

# 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<sup>1</sup>, 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

---

<sup>1</sup> Institut national de la statistique et des études économiques

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<sup>ii</sup>), 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<sup>ème</sup> 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 addictive, 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 compte 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<sup>iii</sup>) et sociales (DGAS) - risque de se retrouver au niveau régional avec la mise en place des ARS. Une stratégie énergique de décroisement entre les politiques sanitaires et les politiques de lutte contre 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

---

<sup>ii</sup> Couverture maladie universelle

<sup>iii</sup> Direction générale de la santé

ARS<sup>iv</sup>, 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 sûres 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 personnalisé 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 importants 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.

---

<sup>iv</sup> Agence régionale de santé

## 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 découloisonnement 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<sup>v</sup>, PASS<sup>vi</sup>, etc.) et les dispositifs généraux dans une volonté de découloisonnement 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.

---

<sup>v</sup> Equipe mobile psychiatrie précarité

<sup>vi</sup> Permanence d'accès aux soins de santé

- Constituer un regroupement des compétences DGS/DGAS<sup>vii</sup>/DHOS<sup>viii</sup>/DSS<sup>ix</sup> 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.
- Promouvoir la politique interministérielle et le regroupement des compétences émanant des différents ministères par la nomination d'un délégué interministériel responsable de la question SDF sous la responsabilité du premier ministre

Préconisations au niveau régional :

- Identifier, dans chaque ARS, une personne en charge des missions dédiées à la santé des personnes sans chez soi, qui établisse des liens fonctionnels avec les responsables régionaux de l'action sociale et qui gère l'organisation, la coordination et le suivi des « Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri » (voir infra).
- Les PRAPS<sup>x</sup> (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<sup>xi</sup>

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 sur ces territoires des « Groupements locaux de santé pour les personnes sans abri ». Ces groupements, pilotés par le responsable de chaque territoire, seront le « bras exécutif » de ces contrats locaux de santé spécifiques.
  - 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<sup>xii</sup>, 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.

<sup>vii</sup> Direction générale de l'action sociale

<sup>viii</sup> Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

<sup>ix</sup> Direction de la sécurité sociale

<sup>x</sup> Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins

<sup>xi</sup> Loi n° 2009- 879 du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé, territoires »,

<sup>xii</sup> Groupement d'intérêt public

- 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<sup>xiii</sup>)
    - le coordonnateur de la veille sociale départementale
    - les coordonnateurs ASV<sup>xiv</sup> 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 respecteront 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

---

<sup>xiii</sup> Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

<sup>xiv</sup> Atelier santé ville

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 « MIGAC<sup>xv</sup> » 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<sup>xvi</sup> 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 premiers 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<sup>xvii</sup>, aux conditions d'excellence scientifique habituelles.
  - conventionner avec les dispositifs d'aval sociaux et médico-sociaux (en particulier les LHSS<sup>xviii</sup>).
  - garantir un financement dans le cadre des budgets MIGAC 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<sup>xix</sup>.
- 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).

---

<sup>xv</sup> Mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation

<sup>xvi</sup> Caisse primaire d'assurance maladie

<sup>xvii</sup> Programme hospitalier de recherche clinique

<sup>xviii</sup> Lits halte soins santé

<sup>xix</sup> Infirmier d'accueil et d'orientation

- 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<sup>xx</sup>, les urgences psychiatriques et les services hospitaliers), les services pour les addictions (les CAARUD<sup>xxi</sup> 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.

---

<sup>xx</sup> Service médico psychiatrique régional

<sup>xxi</sup> Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

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 MIGAC (« 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 socio sanitaire » (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 différencie 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<sup>xxii</sup>.

---

<sup>xxii</sup> Unités territoriales d'action médico-sociale

- 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<sup>xxiii</sup>, CPAM, ...) et/ou des collectivités territoriales (mairie, conseil général...), dans le cadre de conventions ad hoc.
- Ces maisons comprendront des travailleurs sociaux (éducateurs, assistants sociaux), 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 personnalisé 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

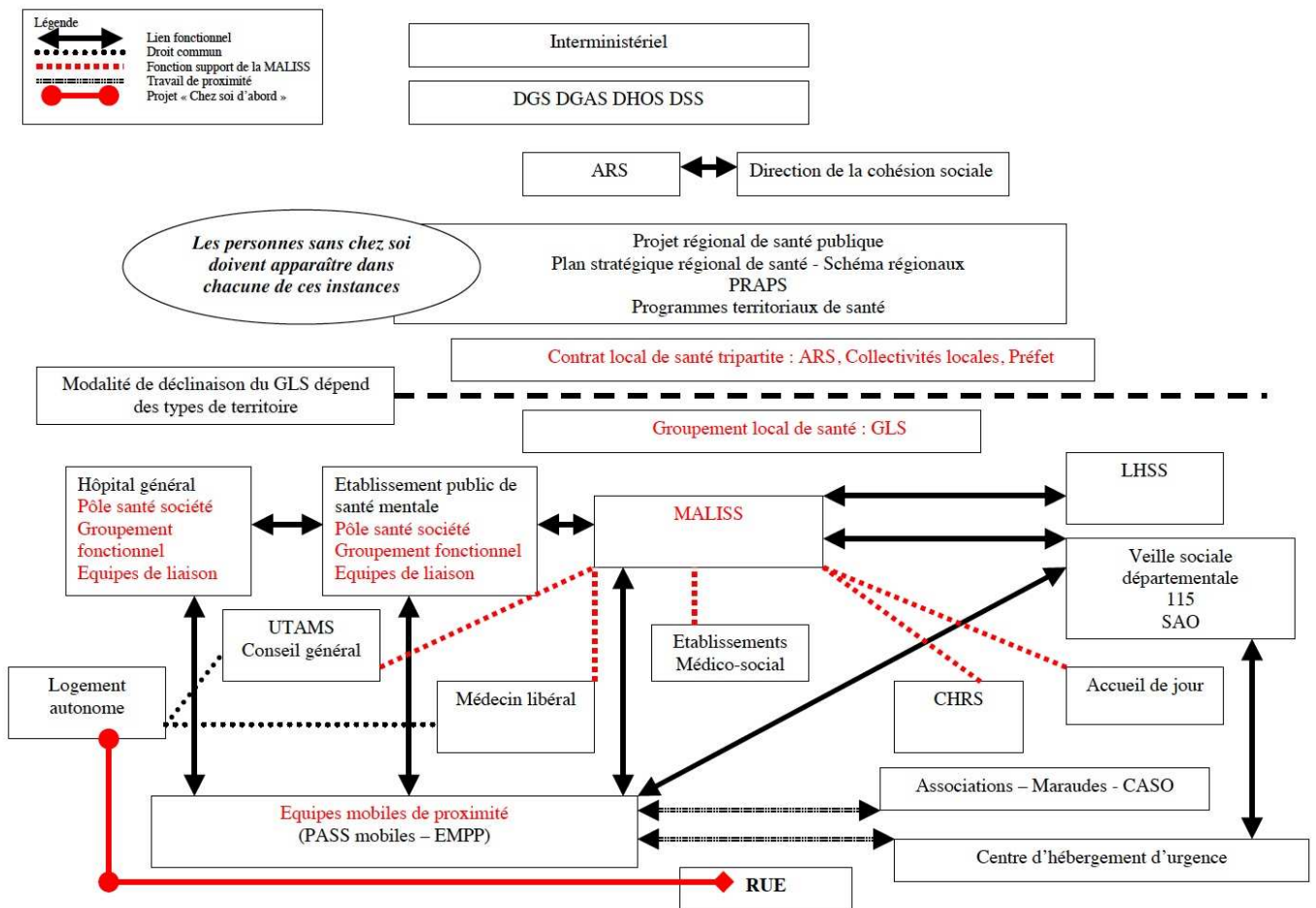
- Intégrer les communes de moins de 20000 habitants dans les enquêtes concernant les personnes sans chez soi.
- Favoriser - via les ARS - les coopérations à l'échelle départementale entre les établissements de santé, les institutions (dont la MSA<sup>xxiv</sup>) et les services sociaux du conseil général. 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.

---

<sup>xxiii</sup> Centre communal d'action sociale

<sup>xxiv</sup> Mutuelle sociale agricole

**Figure 1. 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.

Dans un tout autre registre, le bénévolat constitue également un ensemble de compétences à promouvoir. « Est bénévole toute personne qui s'engage librement pour une action non salariée en direction d'autrui en dehors de son temps professionnel et familial<sup>xxv</sup> ». Il assure une présence, une écoute, se rend disponible, fait preuve d'empathie. Il accompagne avec un

---

<sup>xxv</sup> Définition de l'avis du conseil économique et social du 24 février 1993

regard extérieur la structure qu'il investit ; une vraie fonction de lien social dénué d'intérêt financier.

Ces forces de service non professionnelles sont principalement constituées de retraités dont la première demande est d'être utile. Cependant, même si la richesse de leur apport est incontestable, ils sont facteurs de complexité. Leur engagement nécessite la mise en place de dispositions particulières au sein des associations qu'ils intègrent.

Les expériences associatives ont démontré que le travail non professionnel doit être organisé et respecter certaines règles éthiques et déontologiques. De plus, les bénévoles qui apportent leur force de travail doivent disposer de l'outil de travail dont ils ont besoin et leur force de travail doit être valorisée. Bon nombre d'associations l'ont compris et se sont organisées pour former les nouveaux bénévoles. La généralisation des formations à tous sur tout le cadre associatif garantirait leur utilité aux côtés des professionnels.

La médiation, la coordination, le décroisement, 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
- Mobiliser les bénévoles et favoriser leur formation au sein des associations pour mieux utiliser leurs compétences

#### Au niveau national et européen :

Il s'agira de favoriser l'émergence de groupe d'intérêt et d'entraide 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<sup>xxvi</sup>).
- 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'entraide 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 :

---

<sup>xxvi</sup> Haute autorité de santé

- 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 socio sanitaire, 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<sup>xxvii</sup>, 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 devraient 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 leurs sont faites.

---

<sup>xxvii</sup> Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité

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 cofinancements 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<sup>xxviii</sup> 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<sup>xxix</sup> 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 renégociable 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 :

---

<sup>xxviii</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

<sup>xxix</sup> Unité d'hébergement d'urgence

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<sup>xxx</sup>, 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<sup>xxx</sup>, 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<sup>xxxii</sup> (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.

---

<sup>xxx</sup> Programme de médicalisation des systèmes d'information

<sup>xxx</sup> Institut national de veille sanitaire

<sup>xxxii</sup> Etablissement public à caractère scientifique et technologique

### 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 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.

## 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, Vanneville 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, Estécachandy 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 Gorizia*. 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 replacing 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.
- Caïre M, Pussin. Avant Pinel. *L'Information psychiatrique* 1993; 69: 529-38.
- Castel R. *La montée des incertitudes*. Paris, Seuil, 2009.
- Centre Spécialisé de Soins 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, Brückner 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, ciblage 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 of health and human services, The Dasis Report, august 2003.
- Davidon L, Tondora J, Staeheli Lawless M, O'Connell M, Rowe M. *A practical 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, Wygnaskal 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 deça 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.
- Fournier 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 Alcohol* 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 cooccurrence 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*. Verdrière, 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. *15<sup>ième</sup> 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.
- Jamouille 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 resort 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, Oppenchain 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 ? XXIV<sup>ème</sup> Journée scientifique EPITER*, Paris, 20 mars 2009, abstract book: O4.
- Laporte A, Rouvel-Talleg 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-Lerouillois G. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> 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.
- Linn 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 commitment 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](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, Mcleavy 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, Deary 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. Tuberculosis 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 Accés, 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, Asphalt, 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: Cefai 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 Buelzingsloewen I. *L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris, Editions Aubier, 2007
- Wacquart 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 compulsory 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.