définissent la précarité comme un état de vulnérabilité où l'individu se trouve confronté à des risques économiques et sociaux qui peuvent avoir des répercussions sur son état de santé physique et psychique. Les pathologies rencontrées chez les personnes vivant dans la rue sont très souvent aggravées (les mêmes qu'en population générale, mais avec une prévalence plus forte), mais non spécifiques. Il existe une interrelation entre précarité et santé. Ainsi, il est connu que certaines pathologies mentales et addictions peuvent être à l'origine d'un état de précarisation, tout comme la précarisation peut déclencher des troubles psychiques et des phénomènes addictifs.

Plusieurs travaux montrent des décès précoces des personnes sans domicile ou vivant à la rue. Ainsi, d'après les quelques données épidémiologiques disponibles, l'espérance de vie de ces personnes est d'environ 45 ans.

Pourtant, des programmes et des dispositifs multiples existent pour tenter d'améliorer la santé de ce public en favorisant une approche globale et pluridisciplinaire. On peut citer notamment les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), mis en place dans le cadre des plans régionaux de santé publique (PRSP), les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au sein des hôpitaux, les lits halte soins santé (LHSS) qui offrent un logement le temps d'assurer des soins médicaux et enfin les équipes mobiles psychiatriques pluridisciplinaires qui interviennent dans les lieux de vie classiques, les « squats » et la rue.

Malgré ces efforts, de l'avis de nombreux professionnels, il semble que nous ne parvenions pas suffisamment à toucher les personnes en grande précarité. Cette situation doit être améliorée.

Docteur Vincent GIRARD
Psychiatre
Ap Hm Hôpital de la Timone
Service psychiatrie du Pr. Naudin
264, rue Saint Pierre
13005 MARSEILLE

14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP – Téléphone : 01 40 56 60 00

Compte tenu de votre engagement dans la mise en œuvre, à Marseille, d'actions originales et respectueuses de la dignité des personnes pour les amener à accepter une prise en charge, je souhaite vous confier une mission dans ce domaine, dans la perspective d'actions qui pourrait être préparées en interministériel.

Cette mission visera à élaborer des propositions afin de faire évoluer nos dispositifs sanitaires destinés aux personnes en très grande précarité.

Ce travail devrait, en fonction des différentes spécificités du public « sans domicile fixe », permettre :

- d'identifier les difficultés et les freins existant dans les dispositifs actuels pour un accès aux soins de ce public,
- d'identifier les leviers d'action susceptibles de rendre plus opérationnelle la prise en charge de ces publics en grande précarité, tant dans le champ du soin somatique que du soin psychique,
- proposer des solutions novatrices à partir d'expériences locales, nationales et internationales et préciser les conditions de leurs réalisations,
- proposer des méthodes d'évaluation de ces expérimentations et plus globalement des politiques de santé publique en direction des personnes sans abri afin de pouvoir les améliorer ou les adapter.

Ce travail s'appuiera également sur les documents et travaux de référence dans le domaine. Vous ferez toutes les auditions que vous jugerez nécessaires à la rédaction de vos propositions, et notamment les associations de malades particulièrement investies dans ces problématiques. Dans le cadre de la réalisation de cette mission, vous serez assisté du docteur Pascale ESTECAHANDY et du docteur Pierre CHAUVIN, qui ont accepté d'en être les rapporteurs et que je remercie de leur contribution. La direction générale de la santé assurera les fonctions de secrétariat et d'appui permettant de mener à bien cette mission.

Vous voudrez bien me remettre vos propositions au plus tard à la fin du mois de septembre 2009.

Je vous prie d'agréer, docteur, l'expression de mes salutations distinguées et les meilleures

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe II. Liste des personnes auditionnées

Les auteurs remercient tout particulièrement les personnes suivantes, étroitement associées à la mission qui leur a été confiée :

Anne Coppel, sociologue, Paris

Anne Laporte, responsable de l'Observatoire du Samu social, Paris

Sandrine Musso, anthropologue, Marseille

Noura Payan, responsable réseau, EMPP, Médecins du Monde et AP-HM Marseille

Eric Schneider, codirecteur d'Actions pour la citoyenneté et l'éducation à la santé (ACCES), président de l'*International network of people using drugs* (INPUD), Marseille

Les auteurs remercient également les personnes qui ont participé à la rédaction de certains passages de ce rapport :

Pauline Rhenter, politologue, CCOMS, Lille

Eric Verdier, psychologue, chercheur, Ligue française de santé mentale, Cherbourg

Aurélien Troisoeufs, doctorant en anthropologie, Paris

Alain Mercuel, psychiatre, praticien hospitalier, chef de service du SMES (Santé Mentale et d'Exclusion sociale), hôpital Sainte-Anne, Paris

Christian Laval, sociologue, directeur adjoint de l'Observatoire national sur les pratiques en santé mentale-précarité, Lyon

Les auteurs remercient toutes les personnes auditionnées dans le cadre de cette mission :

Romuald Antier, membre du Groupe Amitiés Fraternités (GAF), Toulouse

Themis Apostolidis, professeur de psychologie sociale, Aix-en-Provence

Pierre Arwidson, directeur des affaires scientifiques, INPES, Saint-Denis

Eric Aubert, médecin, PASS et Lits halte soins santé, Marseille

Virginie Barbe, médecin urgentiste, CHU de Toulouse

Bernard Basset, directeur adjoint de l'INPES, Saint-Denis

Michel Benasayag, philosophe et historien, Paris

Olivier Bernard, pédiatre, président de Médecins du Monde, Paris

Fati Bouara, Fondation Abbé Pierre PACA, Marseille

Florence Bouillon, sociologue, Marseille

Olivier Boyer, usager de la psychiatrie, Marseille

François Bregou, membre du bureau de la FNARS, Paris

Guillaume Bronsard, psychiatre, Conseil Général des Bouches du Rhône, Marseille

Myriam Buffet, chef de projet santé handicap, Direction du développement territorial, Lyon

Pierre Cabanes, infirmier équipe mobile et Halte Santé, Toulouse

Benoît Candon, avocat, Marseille

Lia Cavalcanti, actrice de santé communautaire, Paris

Yves Cévennes, travailleur social, Collectif des morts de la rue et Halte santé Toulouse

Mélanie Chadaigne, travailleur social, Case de Santé, Toulouse

Laurent Chambaud, inspecteur général des affaires sociales, Paris

Martin Choutet, Cabinet du Préfet Régnier, Paris

Serge Clément, sociologue, administrateur associatif, Toulouse

Gérard Coruble, médecin, DDASS des Bouches du Rhône, Marseille

Edouard Couty, Conseiller maître à la Cour des Comptes, Paris

Bernard Daumur, directeur du CH de Montauban

Rosita Daumur, adjoint des cadres, Médecine sociale, CHU de Toulouse

Jean-Marie Delarue, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Paris

Manuel Demougeot, Cabinet du Préfet Régnier, Paris

Hubert Dubourg, Président de l'association « Loger Marseille Jeunes», Marseille

Michel Dutertre, infirmier, EMPP Diogène, Lille métropole

Martine Dutoit, présidente de Advocacy, Paris

Laurent Elghozi, président de l'association « Elus, Santé Publique et Territoires », Paris

Xavier Emmanuelli, président fondateur du Samu social de Paris

Marianne Estebe, travailleuse sociale, Bruxelles

Philippe Fernandez, infirmier, EMPP, Toulouse

Mylène Frappas, chargée de mission, direction de la santé publique, Marseille

Jean Furtos, directeur de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité, Lyon

Jean Louis Gallot, membre du Groupe Amitiés Fraternités (GAF), Toulouse

Françoise Gaunet Escarras, médecin, adjointe au maire, élue santé, Marseille

Hans Gaudelius, médecin urgentiste, acteur dans la réduction des risques, Marseille

Alain Grand, professeur de santé publique, Toulouse

Tim Greacen, chercheur, établissement public de santé Maison Blanche, Paris

Antony Greiner, travailleur social, Equipe mobile, Toulouse

Lucien Guinot, infirmier psychiatrique, Marseille

Charles Hambourg, médecin généraliste, Case de santé, Toulouse

Hermann Handlhuber, ancien vagabond, travailleur pair à Médecins du Monde, Marseille

Didier Houssin, Directeur général de la santé, Paris

Anne Joubert, chef de bureau, politiques de prévention, d'insertion et d'accès aux droits, sous direction des politiques d'insertion et de lutte contre les exclusions, DGAS, Paris

Serge Kannas, psychiatre, coordinateur mission nationale d'appui en santé mentale

Fatima Kedjam, Chef de projet santé, Mairie de Lille

Eric Kerimel, directeur d'Habitat Alternatif Social, Marseille

Agnès Lafforgues, médecin généraliste, médecin coordonnateur ACT La Clé, Toulouse

Christophe Lançon, professeur de psychiatrie, chef du service de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Marguerite, AP-HM, Marseille

Pierre Larcher, médecin, chargé de mission santé, précarité et réseaux, sous direction des politiques d'insertion et de lutte contre les exclusions, DGAS, Paris

Christian Laval, chercheur en histoire de la philosophie et de la sociologie, Université Paris X Nanterre

Charles Lavaud, responsable du Bus-abri, Les Enfants du Canal, Paris

Antoine Lazarus, professeur de santé publique et de médecine sociale, université Paris XIII

Jacques Lebas, médecin interniste, responsable de la PASS Baudelaire, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Jean Marc Legagneux, membre du GAF, membre du collectif SDF, Toulouse

Maryse Lepei, membre du bureau de la FNARS, Paris

Myriam Leuret, chef de projet mission santé/ handicap, Ville de Lyon

Christophe Louis, directeur des Enfants du Canal, Paris

Anne Lovell, anthropologue, directrice de recherche à l'Inserm, Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société (CNRS-INSERM-UPD), Paris

Nicole Maestracci, présidente de la FNARS, Paris

Jean Maisondieu, psychiatre, responsable du secteur de Poissy

Jean Mantovani, sociologue, ORS Midi-Pyrénées, Toulouse

Bernard Meile, sans domicile, Paris

Alain Mercuel, psychiatre, responsable du réseau santé mentale et exclusion sociale, Hôpital Sainte-Anne, Paris

Frédérique Moser, Fondation Abbé Pierre, Paris

Jean Naudin, professeur de psychiatrie, Marseille

Pascal Noblet, DGAS, Paris

Isabelle Parizot, sociologue, chargée de recherche au CNRS, Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS), Paris

Sylvain Perrot, pharmacien, chargé de mission à Médecin du Monde, Marseille

Eric Piel, psychiatre, Paris

Max Plantavid, médecin coordonnateur du pôle santé société, CH Montauban

Sophie Poisson, Médecins du Monde, Paris

François Prévoteau du Clary, praticien hospitalier, responsable de PASS, CHU de Toulouse

Alain Régnier, préfet délégué général à la coordination de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées, Paris

Catherine Richard, chargée de mission santé, Comité interministériel des Villes, Saint-Denis

Pascale Rodier, médecin ANPAA31, Toulouse

Jean-Luc Roelandt, psychiatre, EPSM et CCOMS, Lille

Christian Saout, président du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), Paris

Frédéric Scheider, psychiatre, responsable de l'équipe mobile de psychiatrie, CH de Pointe-à-Pitre

Jaqui Schneider-Harris, codirectrice d'Actions pour la citoyenneté et l'éducation à la santé (ACCES), Marseille

Jean-Paul Segade, directeur général de l'APHM, Marseille

Kemal Cherabi, médecin de santé publique, consultant à l'ONUSIDA, Paris

Nathalie Simonnot, Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, Paris

Sophie Sirère, psychiatre, SMPR, Marseille

Béatrice Stambul, présidente de l'Association française de réduction des risques, Marseille

Marianne Storogenko, DGAS, Paris

Malika Tagaouit, actrice de réduction des risques, Paris

Pierre Toubania, médecin de santé publique, ville de Marseille

Marie-Claire Tramoni, DGS, Paris
Aurélien Troisoeufs, doctorant en anthropologie, ASH en psychiatrie, Paris
Marie Claire Vanneuville, fondatrice et directrice de l'association femmes SDF, Grenoble
Nicolas Velut, psychiatre, responsable du réseau souffrance psychique, CHU de Toulouse
Eric Verdier, chercheur, Ligue française de santé mentale, Cherbourg
Vanessa Vialars, infirmière EMPP, Marseille
Luce Vidal, conseillère technique, cabinet de Mr Benoist Apparu, Secrétaire d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme, Paris

Un remerciement particulier au groupe de discussion organisé à l'association CASA à Avignon avec les personnes suivantes :
Ghislaine Boyer, Médecins du monde
Bernard et Sandrine, du groupe d'entre aide mutuelle « Mine de rien »
Sofia M., ex-travailleur pair sur la médiation de rue, CASA
Coralie, ex-stagiaire sur la médiation de rue
Amandine, stagiaire IRTS sur le CHRS CASA
Nicole H., ex-chargée de mission sur le groupe d'entre aide mutuelle « Mine de rien »
Caroline T., animatrice de groupe d'entre aide mutuelle
Vincent G., péripatéticien, qui aime à se promener en discutant
Sergio, en résidence à la Villa Médicis

Nous remercions également tous les acteurs du réseau « Santé Précarité » toulousain dont les travaux depuis 2003 ont participé à enrichir ce rapport.

Nous nous excusons par avance si nous avons oublié certaines personnes. Qu'elles nous le fassent savoir et nous les intègrerons bien volontiers dans cette liste….

Annexe III. Principaux textes de loi relatifs au logement

Source : Vie publique, Paris, La Documentation française.

La loi "Solidarité et renouvellements urbains ", dite Loi SRU entrée en vigueur en 2000, impose aux communes de disposer au moins de 20 % de logements sociaux. Dans le cadre de cette loi, le logement social est considéré à la fois comme un service d'intérêt général et un instrument efficace de la mixité sociale.

Loi du 18 janvier 2005 de Programmation pour la Cohésion Sociale : Le volet Logement vise la réalisation d'un programme de 500 000 logements sociaux locatifs en 5 ans, la remise sur le marché de 100 000 logements vacants du parc privé et le renforcement du dispositif d'accueil et d'hébergement d'urgence. La loi prévoit par ailleurs la création d'établissements publics permettant à l'État de maîtriser le coût et la disponibilité du foncier.

Ordonnance du 15 décembre 2005 relative à la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux

Loi du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement : elle prévoit la mise en œuvre d'un "Pacte national pour le logement". La loi comporte des dispositions visant à accroître l'offre foncière pour la construction de logements. Il est prévu de simplifier les procédures de mise en vente de ses terrains par l'Etat et d'augmenter ses capacités d'initiative (l'Etat pourra ainsi accorder des permis de construire à la place des maires » au nom de l'intérêt national »). Les plans locaux d'urbanisme pourront imposer dans certains secteurs un pourcentage de logements sociaux et il sera possible dans certains cas de déroger aux règles de densité. **Plusieurs dispositions concernent l'attribution de logements sociaux aux personnes sortant des dispositifs d'hébergement d'urgence et à celles qui reprennent une activité après un chômage de longue durée.** Le dispositif de supplément de loyer (« surloyer ») dans le parc social en cas de dépassement de revenu sera renforcé pour accélérer la mobilité. Les coupures d'eau ou d'énergie seront interdites pendant la trêve hivernale pour les ménages en difficulté.

Loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable : L'objectif principal de ce texte est de garantir le droit à un logement à toute personne qui, résidant en France de façon stable et régulière, n'est pas en mesure d'accéder à un logement décent ou de s'y maintenir. La commission de médiation départementale, créée en 1998 par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, pouvait déjà, à la suite de la loi du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement, être saisie d'une réclamation par des personnes menacées d'expulsion sans relogement, hébergées temporairement ou logées dans un taudis ou une habitation insalubre. **Elle pourra dorénavant être également saisie par les sans-abri et les ménages avec enfants mineurs logées dans des conditions particulièrement difficiles du fait de l'état de leur logement ou de sa sur-occupation.** La Commission départementale, composée de représentants des organismes bailleurs, de représentants des associations de locataires et de représentants d'associations ayant pour objet le logement des personnes défavorisées, examinera les demandes au cas par cas et, en cas d'avis favorable, demandera au préfet de dégager un logement dans les 3 mois sur le quota préfectoral ou même dans le parc privé. Les loyers seront calculés en fonction des ressources des demandeurs. Si, malgré l'avis de la commission, le relogement n'a pas lieu, il sera possible d'engager un recours devant une juridiction administrative et l'État pourra être condamné à

payer une astreinte dont le montant sera fixé par le juge. Cette procédure, ouverte aux 5 catégories prioritaires à partir du 1er décembre 2008, sera élargie à partir du 1er janvier 2012 à toutes les personnes remplissant les conditions donnant droit à un logement social mais n'ayant reçu aucune offre après un délai « anormalement long ». Cette procédure est élargie, à partir du 1er décembre 2008, aux personnes handicapées ou qui ont à leur charge une personne handicapée. Un amendement adopté au Sénat augmente le nombre de logements sociaux à construire entre 2005 et 2009, le portant à 591 000 au lieu des 500 000 prévus dans la loi de cohésion sociale du 18 janvier 2005.

Loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion : La loi crée l'obligation pour chaque organisme HLM de conclure d'ici à 2010 une convention avec l'Etat (convention d'utilité sociale) fixant des objectifs concernant le nombre de logements à construire, le nombre de logements à mettre en vente, les loyers ou la qualité des services aux locataires. Le refus de signer une convention ou le non respect des engagements doit entraîner des pénalités financières. Un "programme national de requalification des quartiers anciens dégradés" doit être mis en place pour permettre la réhabilitation des immeubles insalubres. **Pour améliorer les capacités en hébergement d'urgence, l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) pourra financer des opérations portant sur des structures d'hébergement ou des logements de transit.** Le délai maximum qu'un juge peut accorder avant une expulsion pour permettre de trouver une solution de relogement ou d'hébergement provisoire est ramené de trois ans à un an. Des mesures visent à la libération plus rapide des grands logements sociaux : garantir un relogement à un prix équivalent à celui du logement quitté, requalification du bail des locataires ayant des revenus deux fois supérieurs au plafond prévu pour leur logement (transformation de leur contrat en contrat de location de 3 ans non renouvelable) pour les inciter à chercher dans le secteur privé. Sont exclus du champ de cette mesure les locataires âgés de plus de 65 ans, les personnes handicapées ou souffrant d'une perte d'autonomie. Les bailleurs sociaux pourront prendre en gestion des logements du parc privé pour les sous-louer à des ménages actuellement hébergés dans des hôtels ou des centres d'hébergement. Dans les communes qui n'atteignent pas le quota de logements sociaux, un droit de préemption sur les terrains est accordé au préfet. Les dispositions censurées par le Conseil constitutionnel concernent notamment l'institution d'un prélèvement sur les organismes gestionnaires de logements sociaux à trésorerie excédentaire, la possibilité de maintenir dans un logement social des locataires à fortes ressources en raison du statut de l'immeuble avant son acquisition par l'organisme HLM et l'obligation d'installer sous cinq ans des détecteurs de fumée dans les logements.

Annexe IV. Exemple de convention entre l'Assurance maladie et un établissement de santé pour l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies

« Exemple du dispositif mis en place par le CHU de Toulouse et l'hôpital Joseph Ducuing en partenariat avec le réseau de lutte contre les exclusions de la CPAM ».

Convention pour l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies.

La présente convention est établie entre :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne
Représentée par
son *Directeur* :
et par
son *Président :*

d'une part,

et :

*Le **C**entre **H**ospitalier **U**niversitaire de Toulouse, les hôpitaux de Toulouse, rue Viguerie, 31052 Toulouse Cedex, représentés par son Directeur Général,*

L'Hôpital «Joseph Ducuing» de Toulouse, 15, rue de Varsovie, 31076, Toulouse Cedex, représenté par son Directeur

Le Centre de Santé du Centre Communal d'Action Sociale de Toulouse, 2 bis rue de Belfort 31004 Toulouse Cedex 6, représenté par sa Vice-Présidente

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Objet de la Convention

Engagée dans une politique de lutte contre l'exclusion et suite à la dénonciation des conventions «grands marginaux» passées entre l'Etat, les Hôpitaux de Toulouse (CHU), l'Hôpital «Joseph Ducuing» et le Centre de Santé du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Toulouse, la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne (CPAM) a décidé de prendre en charge au titre de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat les dossiers des personnes en grande précarité démunies et malades.

Public concerné

Les personnes très marginalisées qui nécessitent une délivrance rapide de soins et de médicaments pour qui l'instabilité sociale et géographique constitue un obstacle à l'accomplissement de toute formalité.

Engagements

Conformément aux plans d'action des Hôpitaux de Toulouse (CHU), de l'Hôpital «Joseph Ducuing» et au plan de lutte contre les exclusions de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne et du Centre Communal d'Action Sociale de Toulouse, les quatre partenaires s'engagent sur la base des modalités suivantes :

Article 1 - Engagements du C H U et de l'hôpital «Joseph Ducuing»

La **P**ermanence d'**A**ccès aux **S**oins de **S**anté (PASS) CHU, et l'hôpital «Joseph Ducuing» accompagnent le demandeur pour lui permettre prioritairement l'accès aux soins.

- La PASS CHU et l'Hôpital «Joseph Ducuing» transmettent le dossier complet par télécopie directement au centre Rive Droite de la CPAM, à l'aide de la fiche de signalement jointe en annexe de la présente convention. Le délai de regroupement des documents nécessaires ne peut dépasser deux mois sinon, il s'agit d'une nouvelle demande.

- La PASS CHU et l'hôpital «Joseph Ducuing» envoient l'original à XXX, l'interlocutrice - référente CPAM.

Les médicaments délivrés par la pharmacie hospitalière sont facturés sur un même titre de recettes (part légale et part complémentaire).

Article 2 - Engagements du Centre de santé du C C A S de Toulouse

Le Centre de Santé du CCAS de Toulouse accompagne le demandeur pour lui permettre prioritairement l'accès aux soins.

- Le Centre de Santé du CCAS de Toulouse transmet le dossier complet par télécopie directement au centre Rive Droite de la CPAM, à l'aide de la fiche de signalement jointe en annexe de la présente convention. Le délai de regroupement des documents nécessaires ne peut dépasser deux mois sinon, il s'agit d'une nouvelle demande.

- Le Centre de Santé du CCAS de Toulouse envoie l'original à XXX, l'interlocutrice - référente CPAM.

Article 3 - Engagements de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne

Tous les dossiers sont gérés par le centre rive droite, quelle que soit l'adresse des assurés sur le département de la Haute-Garonne. XXX, est l'interlocutrice - référente.
Toutes les pièces justificatives de ces dossiers doivent être adressées uniquement à cette personne afin d'éviter une double instruction de la CPAM sur ces dossiers.

La CPAM instruit la demande et la rapproche du fax initial.

- Si le dossier est complet, une réponse est adressée à la PASS CHU, à l'hôpital «Joseph Ducuing» ou au Centre de Santé du CCAS de Toulouse par fax au moyen de la fiche de liaison PASS/CCAS/CPAM annotée des informations relatives aux dates de droit dans un délai de trois jours accompagnée de la notification de droits. La CPAM, en parallèle, adresse l'original de cette notification par courrier à l'assuré.

- Si le dossier est incomplet, la demande de pièces ou d'informations complémentaires est retournée à la PASS CHU, à l'hôpital «Joseph Ducuing» ou au Centre de Santé du CCAS de Toulouse qui ont deux mois pour compléter le dossier. Elle est accompagnée de la demande initiale et de la fiche de liaison externe PASS/CCAS/CPAM, la CPAM conservant le fax initial pour rapprochement ultérieur. Au-delà de ce délai, il s'agit d'une nouvelle demande.

La date d'attribution pour la Couverture Maladie Universelle de Base et Complémentaire part du premier jour du mois de la demande transmise par la PASS (CHU), l'hôpital «Joseph Ducuing» ou le Centre de Santé du CCAS de Toulouse si les conditions de stabilité et de régularité (pour les ressortissants étrangers hors EEE) sont remplies à cette même date.

Pour l'Aide Médicale Etat, la date d'effet du droit à retenir est la date des soins à condition qu'à cette date le demandeur remplisse la condition de résidence ininterrompue en France de plus de trois mois.

La CPAM s'engage à rembourser la facturation des médicaments disponibles en officine de ville délivrés par la pharmacie hospitalière du CHU de Toulouse ou de l'hôpital «Joseph Ducuing».

Article 4 - Durée de l'engagement et conditions suspensives

La présente convention conclue pour une durée d'un an sera renouvelée par tacite reconduction.

Toutefois la convention peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties contractantes. Cette dénonciation doit intervenir dans un délai d'un mois avant la date d'anniversaire.

Fait à Toulouse, le

Le Directeur de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne

Le Président de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne

Le Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Le Directeur de «l'hôpital Joseph Ducuing» de Toulouse

La Vice-Présidente du Centre Communal
d'Action Sociale de Toulouse

Pour assurer les conditions de réussite de ce dispositif et répondre aux obligations légales, le CHU de Toulouse a mis en place des cellules socio-administratives sur tous les sites de l'établissement. Les personnels sont des Conseillers (ères) en économie sociale et familiale (CESF), spécifiquement formés (ées) pour assurer l'ouverture des droits santé. Les patients leur sont orientés soit par le bureau des entrées soit par les assistantes sociales. D'autres fois, ils s'adressent eux-mêmes aux cellules, ayant eu connaissance de leur existence par le bouche-à-oreille. Toutefois, toutes les situations de patients avec une couverture maladie incomplète ou sans couverture n'étant pas systématiquement décelées à l'entrée, les CESF assurent ce repérage au moyen d'enquêtes. Ils éditent une liste des patients présents à l'hôpital, matin et soir, afin de connaître leur situation en temps réel. L'état de leurs droits est ensuite vérifié grâce au logiciel de l'assurance maladie « Feu Vert ». Lorsque les droits ne sont pas ouverts ou incomplets, les CESF informent les patients et les accompagnent dans leurs démarches. Les CESF sont habilitées à constituer des dossiers de demande de couverture sociale et utilisent le protocole cité ci-dessus pour une ouverture des droits en urgence.
Ces cellules ont aussi un rôle de réflexion et d'élaboration d'outils (fiche de liaison, guide d'interprétariat…) permettant en particulier une meilleure information des personnes de nationalité étrangère. Les situations les plus difficiles à traiter sont celles des personnes qui se trouvent en situation administrative précaire (sans droits au séjour ou déboutés) sur le territoire français et qui nécessitent des soins médicaux. Les cellules vont définir dans le respect de la législation française, les droits des personnes.
Elles ont aussi une mission de sensibilisation du personnel soignant, délivrent une information sur le prix de journée – trop souvent ignoré des médecins eux-mêmes - et sur l'accès aux droits.
Elles travaillent en partenariat étroit avec le service social de l'Hôpital dont l'objectif est d'aider les personnes à retrouver une autonomie, faciliter leur insertion, les soutenir, les orienter mais aussi, prévenir et évaluer les situations de détresse. Ainsi, la cellule apporte plus particulièrement une aide aux démarches administratives.
Pour illustrer leur activité, nous présentons ici quelques éléments de leur activité en 2008. Elles ont traité plus de 3300 situations, ont obtenu une ouverture des droits CMU (base et/ou complémentaires) pour plus de 600 personnes (taux de refus inférieur à 3%), une ouverture des droits AME pour 420 personnes (taux de refus inférieur à 2%), un accès à la complémentaire santé pour 100 personnes (taux de refus à 20%) et 78 personnes ont obtenu une AME soins urgents.

Extrait bilan d'activité 2008 « cellules socio-administratives » Médecine Sociale et Humanitaire CHU de Toulouse

Annexe V. Projet multi sites canadien de recherche et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance (novembre 2008)

Note d'introduction

La présente version de l'appel de demandes a été légèrement modifiée par rapport à la traduction originale qui avait été disséminée fin 2008. Elle a été reformatée pour tenir en moins de pages (nous remercions Madame Christine Brassard du CÉR du CSSS Jeanne-Mance pour son aide à cet égard). Par ailleurs, nous avons changé la traduction de certains termes techniques. Exemple : la traduction originale traduisait « Assertive Community Treatment Teams » par « Équipes de traitement communautaire dynamique »; nous utilisons ici « Équipes de suivi intensif », ce qui est conforme à l'usage au Québec et concorde avec la terminologie utilisée dans le protocole. Nous avons corrigé quelques autres traductions. L'appel de demandes en anglais peut être téléchargé du site : http://projetrdsmimtl.ning.com/.

Préface

Le présent document est la version finale d'une ébauche que nous avons fait circuler au cours des trois derniers mois. Nous avons organisé des tribunes à l'intention des intervenants intéressés dans chacune des cinq villes qui participeront au projet. Ces discussions et d'autres délibérations de l'équipe de recherche nationale (voir l'annexe I) ont étayé la préparation de la présente version. Les changements qui ont été apportés en réponse aux commentaires incluent notamment :

- une définition plus large de la population cible qui inclut maintenant les personnes âgées de 18 ans et celles qui sont en situation de logement précairees (situation de logement précaire);
- une description plus poussée des questions et méthodes de recherche qualitatives;
- une liste plus courte des méthodes de mesure des résultats et plus de détails au sujet de la création d'un protocole commun;
- des clarifications au sujet de l'intervention expérimentale et de sa relation à des modèles de programme existants;
- une définition des soins réguliers.

Les nombreuses discussions sur le projet ont révélé que les intervenants avaient un niveau élevé d'intérêt et de bonne volonté, ce qui est gratifiant, puisque le projet exige que tous travaillent différemment de l'ordinaire. Le fait qu'il faut générer des éléments probants pertinents du point de vue stratégique et rigoureux tout en mettant en œuvre de nouveaux programmes de soutien au logement exige de trouver un équilibre entre le volet de la recherche et le volet des services. Le besoin de réaliser un projet dans plusieurs villes de manière suffisamment uniformisée pour permettre un apprentissage collectif tout en respectant les différences des contextes locaux exige à la fois des décisions ascendantes et des décisions descendantes. Le présent appel de demandes est le fruit de tous les commentaires pertinents au sujet des tensions que provoquent les points de vue potentiellement

divers des intervenants. Il s'agit de la prochaine étape dans le cadre d'un projet collaboratif qui vise à unir la mise en œuvre de bonnes interventions d'aide au logement et de soutien et les principes de l'application rigoureuse de la démarche scientifique.

1. Portée et but

Le projet multi-sites canadien de recherche et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance est rendu possible par un accord de financement entre Santé Canada et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Grâce à cet accord, du financement est accessible pour réaliser un essai d'intervention dans cinq villes conçu pour fournir des éléments probants pertinents du point de vue stratégique sur les interventions (services et systèmes) les plus susceptibles de favoriser la stabilité du logement et d'améliorer la santé et le bien-être des sans-abri et des personnes atteintes de maladie mentale.

Le projet multi-sites doit atteindre ses objectifs de service et de recherche grâce à un modèle de base de recherche commun. Les interventions incluront des services de logement et des services d'appui complémentaires prenant la forme de pratiques fondées sur des éléments probants ou de pratiques exemplaires ou prometteuses qui seront mises en œuvre dans cinq villes canadiennes grâce à la collaboration d'intervenants clés, y compris le gouvernement, des fournisseurs de services et des itinérants. La philosophie générale et le modèle utilisé en vertu desquels les programmes seront financés et les études réalisées consistent à donner la priorité au logement. Le modèle vise à mettre fin à l'itinérance et à favoriser l'intégration dans la collectivité des clients. Même si ce modèle est promu par la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance et mis en œuvre dans plusieurs villes canadiennes, nous manquons de recherches expérimentales portant sur son efficacité ou sa rentabilité à long terme dans le contexte canadien, même s'il y a des résultats prometteurs à ce jour dans des villes comme Toronto. Dans le cadre du présent projet, une comparaison des approches donnant la priorité au logement avec l'approche régulière sera exigée dans toutes les villes, dans chacune desquelles il sera aussi possible de se pencher sur les populations qui présentent un intérêt particulier. Dans le cadre de la présente recherche, il sera possible de définir et d'étudier des approches prometteuses de rechange grâce à l'ajout d'une troisième intervention de comparaison dans des sites individuels. L'objectif général est d'établir des pratiques exemplaires qui pourraient s'appliquer à l'échelle nationale.

Le projet multi-sites de recherche et de démonstration d'une durée de quatre ans sera réalisé dans les villes de Vancouver, de Winnipeg, de Toronto, de Montréal et de Moncton. Le financement sera accordé à des consortiums réunissant des chercheurs, des fournisseurs de services, des administrations et des personnes ayant été aux prises avec des problèmes de maladie mentale et l'itinérance dans ces villes.

2. Contexte

Au cours des 20 dernières années, l'itinérance est devenue un problème social important qui touche des milliers de Canadiens chaque nuit dans les villes du pays[1, 2]. En 1998, le Caucus des maires des grandes villes de la Fédération canadienne des

municipalités a déclaré que l'itinérance au Canada était une « catastrophe nationale ». Depuis, la Fédération a mis l'accent sur l'importance de ce problème pour les administrations municipales dans le cadre de diverses activités stratégiques et de lobbying[3]. Le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à un logement convenable a décrit la situation canadienne comme une « crise nationale »[4]. Des rapports récents ont mis en évidence les importantes conséquences pour la santé et les coûts élevés liés à l'itinérance au Canada[5, 6].

La prévalence des problèmes de santé mentale et de toxicomanie parmi les sans-abri est beaucoup plus élevée que dans la population générale[2, 5, 6, 7]. Parmi les problèmes de santé mentale qui touchent les sans-abri, mentionnons les maladies mentales graves et persistantes comme la schizophrénie et les troubles affectifs[2, 6, 7]. En outre, les troubles concomitants sont chose commune au sein de cette population, particulièrement chez les hommes célibataires[2, 5, 6, 7]. Des recherches ont révélé que, même si les personnes atteintes de maladie mentale grave et persistante ne sont qu'une minorité au sein de la population itinérante, elles sont plus susceptibles de se retrouver plus souvent et pendant plus longtemps sans abri et ont besoin de plus de services de santé et sociaux que les autres sans-abri[5, 6, 8].

Jusqu'à présent, un nombre restreint d'études universitaires se sont penchées sur l'efficacité des interventions visant à fournir un logement et un soutien aux personnes ayant des maladies mentales qui sont sans-abri. En outre, toutes ces études ont été réalisées aux États-Unis[9]. Elles ont révélé que les programmes qui fournissent des logements et un soutien aux personnes ayant des maladies mentales graves permettent efficacement de réduire l'itinérance et l'hospitalisation et produisent d'autres résultats positifs (p. ex. le bien-être)[9].

2.1. Recherches pertinentes

Pathways. L'approche *Pathways*, qui réunit l'offre de logements subventionnés (grâce à des suppléments de loyer) et la dispensation d'un suivi intensif (SI) en équipe dans la communauté[i], s'est avérée l'approche la plus efficace pour réduire l'itinérance des participants au programme et favoriser la stabilité du logement[9]. Deux études ont examiné l'efficacité du programme *Pathways* pour fournir des services de logement et de soutien aux personnes ayant des troubles mentaux importants, y compris des personnes ayant des troubles concomitants[10, 11, 12, 13].

Dans le cadre de la première étude, les chercheurs ont utilisé un modèle quasi expérimental pour comparer les gens qui bénéficiaient de services de logement et de soutien aux personnes qui recevaient des « soins réguliers »[10, 11]. Les constatations ont révélé qu'une proportion plus importante des gens recevant des services de logement et de soutien par l'entremise du programme *Pathways* étaient logés en permanence sur une période de cinq ans[10, 11].

Dans le cadre de la deuxième étude, un modèle expérimental a été utilisé pour comparer le modèle *Pathways* et les soins réguliers[12, 13]. Après une période

[i] Nous avons traduit par « suivi intensif en équipe dans la communauté » l'expression désignée en anglais « assertive community treatment ». Dans tout le texte, nous utiliserons le terme « suivi intensif » pour désigner le modèle Assertive Community Treatment, ou plus précisément, la légère adaptation de ce modèle qui en a été faite par Sam Tsemberis à New York – en particulier pour le rendre plus conforme à l'objectif de favoriser le rétablissement des clients.

de 24 mois, les membres du groupe qui bénéficiait du programme *Pathways* s'étaient trouvé un logement plus rapidement, conservaient leur logement de manière plus stable, réduisaient davantage leur recours aux services institutionnels (hospitalisations et établissements correctionnels) et déclaraient avoir l'impression de pouvoir choisir davantage leur logement que les autres[12, 13].

À la lumière de ces deux études, la méthode *Pathways* s'est avérée une intervention appuyée par des données empiriques à l'intention des gens ayant de graves troubles mentaux qui sont sans-abri, y compris ceux ayant des troubles concomitants. Créée à New York, cette méthode est actuellement utilisée à Calgary, et de nombreuses villes américaines[14]. À la lumière des constatations de recherche et du potentiel qu'a cette méthode d'aider les sans-abri qui ont des besoins complexes, procéder à des recherches supplémentaires sur la question est justifié.

En raison des différences en matière de soins de santé et de politiques sociales aux États-Unis et au Canada, nous ne savons pas si l'approche *Pathways* s'avérera efficace dans le contexte canadien. En outre, nous ne savons pas si l'approche sera également efficace parmi les différentes sous-populations (c.-à-d. selon le sexe, l'âge, la présence de troubles concomitants, le statut d'Autochtone et le statut d'immigrant) des différentes villes canadiennes. Les deux études précédentes ciblaient uniquement la stabilité du logement, les symptômes psychiatriques, la toxicomanie, le recours aux services et la perception quant au choix du logement. L'intégration communautaire, l'emploi et la santé physique sont aussi d'importants résultats dignes de mention. En outre, elles n'ont pas évalué les coûts et les avantages ni la rentabilité de l'approche *Pathways* comparativement aux soins réguliers ou à d'autres approches de priorité au logement. Enfin, les études sur l'approche *Pathways* ne comportaient pas une évaluation de la fidélité visant à déterminer si les éléments clés de l'approche étaient mis en œuvre et examiner en quoi cette fidélité produisait les résultats.

Streets to Homes. Une version canadienne de ce type de programme donnant la priorité au logement est le programme *Streets to Homes*, à Toronto[15], qui a été créé en 2005 par le Conseil de ville de Toronto en tant que stratégie visant à éliminer l'itinérance dans ses rues. On l'a élaboré de manière indépendante de l'expérience américaine de *Housing First*.

Les principes de la stratégie *Streets to Homes* incluent aider les gens à passer directement de la rue à un logement, fournir des services d'une manière axée sur les clients et les solutions et aider les personnes à tirer avantage des divers services accessibles dans la collectivité afin de répondre à leurs besoins. Dans le cadre du programme, des travailleurs des services d'approche œuvrent auprès des clients individuellement afin de les aider à trouver un logement et à y déménager et à avoir accès aux services de santé et sociaux dont ils ont besoin[15].

Le programme *Streets to Homes* a fait l'objet d'évaluations indépendantes réalisées par des experts des domaines du logement, de l'itinérance, de l'élaboration de politiques, des soins de santé et de l'assurance de la qualité. Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Ressources

humaines et Développement social Canada et la Building and Social Housing Foundation des World Habitat Awards, ce programme est une pratique exemplaire. Tous les volets du programme ont fait l'objet d'évaluations indépendantes afin de confirmer la conformité avec les normes d'assurance de la qualité élaborées par l'Institut national de la qualité, et ont reçu 12 prix à cet égard. La National Alliance to End Homelessness de Washington fait la promotion du programme. Enfin, le programme *Streets to Homes* a reçu une mention honorable du prix Arthur Kroeger pour son impact sur la politique publique au Canada.

Les recherches portant sur le programme *Streets to Homes* incluent un sondage après l'occupation d'un échantillon de commodité de clients servis par le programme. Le sondage a révélé que les clients étaient satisfaits de leur logement et ont déclaré que leur qualité de vie s'était améliorée (santé mentale et physique, sécurité personnelle, qualité et quantité de l'alimentation, sommeil, interaction sociale et niveau de stress). Les participants à l'étude ont aussi déclaré une diminution de la consommation d'alcool et de drogues, une réduction de leur recours à des services de santé d'urgence et une augmentation de leur recours à des services médicaux prévus (p. ex. médecin généraliste et psychiatre)[15]. Un examen des statistiques du programme a révélé que plus de 90 % des 2 200 clients qui ont trouvé un logement grâce au programme l'avaient conservé depuis le début du programme en février 2005.

Une seule étude universitaire publiée évalue une approche rassemblant l'aide au logement et des services de soutien qui s'apparente au modèle *Streets to Homes*[16]. Utilisant un devis expérimental, les chercheurs ont comparé l'efficacité des services de logement et de soutien sous la forme d'une gestion de cas globale ou traditionnelle par rapport aux soins réguliers. L'étude a conclu que l'approche combinant l'aide au logement et le soutien permettait plus efficacement que la prestation de soins réguliers de favoriser la stabilité du logement et de réduire les hospitalisations et les séjours en prison.

Le programme *Streets to Homes* reprend beaucoup des éléments de l'approche *Pathways*, notamment le fait que les services visent à aider les gens à trouver un logement de leur choix et à y déménager pour ensuite les soutenir afin qu'ils puissent y rester, mais il est structuré différemment. Le programme *Streets to Homes* est un modèle de prestation de services intégrés qui regroupe plus de 30 organismes sans but lucratif et des employés des villes. La ville est responsable de l'administration centrale de l'exécution du programme. Le programme sert aussi une plus vaste population, incluant tous ceux qui sont dans la rue plutôt qu'uniquement ceux ayant des maladies mentales graves, comme le fait l'approche *Pathways*. Les intervenants ont de l'expérience en matière de prestation de soins à des sous-groupes ayant moins de besoins, sous-groupes dont on ne parle pas beaucoup dans les ouvrages et articles publiés. Pour les sous-groupes qui ont des besoins plus grands, un suivi plus intensif et des équipes de repérage multidisciplinaires sont disponibles.

Le programme *Streets to Homes* est une pratique exemplaire, mais peu de constatations de recherches universitaires en confirment l'efficacité. Pour le moment, nous ne savons pas si le programme *Streets to Homes* est efficace comparativement aux soins réguliers ou à d'autres approches de de type

Logement d'abord. En outre, le type de personnes pour qui le programme *Streets to Homes* est efficace n'est pas connu. Il n'est pas clair non plus si le programme *Streets to Homes* fonctionnerait dans différentes villes canadiennes. Enfin, les aspects les plus importants du programme *Streets to Homes* n'ont pas encore été identifiés.

2.1.1 Recherches pertinentes et projets de démonstration de la CSMC

Les programmes *Pathways* et *Streets to Homes* sont présentés dans le présent appel de demandes en tant qu'exemples de mesures donnant la priorité au logement. Puisque les deux programmes sont assortis d'éléments de preuve convaincants selon lesquels il s'agit de pratiques exemplaires et prometteuses et qu'ils ont fait l'objet d'évaluations indépendantes, on s'attend à ce que des **volets** de chacun des programmes soient repris dans chacun des sites de démonstration — comme il est indiqué ultérieurement dans le présent appel de demandes. Cependant, l'objectif **n'est pas** de reprendre l'ensemble de ces programmes.

En outre, la méthode de recherche est structurée de manière à mettre à l'essai une intervention comme le programme *Pathways* et de la comparer aux soins réguliers à l'intention de personnes ayant des besoins élevés et de mettre à l'essai une intervention comme le programme *Streets to Homes* et de la comparer aux soins réguliers à l'intention de personnes ayant des besoins modérés. L'approche *Pathways* n'est pas comparée à l'approche *Streets to Homes*.

3. Objectifs pertinents de l'accord de Santé Canada

3.1. Réaliser des projets de recherche et de démonstration au Canada afin de produire des éléments probants du point de vue stratégique et des programmes sur les interventions (services et systèmes) les plus susceptibles de favoriser la stabilité du logement et d'améliorer la santé et le bien-être des sans-abri et des personnes atteintes de maladie mentale.

3.2. Cerner les approches rentables permettant d'intégrer le soutien au logement et d'autres formes de soutien et de services ou d'autres conditions de réussite qui favorisent les changements positifs et à long terme de la qualité de vie des populations visées.

3.3. Contribuer à l'élaboration de pratiques exemplaires et de leçons apprises qui pourront être appliquées dans le cadre d'efforts futurs visant la santé mentale et l'itinérance au Canada.

3.4. Cerner les solutions et les problèmes particuliers et les risques uniques des divers groupes ethnoculturels formant la population visée.

3.5. À titre de réalisation du projet, favoriser des améliorations au système de soutien de chaque site de projet qui s'attaque à la fragmentation en renforçant l'intégration et le soutien systémiques, comme des solutions de technologies de l'information sur le terrain.

3.6. Créer des capacités d'offrir des services et de procéder à des évaluations qui perdureront après les projets.

4. Questions de recherche

Afin d'atteindre les objectifs énoncés ci-dessus, dans le cadre du présent projet réalisé dans plusieurs villes, il faudra mobiliser divers intervenants dans un processus collaboratif et intégré de production et de transfert de connaissances qui permet de répondre aux questions de recherche suivantes :

- De quelle manière est-ce que les différents sites se mobilisent, créent un consortium d'intervenants divers, négocient avec l'équipe de recherche sur l'itinérance de la CSMC et planifient l'intervention?
- Quels sont l'efficacité, les coûts et les avantages et la rentabilité d'une approche *donnant la priorité au logement* éprouvée en comparaison des soins réguliers pour les sans-abri adultes et non accompagnés qui ont des besoins élevés et qui vivent en zone urbaine[ii]
- Quels sont l'efficacité, les coûts et les avantages et la rentabilité d'une approche *donnant la priorité au logement* prometteuse en comparaison des soins réguliers pour les sans-abri adultes et non accompagnés qui ont des besoins modérés et qui vivent en zone urbaine?
- Quels sont les ingrédients clés du modèle *donnant la priorité au logement* et les modifications nécessaires pour l'appliquer efficacement dans des villes de différentes tailles et pour répondre efficacement aux besoins des sous-populations?
- Quelles sont les caractéristiques démographiques et cliniques qui réduisent l'efficacité de l'intervention (p. ex. âge, sexe, ethnie, statut d'Autochtone, antécédents juridiques, toxicomanie, cooccurrence de déficience intellectuelle, ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et l'état de santé)?
- Quelle est la différence entre les résultats et les coûts des services offerts aux nouveaux sans-abri et ceux des services fournis aux personnes qui le sont depuis longtemps?
- Quels sont les aspects du processus de mise en œuvre qui influent sur ceux qui réussissent et ceux qui ne réussissent pas (p. ex. alliance relative au travail, facteurs de la capacité d'adaptation et la maîtrise de soi et la perception de faire un choix)?
- Quelle est l'incidence du contexte local et des besoins uniques de sous-groupes particuliers sur la mise en œuvre de l'intervention et les défis rencontrés durant la mise en œuvre?
- En quoi les antécédents et l'expérience des participants liés à l'intervention et aux conditions de contrôle diffèrent au fil du temps, et de quelle manière ceux-ci peuvent-ils avoir une incidence sur la pratique, la prestation de services et les répercussions stratégiques de l'étude (en mettant un accent particulier sur le sexe, le statut d'Autochtone et les différences culturelles)?

[ii] Il convient de signaler que, à Moncton, l'échantillon ne sera pas classé par niveaux de besoins, mais une équipe multidisciplinaire offrira un niveau variable d'intensité des services.

- Quelles sont les approches en matière de prestation de services de rechange pouvant donner les mêmes résultats ou de meilleurs résultats, et quels en sont les coûts?
- Y a-t-il des modifications nécessaires pour mettre en œuvre efficacement le modèle *donnant la priorité au logement* dans une ville de taille moyenne? En particulier, combien de clients auront besoin de services plus intensifs, et de quelle manière pouvons-nous répondre le mieux à leurs besoins?

5. Principes et paramètres

5.1 Principes directeurs du projet

- S'assurer que les gens qui ont été aux prises avec la maladie mentale et l'itinérance participent à la planification et la prestation de toutes les formes de soutien et de tous les services et participent à l'établissement des questions et des méthodes de recherche utilisées dans le cadre des projets de démonstration.
- S'efforcer d'améliorer à long terme la qualité de vie des participants.
- Tenter de faciliter la transition et aider les participants après les projets de démonstration.
- Élaborer une base de connaissances à partir des projets de recherche et de démonstration afin de pouvoir, au bout du compte, fournir des interventions plus efficaces à l'intention des sans-abri qui ont des troubles mentaux.
- S'appuyer sur les travaux réalisés par les villes et les provinces et d'autres pratiques prometteuses afin de maximiser l'ampleur des résultats et l'impact de l'étude.
- S'assurer que des activités de recherche sont entreprises d'une manière éthique et qu'elles respectent les normes et les pratiques d'excellence généralement acceptées.
- Appuyer le volet visant l'échange des connaissances du mandat de la CSMC.
- Favoriser la collaboration et le partenariat des gouvernements fédéral et provinciaux, des administrations municipales et des secteurs sans but lucratif et privé afin d'aller chercher des fonds et d'éviter les chevauchements.
- Créer des mécanismes pour collaborer avec les communautés autochtones afin de garantir l'utilisation d'approches qui tiennent compte des différences culturelles.

- Travailler avec les collectivités afin de favoriser les résultats à long terme et la mobilisation.
- Aider à réduire la fragmentation par le truchement d'une intégration accrue au système, y compris une collaboration pangouvernementale.
- Travailler en collaboration avec les partenaires afin d'élaborer un plan de durabilité.

5.2. Définition de la population ciblée

Les critères pour pouvoir participer au projet de recherche et de démonstration sont les suivants :

- statut juridique d'adulte (âgé de 18 ans ou plus);
- respect de la définition d'itinérance absolue OU de logement précaire donnée ci-dessous;
- présence de tout trouble mental grave[iii], qu'il soit ou non accompagné de toxicomanie, mais n'exigeant pas un diagnostic officiel au moment de l'acceptation dans le projet.

Itinérance absolue : La notion d'itinérance renvoie à l'absence d'un abri physique régulier fixe. Cette définition (conservatrice) est appelée itinérance *absolue* selon les Nations Unies, et incluent ceux qui vivent durement dans un endroit public ou privé qui n'est pas habituellement utilisé comme installation de couchage à l'intention des êtres humains (p. ex. à l'extérieur, dans la rue, dans un parc ou sur une plage, dans une entrée de porte, dans des véhicules stationnés, dans des « squats » ou dans des garages de stationnement) ainsi que ceux dont la principale résidence de nuit est une installation d'urgence publique ou privée supervisée (p. ex. refuge ou résidence)[iv]. Plus précisément, être sans-abri est défini comme *ne pas avoir d'endroit fixe où dormir pendant plus de sept jours et être peu susceptible d'obtenir un logement durant le mois à venir*[v] ou avoir obtenu son congé d'une institution, d'une prison, d'un hôpital sans posséder d'adresse fixe.

Logement précaire : Les personnes qui sont en situation de logement précaire sont aussi incluses dans la population ciblée. Il s'agit de celles dont la résidence principale est un logement pour personne seule, une maison de chambres ou un hôtel ou un motel. En outre, au cours de la dernière année, les personnes en situation de logement précaire doivent avoir été victimes d'itinérance absolue (tel que défini ci-dessus) à au moins deux reprises pour respecter les critères d'inclusion.

Exclusions : Les personnes exclues sont : (i) ceux *qui se retrouvent parfois sans abri*, c'est-à-dire ceux dont le logement régulier ne répond pas aux normes de base (comme être trop nombreux dans un logement ou vivre dans des conditions dangereuses); (ii) les personnes *qui sont à risque de devenir sans-abri* comme ceux qui restent de manière officieuse et non permanente chez des amis ou des membres de leur famille (p. ex. partage de logement, ou « dormir sur le sofa »), (iii) ceux qui sont *en transition* (p. ex. femmes ou jeunes qui se rendent dans des maisons ou des foyers de transition afin de fuir de la violence familiale), (iv) ceux qui sont *temporairement* sans logement (p. ex. logement perdu durant une relativement courte période en raison d'un désastre comme un incendie ou d'une modification de leur situation économique ou personnelle comme une séparation ou une perte d'emploi) et (v) ceux qui vivent dans des établissements à long terme.

[iii] Les troubles mentaux graves sont définis en fonction du diagnostic, de la durée et de l'invalidité.

[iv] La définition des Nations Unies de l'itinérance incluait à l'origine les personnes en transition qui vivaient dans des foyers de transition et des maisons de refuge. Dans le cadre du présent projet, nous avons modifié cette définition afin d'exclure ce sous-groupe

[v] Définition tirée de Tolomiczenko et Goering (2000). « Gender differences in legal involvement among homeless shelter users ».

5.2.1. Classification selon que les besoins sont élevés ou modérés

La classification en fonction des besoins élevés et modérés correspond à la section 3 des normes ontariennes pour les équipes de suivi intensif (octobre 1998). Les critères utilisés pour choisir les clients ayant le plus besoin de leurs services. Les critères sont les suivants :

Le client ayant une maladie mentale grave et deux des problèmes suivants ou plus, problèmes qui sont des indicateurs de besoins continuellement élevés en matière de services (c.-à-d. plus de huit heures par mois) :

a. Recours élevé aux services hospitaliers de premier niveau ou aux services spécialisés en hôpitaux, aux soins tertiaires ou aux services psychiatriques d'urgence comme les services d'intervention en cas de crise.

b. Cas difficile (c.-à-d. persistant ou très récurrent), graves symptômes majeurs (p. ex. affectif, psychotique, suicidaire ou délirant).

c. Trouble de toxicomanie cooccurrent de durée importante (p. ex. plus de six mois).

d. Risque élevé ou antécédent récent de démêlés avec la justice pénale (p. ex. arrestation et incarcération).

e. Incapacité de répondre à ses besoins de base[vi].

f. Être hospitalisé ou rester dans une résidence communautaire supervisée, mais être considéré, du point de vue clinique, comme en mesure de vivre de manière plus indépendante si des services intensifs sont fournis ou exigeant un placement en résidence ou en établissement si des services plus intensifs ne sont pas accessibles.

Les participants à l'étude qui respectent au moins deux des critères énoncés ci-dessus seront considérés comme ayant des besoins élevés. Ces clients seront servis par des équipes de SI (de type *Pathways*) ou recevront des soins réguliers.

Tous les autres participants de l'étude qui respectent les critères d'inclusion seront considérés comme ayant des besoins modérés. Ces clients recevront un suivi d'intensité variable (SIV) (de type *Streets to Homes*) ou recevront des soins réguliers.

5.3 Taille de l'échantillon et recrutement

Chacun des quatre lieux d'étude urbains devrait compter au moins quatre groupes, deux groupes expérimentaux (l'approche qui donne la priorité au logement aux personnes ayant des besoins élevés ou modérés) et deux groupes de comparaison (soins réguliers offerts aux personnes ayant des besoins élevés et modérés). Des chercheurs recruteront 100 personnes dans chaque groupe afin

[vi] La sous-section e a été modifiée dans le cadre du projet actuel. Initialement, elle portait sur l'incapacité de répondre à ses besoins de base – ou rester dans un logement insalubre, être sans-abri ou être à risque de le devenir imminemment. La sous-section a été modifiée afin d'éliminer la référence à l'état de l'habitation puisque tous les participants du projet seront sans-abri.

de garantir qu'au moins 75 y sont encore aux fins d'analyse pour toute la durée du suivi (si les sites de recherche locaux ajoutent un troisième groupe de comparaison, alors il faudra recruter 100 autres participants). À Moncton, il y aura seulement un groupe expérimental de 75 à 100 participants, étant donné que la population de base y est peu nombreuse, et l'échantillon ne sera pas classé par niveaux de besoins; nous commencerons plutôt par les interventions moins intensives et ajouterons ensuite des mesures de soutien pour les personnes qui ont de plus grands besoins, tout au long du projet.

Le recrutement des participants à l'étude peut avoir lieu dans n'importe quel point d'entrée. Les participants peuvent être trouvés dans des foyers, dans les rues, dans des salles d'urgence ou au moment de leur sortie d'hôpitaux ou d'établissements correctionnels ou dans des logements pour personne seule ou des maisons de chambres s'ils ont déjà connu des épisodes d'itinérance. Selon toute vraisemblance, la population ciblée sera composée de ceux qui ne seront pas actuellement bien servis par les systèmes de logement et de services de chaque ville. Dans toutes nos villes, on trouve beaucoup de telles personnes. L'objectif du présent projet sera de donner des résultats qui pourront informer les décideurs au sujet des options qui s'offrent à eux pour fournir des logements et du soutien à ceux qui ne sont pas en mesure d'utiliser les services et les soutiens actuels. Dans le cadre des activités de recrutement, il faut inclure ceux qui respectent cette définition. Les outils qui seront utilisés aux fins de sélection et de détermination incluront une autoévaluation et des observations des personnes ayant aiguillé le client et de l'intervieweur. Ils seront proposés par l'équipe de recherche nationale et peaufinés à la lumière des commentaires des enquêteurs locaux. Les enquêteurs locaux devront déterminer les détails liés au recrutement et à la randomisation des participants avec les fournisseurs de services.

5.4 Exigences relatives au modèle de base de la recherche

Dans le cadre du projet de démonstration, *tous les sites devront utiliser un modèle de base de recherche commun*. Cela est nécessaire pour que nous puissions rassembler et comparer les données des cinq villes. Les projets de démonstration particuliers de chaque site devront être adaptés aux environnements et aux contextes culturels différents. Cependant, il doit tout de même y avoir une normalisation et une définition suffisantes des éléments de base permettant de mettre en place une intervention commune afin que d'autres puissent comprendre et reproduire ce qui a été appris. Cela exige la normalisation des fonctions et des processus de l'intervention, tandis que la forme des volets eux-mêmes peut être adaptée aux conditions locales[17].

Il sera possible, dans les sites locaux, d'ajouter des sous-études propres au contexte, tant et aussi longtemps que cela n'interfère pas avec l'étude principale. Par exemple, un site peut ajouter un volet de base de données administratives afin de mieux comprendre les résultats systémiques ou peut mettre en œuvre une deuxième intervention afin d'examiner les effets de réunir les appartements plutôt que les disperser.

La recherche consistera en un *essai pratique pragmatique et multi-sites portant sur l'efficacité et les coûts* d'une intervention communautaire complexe qui tire profit de méthodes mixtes. Les méthodes d'enquête efficaces dans le cas

d'interventions complexes sont différentes de celles utilisées dans le cadre d'essais cliniques contrôlés[18, 19]. Il s'agit de la meilleure manière de mettre à l'essai l'efficacité d'une intervention dans des conditions de vie réelle. Cela inclut répartir aléatoirement les participants dans des groupes expérimentaux et des groupes de soins réguliers. La définition du groupe ciblé et la nature des conditions expérimentales doivent être la même dans tous les sites. Il sera nécessaire d'effectuer des comparaisons avec les soins réguliers dans toutes les villes. Des données qualitatives sur les histoires personnelles des participants viendront compléter les renseignements découlant de mesures quantitatives, permettant ainsi de mieux comprendre les stratégies visant à améliorer les résultats en matière de logement, les effets sur la santé et l'interaction sociale des personnes qui sont itinérantes ou qui ont des maladies mentales.

5.5 Éléments de l'intervention expérimentale

Nous procéderons maintenant à une description proposée des principaux éléments des conditions expérimentales. Ces éléments permettent de définir le modèle de programme et constituent les normes en fonction desquelles la fidélité devra être mesurée, en tenant compte du fait qu'il peut y avoir des écarts justifiés en raison des conditions locales.

Nous proposons deux variations de programme dans le modèle *qui donne la priorité au logement*. Il s'agit des volets minimaux de base qui seront financés et étudiés dans tous les sites en fonction d'une population cible définie. Les deux programmes partagent les caractéristiques énoncées ci-dessous.

L'approche visant à *donner la priorité au logement* crée une culture axée sur le rétablissement qui met le choix du consommateur et du locataire au centre de toutes les considérations liées à la prestation d'un logement et de services de soutien. Elle découle du principe que tous les sans-abri ayant des troubles mentaux devraient se voir offrir l'occasion de vivre dans différents types de logements permanents qui sont autrement accessibles aux personnes qui n'ont pas de problèmes psychiatriques ou qui n'ont pas de handicap. Il faut cerner les participants potentiels et assurer leur participation grâce à des activités de sensibilisation et de participation dynamiques. Des suppléments de loyer sont fournis afin que les participants consacrent 30 % ou moins de leur revenu à leur loyer sur le marché. Les clients peuvent aussi vivre dans des logements sociaux, subventionnés ou alternatifs, et dans ces logements, le supplément de loyer n'est pas nécessaire. Des services de traitement et de soutien sont fournis sur une base volontaire par des cliniciens ou des fournisseurs de services situés à l'extérieur du site. Les droits juridiques liés à la tenance à bail sont respectés. Quand cela est possible, le bail doit être au nom du client, et non du programme, afin de permettre aux consommateurs/locataires de se rétablir et de devenir autonomes et afin de les aider à devenir totalement indépendants. Il s'agit essentiellement d'un programme d'aide au logement exécuté sans imposer de conditions liées à l'aptitude à tenir un logement comme la participation à des traitements. Cependant, les consommateurs doivent accepter qu'un montant raisonnable de leur revenu sert à payer leur loyer et que du personnel du programme leur rende visite dans leur logement au moins une fois par semaine aussi longtemps que leur niveau de besoins l'exige. Les responsables du programme contrôlent l'accès des clients au bassin de logements, principalement en facilitant la location

d'appartements de propriétaires de la collectivité. Si les logements sont dispersés, un maximum de 20 % des unités d'un même immeuble devraient être consacrées au programme afin de faciliter l'intégration communautaire.

L'ensemble des services nécessaires pour fournir un soutien et des traitements aux personnes ayant des troubles mentaux et, au besoin, de toxicomanie différera, d'une certaine manière, en fonction du niveau de gravité de ceux-ci et du handicap des participants. Tous les services sont adaptés aux besoins et aux préférences des participants, y compris des mesures d'adaptation culturelle. Les services sont fournis dans un environnement naturel. Le personnel travaille avec les participants pour qu'ils obtiennent et conservent un logement et qu'ils prennent soin de leur santé et pour réduire les répercussions négatives de la consommation de drogues. Il faut aussi fournir aux clients un accès à des meubles.

5.5.1 Éléments précis selon les différents niveaux de besoins

Le SI couplé à l'approche de soutien au logement (p. ex. le programme *Pathways*) est une approche dont l'efficacité a été prouvée par des recherches universitaires. Pour ce qui est des personnes qui ont des besoins élevés et qui n'ont pas été en mesure d'avoir accès à des logements et des services traditionnels, les services seront fournis par une équipe de SI modifiée telle que *Pathways* et décrite plus en détail ailleurs[vii]. À l'aide de l'équipe de SI et d'immeubles à appartements dispersés indépendants, ce modèle permet de fournir la plupart des services directement. La même équipe est responsable de la mobilisation, du déménagement et du traitement du soutien à long terme. La philosophie de l'équipe est axée sur le rétablissement, et l'approche en matière du SI est légèrement modifiée pour être fondée sur le choix des consommateurs pour tous les services, y compris les types de logement et leur emplacement ainsi que tous les services de soutien et de traitement. Les membres des équipes de SI pourront offrir des interventions fondées sur des éléments probants qui favorisent le rétablissement, y compris la prise en charge de la maladie, des techniques d'entrevue motivationnelle, des programmes de traitement des troubles concomitants intégrés et des services de soutien à l'emploi. On offre aussi des services d'entretien ménager, au besoin. Les employés du programme participent étroitement aux processus d'admission et de congé des hôpitaux et ont un accès direct aux soins primaires. Sept jours sur sept et 24 heures sur 24, des services sont accessibles aux personnes en situation de crise. L'équipe est située dans une agence de services, possède un ratio client/employé de dix pour un ou moins et inclut un spécialiste de l'orientation professionnelle, un psychiatre et une infirmière. Toutes les équipes comptent au moins un spécialiste accrédité en entraide et tous les membres de l'équipe connaissent tous les participants du programme et travaillent avec eux. Les équipes se réunissent quotidiennement pour planifier et examiner les soins qu'elles offrent et respectent toutes les normes de fidélité du suivi intensif en équipe.

[vii] Pour de plus amples renseignements au sujet du programme *Pathways*, veuillez consultez le site Web suivant : http://www.pathwaystohousing.org/Articles/Publications.html.

Le programme *Pathways to Housing* participera à la formation de tous les promoteurs retenus au sujet de la prestation du modèle aux gens ayant des besoins élevés. Cela permettra de garantir l'uniformisation qui est nécessaire dans le cadre des évaluations multi-sites. Il ne s'agit pas, cependant, d'une reprise de l'ensemble du programme *Pathways*.

En ce qui a trait aux personnes qui ont des besoins modérés, les services peuvent être fournis en utilisant une approche prometteuse, c'est-à-dire un soutien d'intensité variable (SIV) de type *Streets to Homes*[viii] pour traiter cette sous-population. Cette approche créée à Toronto est actuellement mise en œuvre dans beaucoup d'autres milieux urbains au Canada et aux États-Unis. Dans ce modèle, les clients sont associés principalement à un travailleur plutôt qu'à une équipe.

L'approche SIV de type *Streets to Homes*[ix] est une pratique exemplaire qui exige d'unir l'expertise d'un large éventail de fournisseurs de services et de praticiens dans une structure administrative centralisée qui coordonne le soutien au logement et les services. Dans ce modèle, on recrute les clients grâce à des activités de repérage dans la rue. Le travailleur de rue est principalement responsable d'aider la personne à obtenir un logement. Le soutien de suivi est fonction de l'emplacement géographique et de l'ampleur des besoins du client. Cela est déterminé à l'aide d'outils d'évaluation éprouvés. Les services de soutien de suivi durent au moins un an et sont établis en fonction d'un modèle de réduction progressive du soutien fondé sur l'atteinte de jalons en matière d'autonomie dans la vie quotidienne. Le programme *Streets to Homes* utilise des techniques de counseling motivationnel, et établit des liens vers des services de soutien à l'emploi et des évaluations psychologiques et occupationnelles portant sur l'emploi. Les travailleurs de rue et les personnes chargées du soutien de suivi conservent un ratio de 20 pour 1. On détermine le type de soutien nécessaire en utilisant l'« étoile des résultats » et l'outil d'évaluation de suivi. Les clients doivent être accompagnés à tous leurs rendez-vous par les employés chargés de la sensibilisation et du suivi, et il faut utiliser un modèle de prestation de services uniforme.

Nous convenons qu'il peut y avoir d'autres volets de services propres à un système de services local (p. ex. des services d'évaluation et d'aiguillage, des centres sociaux et de loisirs et des processus de demandes de logements sociaux). La mesure dans laquelle les variations du contexte local ont une incidence sur la mise en œuvre et les résultats des interventions communes sera contrôlée puisque de tels éléments peuvent avoir une incidence sur l'efficacité générale.

[viii] Dans le cadre du programme *Streets to homes*, on sert des clients ayant des problèmes modérés ou élevés. Dans le cadre de la présente étude, nous nous sommes penchés uniquement sur le volet du programme à l'intention des clients ayant des besoins modérés.

[ix] Il convient de signaler que l'intervention expérimentale est une version modifiée du programme *Streets to Homes* à Toronto. Les éléments du programme qui sont très semblables à l'intervention auprès des personnes ayant des besoins élevés, p. ex. la présence d'une équipe multidisciplinaire mobile et un ratio de 1 pour 10 en matière de gestion de cas, ne sont pas inclus dans cette approche expérimentale de prestation de services visant, au sein de l'ensemble de la population, ceux dont les besoins sont modérés.

Le programme *Streets to Homes* participera à la formation de tous les promoteurs retenus au sujet de la prestation du modèle aux gens ayant des besoins modérés. Cela permettra de garantir l'uniformisation qui est nécessaire dans le cadre des évaluations multi-sites. Il ne s'agit pas, cependant, d'une reprise de l'ensemble du programme *Streets to Homes*.

Le tableau qui suit présente les caractéristiques clés du modèle d'intervention expérimentale *donnant la priorité au logement* et les éléments uniques des deux approches associées à ce modèle.

Tableau 1. Caractéristiques clés de l'intervention expérimentale

<table>
<tr><th colspan="2">Modèle donnant la priorité au logement (Logement d'abord)</th></tr>
<tr><td colspan="2">• Culture axée sur le rétablissement
• Fondé sur le choix de tous les services par le consommateur
• Seules exigences : revenu versé directement pour le loyer; visite au moins une fois par semaine pendant une période de suivi déterminée d'avance
• Suppléments de loyer pour les personnes ayant obtenu un logement sur le marché : les participants payent 30 % ou moins de leur revenu ou la partie de l'aide sociale qui couvre le logement
• Caractère volontaire des services de traitement et de soutien – cliniciens et fournisseurs de services situés à l'extérieur du site
• Droits juridiques de tenance à bail (pas de bail principal)
• Aucune condition liée à l'aptitude à tenir un logement
• Les responsables du programme facilitent l'accès au bassin de logements
• Les appartements sont des habitations indépendantes principalement dans des endroits dispersés
• Les services sont personnalisés, y compris la prise de mesures d'adaptation culturelle
• Réduction des répercussions négatives de la consommation de drogues
• Disponibilité de services d'ameublement et possiblement d'entretien
• L'hébergement n'est pas lié à une promesse de suivre des traitements</td></tr>
<tr><th>(SI – besoins élevés)</th><th>(SIV – besoins modérés)</th></tr>
</table>

• Équipe de SI axée sur le rétablissement • Ratio client/employé de 10 pour 1 ou moins, y compris un psychiatre et une infirmière • Les employés du programme participent étroitement aux admissions et aux congés des hôpitaux • Les équipes se rencontrent quotidiennement et incluent au moins un spécialiste des services d'entraide • Services d'urgence sept jours sur sept et 24 heures sur 24	• SIV pendant au moins un an une fois un logement trouvé • Ratio client/employé de 20 pour 1 ou moins • Efforts intégrés de plusieurs travailleurs et organismes • Les travailleurs accompagnent les clients à leurs rendez-vous • Affectation centralisée et conférences mensuelles sur les dossiers • Services sept jours sur sept, 12 heures par jour

5.5.2 Soins réguliers

Dans chaque ville, les interventions expérimentales seront comparées aux « soins réguliers ». Ce n'est pas la même chose qu'un « groupe de contrôle », tel qu'on le définit habituellement dans le cadre d'essais cliniques et dont l'objectif est de déterminer l'efficacité d'un traitement. Cela se rapproche plus des études d'efficacité en psychothérapie, où l'on compare une nouvelle intervention au « traitement régulier », c'est-à-dire le traitement que les patients recevraient s'ils ne participaient pas à l'étude. Dans le cadre d'essais cliniques aléatoires, le traitement offert au groupe expérimental et au groupe de contrôle est minutieusement contrôlé d'une manière prescrite afin que ce soit seulement un élément de traitement prédéfini qui diffère. Dans les essais de services de santé, l'objectif est de comparer une nouvelle approche complexe en matière de prestation de services à l'expérience « réelle » qu'offrent à ce moment les systèmes de soins. Cela signifie qu'il ne faut pas **procéder à des interventions actives** auprès des participants qui font partie du groupe de comparaison des soins réguliers. Ceux-ci devraient recevoir les mêmes services et le même soutien qu'ils auraient reçus sans le projet de démonstration. « Soins réguliers » ne signifie pas « aucun soin »; c'est ce que les gens recevraient habituellement si le programme n'existait pas. Bien sûr, certaines personnes dans le groupe des soins réguliers peuvent, au fil du temps, grâce à de nouveaux programmes ou des programmes existants, avoir accès aux mêmes composantes de service que celles offertes dans le cadre de l'intervention expérimentale. Il est aussi probable que les modèles de soins réguliers diffèrent d'une ville à l'autre. Ce mélange non prévisible de groupes de services est un phénomène intéressant. On le mesurera grâce au protocole commun et on l'inclura dans l'analyse du processus et des résultats.

5.6 Domaines d'intérêt

Les principaux domaines de résultats d'intérêt qui permettent de mesurer la rentabilité, l'efficience et l'efficacité des interventions sont ceux qui ont été jugés pertinents de façon constante dans le cadre d'études sur les interventions liées au logement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale de la dernière décennie, y compris les études d'interventions qui utilisent l'approche

donnant la priorité au logement. Des instruments probables pour mesurer les importantes variables des protocoles d'administration normalisés à l'échelle des sites conformément aux domaines d'intérêt figurent dans le tableau 2 ci-dessous. Les instruments de l'étude ne seront pas prêts avant la fin des consultations et du processus d'essai systémique précoce (utilisant des pratiques exemplaires en matière de mesures) des sites. Le processus de consultation et de mise à l'essai précoce tiendra compte des critères de mesures suivants : caractère adéquat des questions de recherche, caractère approprié (y compris la sensibilité, le fardeau pour les participants et l'exhaustivité) pour les participants (pour les échelles de déclaration autonome), les éléments probants liés aux caractéristiques psychométriques et l'efficacité de la collecte de données.

Tableau 2. Domaines de résultats clés

Domaine de résultats	**Variables**	**Instruments proposés/éventuels**
Logement	Stabilité (objective et perçue)	Residential Time-Line Follow-Back Inventory (Tsemberis 2007)
État de santé	Mentale Physique	Colorado Symptom Index (CS) (Ciarolo 1981) *ou* Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ (Zimmerman 2001) Échelle des problèmes de toxicomanie — Global Assessment of Individual Needs (GAIN) (Conrad/Dennis 2007) EQ-5D (échelle visuelle analogue)
Fonctionnement	Autonomie Réaction au stress Gestion des finances Activités sociales constructives	Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Baker 1994)
Qualité de vie	Qualité de vie générique	EQ-5D
Démêlés avec le système de justice pénale et coûts	Temps passé dans des conditions restrictives, nombre d'accusations, nombre de plaintes, nombre de comparutions devant un tribunal, nuits passées en prison ou renvois et incidents critiques	Listes de vérification des événements importants et des coûts normaux
Recours au système de santé et coûts	Visites à l'urgence, hospitalisations, visites pour des soins primaires ou	Calendrier du recours aux services de santé réguliers, par exemple, coûts réguliers

	spécialisés	

En plus des éléments mentionnés ci-dessus, des approches normalisées pour mesurer les caractéristiques des participants, la structure du programme et les variables du processus (p. ex. choix des consommateurs, fidélité, culture axée sur le rétablissement et groupe d'employés) seront élaborées en collaboration avec les sites participants. Les ressources que l'équipe nationale a accumulées jusqu'à présent, y compris des ouvrages de recherche sur la mesure de résultats de cette population, des renseignements sur les instruments précis associés aux principaux domaines de résultats d'intérêt et à d'autres domaines d'intérêt possibles et des consultations sur les options et les méthodes de mesure, seront mises à la disposition des demandeurs, qui peuvent choisir leurs mesures préférées et réagir à celles mises de l'avant par l'équipe nationale. Si possible, des liens vers les données administratives permettant de recueillir des renseignements au sujet de l'utilisation des systèmes de soins et des démêlés avec le système de justice pénale et les coûts connexes seront inclus. Les demandeurs devraient indiquer la faisabilité de cette méthode dans leur administration dans le cadre du processus de demande.

5.6.1 Calendrier de la collecte de données

Les données pour une mesure commune à tous les sites seront recueillies au départ et, ensuite, à tous les six mois pendant deux ans. Recouvrer l'échantillon complet pourra prendre jusqu'à 18 mois. L'infrastructure de collecte de données de l'étude multi-site sera fournie par un fournisseur de systèmes d'information professionnels et inclura de l'équipement pour la collecte de données sur le terrain, des mécanismes sécurisés de transmission et des processus de contrôle de la qualité. Des protocoles pour obtenir le consentement des clients à la communication de renseignements personnels sur la santé seront mis en place, et des accords concernant l'accès partagé aux ensembles de données par les équipes de recherche locales et nationales seront élaborés.

5.7 Recherche qualitative

En plus du processus quantitatif et de l'évaluation des résultats de l'intervention, un volet complémentaire et exhaustif de recherche qualitative nous permettra de fournir des renseignements approfondis au sujet de l'intervention, des participants de l'intervention et des conditions de soins réguliers. Nous avons prévu quatre rapports de recherche qualitative qui ciblent les aspects suivants de l'initiative : (1) la phase de planification et d'élaboration de la proposition; (2) les récits personnels des consommateurs, au début de l'initiative; (3) la mise en œuvre de l'intervention; et (4) les récits personnels des consommateurs après un suivi de 18 mois. L'équipe de recherche de chaque site devra posséder l'expertise et la capacité nécessaires pour procéder à des recherches qualitatives qui lui permettront de planifier et de réaliser des recherches qualitatives et de préparer des rapports de données qualitatives dans un rapport de site portant sur chacun des quatre sujets. Les cibles, les questions et les approches précises seront élaborées en collaboration par des chercheurs qualitatifs du site, des membres des comités consultatifs locaux et des chercheurs qualitatifs de l'équipe de recherche nationale. En collaboration avec les

chercheurs des sites, les chercheurs qualitatifs de l'équipe nationale seront responsables de rédiger les rapports multi-sites sur chacun des sujets des rapports des sites particuliers. Toutes les données qualitatives seront stockées sur un lecteur partagé auquel auront accès les chercheurs de site et les chercheurs de l'équipe nationale.

5.7.1 Phase de planification et d'élaboration de la proposition

Les initiatives et les programmes sociaux et portant sur la santé comme celui qui nous occupe n'apparaissent pas spontanément. On les élabore dans des contextes précis. Toutefois, les études existantes sur les résultats des initiatives de soutien au logement n'ont pas décrit de quelle manière de tels programmes ont vu le jour. L'objectif du présent rapport est de fournir une description approfondie de la phase de planification et d'élaboration de la proposition et d'en tirer des leçons qui pourraient être utiles pour les personnes chargées de la planification et les praticiens d'autres administrations qui veulent procéder à une initiative semblable. Nous examinerons quatre volets de la phase de planification : (1) processus de planification (c.-à-d. quels intervenants ont participé et qu'ont-ils fait, quelles étaient leur motivation et leurs engagements, quelle était la nature de la collaboration et de la coordination durant la phase d'élaboration de la proposition, de quelle manière les consommateurs ont-ils participé au processus de planification); (2) principes et valeurs guidant le processus de planification, y compris ceux précisés dans le présent AD, (3) mesures de planification (c.-à-d. mesures prises pour élaborer le modèle de programme et préciser quel partenaire sera responsable de quel volet du programme et comment il devra procéder); et (4) relations entre les intervenants (c.-à-d. la quantité et la qualité des interactions entre les groupes d'intervenants, les relations entre les consommateurs et les autres intervenants durant la phase de planification). Les données qui seront utilisées dans ce rapport seront recueillies grâce à des groupes de discussion, des entrevues en tête-à-tête et un examen des documents de planification du programme. Les répondants pourraient être des consommateurs, des fournisseurs de services et d'autres intervenants pertinents. Cette phase de l'étude sera réalisée et achevée pendant que les participants sont recrutés dans le cadre de l'intervention (c.-à-d. pendant que les entrevues de base sont réalisées). La possibilité d'ajouter une mini-étude ethnographique pour saisir les différences liées aux « situations de départ » avant et durant…

5.7.2 Récits personnels des consommateurs après un mois

En tant qu'approche complémentaire à l'utilisation de mesures normalisées des résultats, nous prévoyons utiliser une approche qualitative et narrative pour examiner les résultats de l'intervention pour les consommateurs. Les êtres humains vivent les événements en tant qu'épisodes narrés assortis de personnages et de lignes narratives, et ils construisent leur vie sous forme d'une structure narrative continue. Les récits peuvent servir à renforcer l'identité d'une personne, à lui donner un but et à donner un sens à sa vie et, quand des personnes vivent des expériences traumatisantes, comme l'itinérance et tous les facteurs de stress connexes, de tels récits peuvent aider à remettre de l'ordre dans la vie des personnes et à rendre leur identité plus cohérente. Les récits peuvent aider à réorganiser et reconstruire l'identité, le but et le sens durant des périodes d'adversité, de conflit, de difficultés et de confusion. À la suite d'une entrevue

quantitative de base, nous demanderons aux participants s'ils veulent participer à une deuxième entrevue mettant l'accent sur leur récit personnel. De ceux qui acceptent de passer une deuxième entrevue, nous tirerons un échantillon aléatoire de dix participants dans chacun des groupes d'intervention (besoins modérés et besoins élevés) et dix dans les deux groupes de soins réguliers de chaque site, pour un échantillon total estimé à 200 personnes à l'échelle des cinq villes. Dans un premier temps, nous demanderons aux personnes de penser à des événements, des souvenirs ou des épisodes de leur vie (un point fort, une situation difficile et un point tournant) et nous leur demanderons ensuite d'intégrer ces événements dans le récit de leur vie. En plus des méthodes traditionnelles de codage qualitatif appuyées sur une théorie bien fondée, nous emploierons certaines des procédures de codage du Dr Dan McAdams, de l'Université Northwestern, en vertu desquelles différentes dimensions du récit (p. ex. cohérence, caractère positif, spécificité, etc.) sont codées et quantifiées. Le Dr McAdams et d'autres chercheurs ont découvert que ces dimensions liées à la manière dont les gens narrent leur vie sont liées à des mesures de résultats plus normalisées. Le rapport fournira des renseignements sur les expériences vécues des consommateurs avant et durant les premières étapes de la participation à l'intervention. Des données seront recueillies, analysées et présentées dans un rapport à la suite de l'entrevue réalisée après un mois.

5.7.3 Phase de mise en œuvre

L'objectif du rapport est de procéder à un examen qualitatif de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'intervention. Ce rapport est semblable à celui de la phase de planification puisqu'il permettra d'examiner les éléments suivants : (1) processus de mise en œuvre; (2) principes et valeurs guidant la mise en œuvre; (3) mesures de mise en œuvre; et (4) relations entre les intervenants. Nous examinerons à la fois le volet portant sur le logement et le volet clinique de l'intervention. Comme c'était le cas pour le rapport de planification, les données utilisées dans le cadre de ce rapport seront recueillies grâce à des groupes de discussion, des entrevues en tête-à-tête et un examen des documents de mise en œuvre du programme. Les répondants pourraient être des consommateurs, des fournisseurs de services et d'autres intervenants pertinents. Ce rapport sera produit durant la période suivant les entrevues effectuées auprès des participants après 12 mois. Nous envisagerons la possibilité d'ajouter une petite sous-étude d'ethnographie afin de saisir les différences du système avant et durant le processus de mise en œuvre (les plans et le budget liés à ce volet n'auraient pas à être inclus dans les demandes locales).

5.7.4 Récits personnels des consommateurs après 18 mois

Nous prévoyons effectuer un suivi auprès des 200 personnes ayant été interrogées après un mois. Dans le cadre de ces entrevues de suivi, il faudra mettre l'accent sur les récits personnels des participants depuis la première entrevue. Encore une fois, nous demanderons aux participants de penser à un point fort, à une situation difficile et à un point tournant de leur vie depuis la première entrevue qualitative. En outre, l'entrevue mettra l'accent sur des expériences précises liées aux services de logement et aux services cliniques. Pour les membres du groupe visé par l'intervention, les questions sur la participation porteront sur leur expérience du SI et du SIV. Nous pourrons aussi leur

demander si nous pouvons interroger leurs fournisseurs de services. À l'opposé, pour le groupe des soins réguliers, un ensemble parallèle des questions ciblera sa participation à d'autres services communautaires. Ces entrevues de suivi nous permettront d'examiner les changements au fil du temps, ainsi que les différences dans les récits personnels des participants à l'intervention et des participants du groupe de contrôle. Les récits de ceux qui ont laissé tomber le programme d'intervention seront aussi très intéressants. Des données seront recueillies, analysées et présentées dans un rapport à la suite de l'entrevue quantitative réalisée après 18 mois.

6. Structure du projet

Le projet sera géré par la directrice des Politiques et de la recherche de la CSMC, Jayne Barker, qui présidera le groupe de travail national, lequel inclura le chef et les représentants de l'équipe de recherche nationale, des coordonnateurs des sites et des coresponsables des projets dans chacun des cinq sites. Des représentants des comités consultatifs de la CSMC (p. ex. Premières nations, Inuits, aidants membres de la famille et Systèmes de prestation des services) seront aussi invités à être membre du groupe de travail national.

Un groupe de consommateurs composé de représentants des consommateurs des sites locaux ainsi que de chercheurs consommateurs assumera le rôle de groupe de référence et fournira ses points de vue au groupe de travail national à mesure que le projet est conçu et mis en œuvre.

Des représentants du programme *Pathways* et du programme *Streets to Homes* feront partie du groupe de travail national, participeront à la collecte et à l'analyse des données et fourniront une aide technique et des services de formation aux cinq sites afin de favoriser la mise en œuvre de l'approche donnant la priorité au logement et des principaux volets du SI et du SIV.

6.1 Coordonnateurs de site

Relevant de la directrice des Politiques et de la recherche, cinq coordonnateurs de site – un pour chaque site de projet de recherche et de démonstration – assureront le lien entre les cinq sites et la CSMC. Parmi les responsabilités des coordonnateurs de site, mentionnons les suivantes :

- assurer la liaison enter la CSMC et les intervenants locaux;
- faciliter le processus de planification de projet en faisant intervenir les intervenants locaux;
- travailler pour tirer avantage des ressources de la CSMC en y ajoutant des ressources locales qui peuvent contribuer à la réussite du projet;
- fortifier les processus de planification centraux en communiquant les connaissances du contexte local;
- participer aux ateliers de planification centraux;
- travailler en collaboration avec les autres coordonnateurs de site;
- assurer la préparation pour réagir à l'appel de demandes en stimulant et en appuyant les processus collaboratifs;
- organiser des tribunes locales de consultation concernant l'appel de demandes;

- créer et appuyer un conseil consultatif local pour le projet qui inclut des membres consommateurs;
- appliquer la méthode de projet dans le cadre du projet;
- assurer la liaison avec le gouvernement provincial et l'administration municipale.

Les coordonnées des coordonnateurs de site sont les suivantes :

Vancouver :Catharine Hume, Vancouver Foundation
catharineh@vancouverfoundation.ca
Tél. : 604-688-2204
Winnipeg : Marcia Thompson, gouvernement du Manitoba
Marcia.Thomson2@gov.mb.ca
Tél. : 204-945-4895
Toronto : Brenda Elias, Association canadienne de gérontologie
Brenda50@rogers.com
Tél. : 647-214-0048
(Note : Brenda Elias n'est plus la coordonnatrice à Toronto.)
Montréal : Sonia Côté, sonia.cote@douglas.mcgill.ca)
Tél. : 514-761-6131 x2104

Moncton : Claudette Bradshaw
dwbrad@hotmail.com
Tél. : 506-576-8359 tél. cellulaire : 506-866-3541

7. Calendrier

Tâche	Date
Produire l'ébauche d'appel de demandes	31 août 2008
Séances de consultation dans les 5 sites	1er au 30 septembre 2008
Afficher l'appel de demandes final	7 novembre 2008
Date butoir pour présenter les demandes dans le cadre de l'appel de demandes	23 janvier 2008
Examen et acceptation des demandes présentées dans le cadre de l'appel de demandes	27 février 2008
Début des projets de démonstration	1er avril 2009

[1] Begin P, Casavant L, Chenier NM. *Les sans-abri.* Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire, document PRB 99-1F. Disponible sur le site : http://www.parl.gc.ca/36/refmat/library/PRBpubs/prb991-f.htm
[2] Hwang SW. « Homelessness and health ». *Journal de l'association médicale canadienne*. 23 janvier 2001; 164 : 229-33.
[3] Fédération canadienne des municipalités. *Logement abordable et sans-abri*. Site : http://www.fcm.ca/Francais/View.asp?mp=467&x=712. Consulté le 12 août 2008.

[4] Nations Unies. (novembre 2007). *United nations expert on adequate housing calls for immediate attention to tackle national housing crisis in Canada* [Communiqué]. Consulté le 12 avril 2008 à l'adresse suivante : http://www.unhchr.ch/huricane/huricane.nsf/view01/90995D69CE8153C3C1257387004F40B5?opendocument

[5] Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*. Ottawa : ICIS, 2007.

[6] Paterson, M., Somers, J. M., McIntosh, K., Shiell, A. et Frankish, C. J. (2008). *Housing and Support for Adults with Severe and/or Mental Illness in British Columbia*. Vancouver (C.-B.) : Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Université Simon Fraser.

[7] Aubry, T., Klodawsky, F. et Hay, E. (2003). *Panel Study on Persons Who Are Homeless in Ottawa : Phase 1 Results.* Ottawa (Ont.) Centre de recherche sur les services éducatifs et communautaires, Université d'Ottawa.

[8] Kuhn, R. et Culhane, D. (1998). « Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: Results from the analysis of administrative data ». *American Journal of Community Psychology, 26,* 207-232.

[9] Nelson, G., Aubry, T. et Lafrance, A. (2007). « A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons with Mental Illness Who Have Been Homeless ». *American Journal of Orthopsychiatry, 77*, 350-361.

[10] Tsemberis, S. (1999). « From Streets to Homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities ». *Journal of Community Psychology*, *27*, 225-241.

[11] Tsemberis, S. et Eisenberg, R.F. (2000). « Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals ». *Psychiatric Services*, 51, 487-493.

[12] Greenwood, R.M., Schaefer-McDanile, N.J., Winkel, G. et Tsemberis, S.J. (2005). « Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness ». *American Journal of Community Psychology*, 36, 223-238.

[13] Tsemberis, S., Gulcur, L. et Nakae, M. (2004). « Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with dual diagnosis ». *American Journal of Public Health*, *94*, 651-656.

[14] NREPP, SAMHSA, National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (novembre 2007). *Pathways' Housing First Program*. Consulté le 27 Octobre 2008, à l'adresse suivante : http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=195

[15] Shelter, Support & Housing Administration de la ville de Toronto (2007). What Housing First Means for People: Results of Streets to Homes 2007 Post-Occupancy Research. Toronto : Auteurs.

[16] Rosenheck, R., Kasprow, W., Frisman, L. et Liu-Mares, W. (2003). « Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness ». *Archives of General Psychiatry*, 60, 940-951.

[17] Hawe, P., Shiell, A. et Riley, T. (2004). « Complex interventions: How "out of control" can a randomized trial be? » *British Medical Journal*, 328, 1561-1563.

[18] Streiner D. (2002). « The 2 "Es" of Research: Efficacy and Effectiveness ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 47(6), 552-556.

[19] Conseil de recherches médicales. (2000). *A Framework For Developing And Evaluation Of RCTs For Complex Interventions To Improve Health.* Consulté le 27 October 2008, à l'adresse suivante : www.mrc.ac.uk/consumption/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=9025&dDocName=MRC003372&allowInte...

Annexe. Les principales composantes de l'approche de SIV utilisées dans le cadre du programme *Streets to Homes* à Toronto

- capacité d'un travailleur de s'y retrouver dans de multiples systèmes (p. ex. santé, justice, soutien au revenu et logement);

- on offrira aux clients des choix de logement (les logements ne leur seront pas attribués);
- examen minutieux des ressources financières du client avant la présentation de choix de logement afin de s'assurer qu'il peut se les permettre;
- le SIV commence lors de la première rencontre et dès que le participant se joint au groupe d'étude;
- planification des services et établissement des buts personnalisés durant la phase de sollicitation et de sensibilisation ainsi que durant le processus de suivi de soutien;
- tous les aiguillages sont le fruit de consultations avec le client, ce dernier étant accompagné à tous ses rendez-vous jusqu'à ce qu'il ait vécu en logement pendant au moins six mois;
- établissement d'objectifs axé sur le client afin de favoriser l'autonomie à l'aide de l'« étoile des résultats » ou d'un outil comparable;
- gestionnaires de cas principaux dans le cadre de la prestation des services (REMARQUE : le gestionnaire du cas principal responsable de trouver un logement pour la personne n'est peut-être pas la même personne que le gestionnaire de cas principal responsable de s'assurer que la personne conserve son logement, tant que les deux gestionnaires de cas principaux communiquent suffisamment de renseignements juridiques entre eux et tant que le client est au courant de la communication des renseignements. Dans de tels cas, il est essentiel qu'on prévoie une période tampon où les travaux des deux gestionnaires de cas se chevaucheront afin de permettre au client de recevoir des services adéquats et de favoriser la continuité des services);
- outil d'évaluation initiale documenté;
- ratio gestionnaires/clients maximum de 20 pour un;
- service disponible sept jours par semaine pendant au moins 12 heures par jour;
- soutien au domicile fourni aux personnes qui obtiennent un logement, au moins trois fois par semaine durant les trois premiers mois, et la fréquence diminue ensuite à partir du quatrième mois jusqu'à ce que le client soit pleinement autonome;
- renforcement des compétences « concrètes » et en personne dans le logement du client comme le nettoyage, le budget, la préparation des repas, la lessive, les comportements de bon voisinage, les liens aux ressources communautaires, etc. afin de l'aider à devenir pleinement autonome;
- le loyer est versé directement au propriétaire, et non au client;
- documentation normalisée de toutes les communications et de toutes les interventions;
- lorsqu'il y a plusieurs organismes qui participent à la prestation des services, un organe administratif central doit assumer la responsabilité d'organiser les activités multi-organisationnelles et l'utilisation d'une base de données de gestion des dossiers des clients interreliés;
- approche fondée sur les forces en matière de participation des clients et d'établissement des objectifs;
- participation des clients aux conférences sur les dossiers portant sur leur plan;
- le personnel professionnel offrant des services de gestion de cas intensive doit avoir obtenu suffisamment de formation dans les domaines suivants : enjeux des Autochtones en zone urbaine, enjeux liés à la santé mentale, enjeux liés à la toxicomanie, documentation, intervention sécuritaire et non violente, soutien au revenu, gestion de cas mais donnant la priorité au logement, counseling axé sur les forces, techniques de counseling motivationnel, soutien au logement, planification de la réduction des méfaits et de la sécurité; formation en sensibilisation à la diversité et en élimination de l'oppression;
- respect des pratiques exemplaires du domaine;
- emploi de protocoles de traitement adéquats axés sur les besoins et les intérêts du client, y compris l'aide en matière de gestion de la médicamentation, au besoin;
- lien vers les ressources communautaires qui facilitent l'exécution des activités quotidiennes, y compris du soutien à l'emploi, lorsque cela est possible;
- un soutien est fourni à un niveau déterminé par les besoins du client, ce qui peut être plus que le minimum de trois fois par semaine durant les trois premiers mois;

- responsabilités redditionnelles et hiérarchie claires en matière de prise de décisions liées aux soins à l'intention du client;
- les interventions doivent avoir lieu là où les clients se trouvent (p. ex. dans la rue, dans les refuges, dans leur logement une fois qu'on leur en trouve un — et non dans un bureau distinct);
- gestion des risques;
- aider à faire respecter les traitements prescrits en collectivité, au besoin;
- fournir des renseignements au client, et, quand cela est nécessaire ou approprié, aux membres de sa famille et à ses amis;
- Aider à élaborer et utiliser des stratégies aidant à faire face aux situations afin de réduire les rechutes et la détresse due aux symptômes;
- Conférence sur le dossier au moins une fois par mois.

Il convient de signaler que le personnel chargé du counseling doit habituellement avoir un diplôme dans le domaine des services sociaux ou des services de santé ainsi que de l'expérience professionnelle dans le domaine de l'itinérance et de la prestation de services de gestion de cas.