

**NOTE DE  
CADRAGE**

# Grande précarité et troubles psychiques

**Comment intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques**

Validée le 7 septembre 2021

**Date de la saisine** : 21 juin 2019

**Demandeur** : Direction générale de la cohésion sociale

**Service(s)** : Service recommandations (SR), Direction de la Qualité de l'Accompagnement Social et Médico-social (DIQASM) et Service des bonnes pratiques (SBP), Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)

**Personne(s) chargée(s) du projet** : Anne Depaigne-Loth et Florence Ligier

## 1. Présentation et périmètre

### 1.1. Demande

Le thème « précarité et santé mentale » a fait l'objet d'une saisine par la DGCS en juin 2019 et a été mentionné parmi les priorités de la lettre ministre du 9 janvier 2020. La thématique a été intégrée au programme de travail de la HAS (T4 2020) avec un co-pilotage DIQASM-DAQSS. Cette saisine du Ministère s'appuie sur les constats formulés par la Commission « Précarité et vulnérabilités » pilotée par la DGCS.

Les échanges avec la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) (associée à la saisine) ont mis en lumière l'intérêt :

- de se centrer sur les publics en situation de grande précarité, l'absence de logement étant un marqueur pertinent pour qualifier les situations :
  - le public principalement concerné par la recommandation est donc le public dénué de logement personnel et présentant des troubles psychiques,
  - cependant, les entretiens menés ont aussi mis en lumière l'intérêt d'une approche préventive, les recommandations concerneront donc aussi les pratiques de soins et d'accompagnement favorisant le maintien dans leur logement des personnes en difficulté dans leur logement et risquant de le perdre du fait de leurs troubles psychiques ;
- de prendre en compte les évolutions liées à la crise sanitaire.

Le projet s'inscrit dans le programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS.

## 1.2. Contexte

La demande des pouvoirs publics s'appuie sur des constats récurrents et convergents de l'ensemble des acteurs sur les situations des personnes cumulant des problèmes de grande précarité et de troubles psychiques et l'insuffisance des réponses sanitaires et sociales qui leur sont apportées :

- Complexité des interactions entre troubles psychiques et précarité ; les troubles psychiques et en particulier les troubles sévères tels que les psychoses tendent à précariser les personnes en altérant leurs capacités relationnelles et sociales ; la précarité est source de souffrance et de stress et tend à fragiliser les personnes sur le plan psychique ;
- Difficultés des situations des personnes cumulant précarité et troubles psychiques, en particulier pour accéder aux droits (droits fondamentaux, droits sociaux et droits des patients), aux soins et à des prestations adaptées. On en arrive à une situation paradoxale : les publics cumulant les situations de très grande précarité (absence de logement et de ressources, non accès aux droits et aux soins) et présentant des troubles psychiques échappent aux interventions alors même qu'elles devraient leur être destinées en priorité ;
- Besoin de définir et de diffuser des bonnes pratiques, partagées par l'ensemble des professionnels de santé et sociaux intervenant auprès des publics en situation de précarité porteurs de troubles psychiques et appuyées sur les expériences réussies existantes (pratiques individuelles et d'équipe, organisations et dispositifs).

### 1.2.1. Caractéristiques et évolutions des publics en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques

#### 1.2.1.1. Une augmentation très forte du nombre de personnes sans domicile depuis 20 ans

Les phénomènes de grande précarité se sont aggravés continument en France au cours des 20 dernières années. Le logement étant un « marqueur » pertinent de la grande précarité, cette aggravation s'appréhende en particulier au travers des données quantitatives sur les personnes sans logement personnel, à la rue ou hébergées dans des établissements sociaux<sup>1</sup>.

Des grandes enquêtes de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ont permis en 2001 et en 2012, de cerner cette population (1).

En 2001, près de 90 000 personnes étaient sans domicile, ils étaient plus de 140 000 en 2012. Lorsque la Fondation Abbé Pierre a renouvelé l'enquête en 2020 (2) selon une méthodologie proche, le comptage fait apparaître un chiffre de 300 000 personnes sans domicile. Même si les méthodologies ne sont pas strictement identiques, les ordres de grandeur sont exacts et on peut faire le constat d'une augmentation très importante - de l'ordre du triplement en 20 ans- de cette population.

Parmi elles, environ un dixième, soit plusieurs milliers d'individus, dorment à la rue et sont donc considérés comme véritablement « sans-abri ». Les estimations sont issues des enquêtes « une nuit donnée » dans des grandes villes. Par exemple, l'enquête « Nuit de la Solidarité » à Paris a permis de décompter 2 785 personnes sans solution d'hébergement lors de la nuit du 25 au 26 mars 2021<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> c'est-à-dire accueillies par des services très divers qui vont de l'hébergement d'urgence pour une nuit (en centres ou en hôtels) aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et centres pour demandeurs d'asile ou où il est possible de résider plusieurs mois.

<sup>2</sup>Nuit de la Solidarité 2021 : les premiers résultats, <https://www.paris.fr/pages/nuit-de-la-solidarite-2021-17285>

L'augmentation du nombre de places d'hébergement d'urgence et la mobilisation dans le contexte de la crise sanitaire a permis une mise à l'abri d'une partie des personnes vivant à la rue<sup>3</sup> ainsi que des aides exceptionnelles. Cependant, les premiers résultats d'une étude (4) menée auprès des personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement montrent une dégradation de leur situation économique. À plus long terme, on peut donc craindre que la crise sociale qui se dessine (5) ait un impact sur le nombre de personnes dénuées de logement personnel, aggravant encore la tendance observée depuis plusieurs décennies.

### 1.2.1.2. Une transformation des populations très précaires : plus de migrants, plus de femmes, plus de mineurs et plus de familles

Parmi la population des personnes sans logement, la part des personnes d'origine étrangère a augmenté au cours des dernières années. Les questions posées par les publics très précaires doivent ainsi maintenant s'appréhender dans le contexte de la crise migratoire.

L'enquête de l'INSEE de 2012 avait fait apparaître que les étrangers étaient majoritaires (53 %) parmi les sans-domicile, alors qu'ils n'étaient que 38% en 2001 (1).

Des enquêtes ciblées plus récentes (6-9) indiquent que le phénomène s'est accru.

On observe ainsi au travers de ces enquêtes ciblées :

- une augmentation importante de la part des personnes étrangères<sup>4</sup> et une diversité des nationalités représentées<sup>5</sup> ;
- une baisse de la part des hommes isolés ;
- une augmentation du nombre de femmes, de familles et de mineurs.

### 1.2.1.3. Une surreprésentation des troubles psychiques au sein des populations très précaires

Les liens entre troubles psychiques et précarité sont complexes. Les troubles psychiques participent de la précarisation et les situations de précarité sont à l'origine d'une souffrance psychique importante et d'une aggravation des troubles. Des cliniciens (Jean Furtos, Alain Mercuel, Sylvie Zucca) ont étudié ces liens et jeté les bases d'une « clinique psychosociale ». Elle invite à une appréhension fine de la souffrance psychique en rapport avec la précarité, et à la prudence par rapport à des interprétations trop simplistes des liens entre grande précarité et troubles psychiques (10-12).

La surreprésentation des troubles psychiques au sein de la population en situation de précarité est bien établie, même si les ordres de grandeur varient selon les études (13).

En France, l'étude SAMENTA (SAnté MENTale et Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France) (14) montrait en 2009 que :

- environ un tiers des personnes sans domicile en Ile-de-France souffraient de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques et troubles de l'humeur – dépression et troubles anxieux sévères), en particulier, la prévalence des troubles psychotiques était 10 fois plus importante que dans la population générale ;

<sup>3</sup> A Paris, les chiffres de 2021 montrent une diminution des personnes à la rue de 23 % par rapport à l'année 2020 (3601 personnes décomptées en février 2020) (3).

<sup>4</sup> L'enquête périodique sur l'hébergement d'urgence permanent de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des solidarités et de la santé (6) fait apparaître que 75% des 26 000 personnes concernées par l'étude sont d'origine étrangère et ces personnes sont en grande majorité des ressortissants de pays hors Union Européenne

<sup>5</sup> L'enquête menée auprès de 247 hommes accueillis à l'Unité d'Hébergement d'Urgence la Madrague à Marseille (8) montre par exemple que seuls 30% maîtrisent bien le français et met en lumière la diversité des origines des personnes, les personnes rencontrées étant originaires de 32 pays différents.

- la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et médicaments détournés de leur usage) concernaient près de 30% des personnes ;
- le risque suicidaire moyen ou sévère identifié chez environ 10% des personnes sans logement était plus élevé qu'en population générale, de même que les tentatives de suicide au cours de la vie rapportées par près d'un quart des personnes ;
- les troubles de la personnalité et du comportement étaient aussi plus fréquents que dans la population générale : ils concernaient un quart des personnes ;
- 40 % des personnes sans logement déclaraient avoir subi au cours de leur vie des violences psychologiques ou morales répétées ; près de 30 % déclaraient des violences physiques.

Les travaux internationaux confortent ces résultats. Quatre revues systématiques et méta-analyses ont été publiées en 2019 et 2020 (15-18) afin d'évaluer la prévalence de plusieurs troubles mentaux au sein de la population sans domicile.

Les impacts de la crise sur la santé mentale commencent à être étudiés de manière systématique en population générale (19-21) ainsi qu'au sein des populations précaires (4).

### **La population des migrants**

Les populations migrantes présentent des spécificités. Moins touchées par certains troubles psychiatriques que les autres populations précaires, elles sont particulièrement concernées par les syndromes psychotraumatiques (22-24). Beaucoup d'exilés ont subi des violences multiples dans leur pays d'origine puis dans leur parcours d'exil. Ils connaissent par ailleurs des situations de grande précarité sociale et administrative qui tendent à renforcer ces troubles (25).

## **1.2.2. État des lieux des pratiques**

### **1.2.2.1. Des organisations cloisonnées, des professionnels isolés, des personnes en souffrance**

Les entretiens réalisés et la documentation étudiée soulignent la complexité des situations des personnes cumulant les vulnérabilités et des problèmes sociaux, administratifs, somatiques et de santé mentale interdépendants. Pour répondre à ces besoins complexes, l'ensemble des professionnels intervenant auprès de ces personnes ainsi que les personnes concernées s'accordent sur la nécessité de mettre en place des organisations pluridisciplinaires et coordonnées permettant des réponses globales et une réactivité dans les situations d'urgence et de crise.

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

- des personnes confrontées à des dispositifs de soins et d'aide aux portes fermées pour diverses raisons (situation administrative incomplète, manque d'adhésion aux soins, consommations de substances psychoactives, organisation trop rigide pour s'adapter à leurs besoins et temporalité...) ; avec le paradoxe relevé par beaucoup que pèsent sur les personnes précaires des exigences (administratives, en matière de conduite individuelle, de consommation, etc.) qui ne sont pas imposées au reste de la population et qui sont des motifs de renoncement aux droits et aux soins (26) ;
- des personnes dont les parcours sont marqués par des ruptures dans le soin et dans l'accompagnement vécues comme de nouvelles « cassures » (refus de soins, sorties d'hospitalisation sans suivi, saturation des dispositifs, absence d'interprétariat, par exemple) ;

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

### 1.2.2.2. Des organisations et dispositifs très divers en réponse aux besoins des populations très précaires ayant des troubles psychiques

Le constat de ces organisations cloisonnées et de cette méconnaissance entre acteurs a conduit à la mise en place d'organisations visant à articuler les interventions sanitaires et sociales, à promouvoir une meilleure réponse aux besoins des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques, tels qu'ils sont exprimés par les personnes elles-mêmes. Les entretiens et la recherche documentaire ont mis en lumière plusieurs types de dispositifs et d'initiatives.

Certains dispositifs ont fait l'objet d'un portage au niveau national et bénéficient d'une antériorité :

- ➔ les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) encadrées par une circulaire de 2005<sup>6</sup> et situées à l'interface de la psychiatrie et du champ social (27). Elles visent à favoriser l'accès aux soins des personnes très précaires souffrant de troubles psychiques. Une EMPP travaille en partenariat avec les équipes de psychiatrie, les acteurs hospitaliers, les professionnels libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux. Ces équipes ont pour mission d'aller au-devant des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. Leur action peut prendre la forme de permanences dans des lieux sociaux et d'interventions mobiles dans la rue. Elles interviennent aussi en soutien des intervenants sociaux de première ligne par des actions de formation, d'information et de sensibilisation ainsi que de supervision clinique. Pour les acteurs sociaux rencontrés, il s'agit souvent d'un dispositif très pertinent et qui répond bien à leurs besoins. Il est cependant noté que les EMPP ne sont pas présentes sur tout le territoire et qu'il existe une variation des moyens et des pratiques entre les équipes d'EMPP ;
- ➔ « Un chez-soi d'abord », déclinaison du programme « Housing First », expérimenté en France à partir de 2010 dans 4 villes et en cours de déploiement à l'heure actuelle sur 20 sites<sup>7</sup>. Le modèle, appuyé sur les principes du rétablissement s'adresse à des personnes durablement sans domicile et vivant avec des troubles psychiatriques sévères ;

**La notion de rétablissement correspond à un ensemble d'interventions en psychiatrie et santé mentale qui promeuvent la capacité d'agir et le maintien ou l'accès à l'inclusion sociale et citoyenne des personnes vivant avec des troubles psychiques.**

- Un logement est proposé d'emblée sans passage par des structures d'hébergement et sans condition de suivi d'un traitement ou d'arrêt de la consommation de substances psychoactives. Un suivi intensif est proposé par une équipe médico-sociale intégrant des médiateurs

<sup>6</sup> Ministère de la santé et des solidarités, Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, NOR : SANH0530523C.

<sup>7</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord », NOR : AFSA1631837D, journal officiel n° 0303 du 30 décembre 2016

de santé-pairs. Le modèle est fondé sur le constat qu'il n'y a pas de critères prédictifs de la capacité à se maintenir dans un logement et qu'être logé permet aux personnes de mobiliser des compétences et des ressources qu'elles n'étaient pas en mesure de déployer auparavant. Les expériences de mise en œuvre du modèle ont été évaluées au travers d'essais randomisés contrôlés en France (28) et à l'étranger (29).

- Les résidences accueil. Créées à titre expérimental<sup>8</sup>, cette catégorie de résidences sociales propose un logement adapté aux personnes en situation de handicap psychique. Inscrites dans une logique d'habitat durable, les résidences accueil offrent un cadre de vie semi-collectif pour valoriser la convivialité et l'intégration dans l'environnement et proposent un accompagnement sanitaire et social, formalisé par des conventions avec le secteur psychiatrique et un service d'accompagnement social (Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH)).

Il y a par ailleurs de multiples expériences initiées par les acteurs de santé ou sociaux mais aussi les bailleurs sociaux :

- des organisations qui articulent les interventions pour répondre aux différents besoins (médicaux, sociaux, juridiques...) des populations concernées :
  - par exemple plateformes articulant les interventions des équipes de psychiatrie, de soins primaires et d'addictologie ainsi que des équipes sociales auprès des personnes précaires ayant des pathologies duelles,
- des organisations favorisant l'accès aux soins (somatiques, psychiatriques et de santé mentale et addictologie) :
  - par exemple protocole réunissant plusieurs partenaires dans le champ de la santé et du social, en particulier les médecins généralistes permettant une évaluation et une prise en charge médico-soignante rapide des migrants primo-arrivants et leur orientation,
- des initiatives visant à prévenir les retours à la rue de personnes avec des troubles psychiques, sorties de la grande précarité mais toujours à risque de retour à la rue :
  - par exemple partenariat bailleur social, acteurs sociaux et équipes de psychiatrie pour l'accompagnement de personnes en logement social ayant des troubles psychiques,
- des dispositifs visant à développer des compétences et l'emploi
  - par exemple dispositif d'« Individual placement and support » (« Working first ») associant l'accompagnement clinique par une équipe de psychiatrie et l'intervention de « job coachs »,
- des espaces de soutien et d'activités collectifs, de partage entre pairs
  - par exemple les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ; des espaces de soutien psychosocial orientés vers les personnes exilées,
- l'organisation de l'accès à des ressources de qualité en interprétariat :
  - par exemple, solutions d'interprétariat par téléphone, en particulier pour les langues rares ; formations en interprétariat et médiation en santé.

Toutefois les acteurs soulignent :

- la difficulté de faire reconnaître et de pérenniser ce type d'initiatives dans un contexte administratif et financier encore très cloisonné ;

<sup>8</sup> Note d'information no2006-523 DGAS/PIA/PHAN du 16 novembre 2006, <http://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/note-d-information-no-dgas-pia-phan-2006-523-du-16-a1384.html>

- la difficulté de réorienter ces personnes vers les dispositifs de droit commun (secteur psychiatrique notamment) qui demeurent peu adaptés à leurs besoins, même lorsque les dispositifs spécifiques se donnent pour but de permettre ce retour vers le droit commun.

### 1.2.2.3. Des organisations et dispositifs qui s'appuient sur des principes d'intervention communs

Au-delà de la diversité des pratiques et des dispositifs rencontrés, des postures et des principes d'intervention communs se dégagent au sein de ces organisations s'efforçant d'améliorer les réponses aux besoins des publics précaires et présentant des troubles psychiques :

- Une approche centrée sur les besoins et priorités des personnes :
  - accueillant et accompagnant la personne là où elle en est,
  - s'appuyant sur ses compétences et ses savoir-faire,
  - s'attachant au développement de ses potentialités et de son pouvoir d'agir ;
- Une compréhension des situations appuyées sur des approches cliniques adaptées ;
- Une approche pluridisciplinaire décloisonnée et coordonnée ;
- Des démarches d'« aller vers » adaptées aux besoins de personnes qui ne sont pas toujours en situation de formuler une demande d'aide ou de soins ;
- Des dispositifs de soins et d'accompagnement spécifiques mais toujours dans la perspective d'une orientation vers les dispositifs (santé et social) de droit commun ;
- Une affirmation du rôle et de la place des pairs.

### 1.2.2.4. Une mise en œuvre progressive de modèles d'accompagnement sanitaire et social innovants

Les entretiens ont fait apparaître l'introduction progressive dans les pratiques de modèles de prise en charge et d'accompagnement théorisés et évalués.

- L'accompagnement orienté « rétablissement ». Cette approche a essaimé au-delà du champ de la psychiatrie et influence les pratiques dans le champ social ;
- Une approche en termes de réduction des risques et des dommages<sup>9</sup> ;
- Des modèles d'organisation de soins et d'accompagnement : le case-management, l'accompagnement intensif dans la communauté (Assertive Community Treatment); l'Individual Placement and Support (IPS), l'approche par les forces.

## 1.2.3. Un contexte de politiques publiques et de réglementation en évolution

Les personnes en situation de précarité présentant des troubles psychiques relèvent de nombreuses politiques publiques : politique de santé, lutte contre les exclusions, hébergement logement, handicap, droit des étrangers. Le contexte réglementaire est donc complexe, multiple et par ailleurs en mouvement.

Les travaux sur le thème « grande précarité et troubles psychiques » du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS s'inscriront en cohérence avec :

<sup>9</sup> L'International Harm Reduction Association (IHRA) définit la réduction des risques et des dommages comme l'ensemble « des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de substance psychoactives (...) par des personnes qui ne souhaitent ou ne peuvent pas cesser de consommer (30, 31).

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

Le détail des mesures réglementaires et de politique publique impactant les populations cibles est joint en annexe.

## 1.3. Enjeux

### Un impératif social, éthique et de santé publique

Proposer des soins et un accompagnement de qualité aux personnes en situation de précarité et présentant des troubles psychiques et favoriser ainsi leur rétablissement et leur insertion sociale répond à un enjeu de santé publique en contribuant à la lutte contre les inégalités de santé. Au-delà, c'est aussi plus largement un enjeu éthique et politique puisqu'il s'agit de permettre à tous d'accéder à des conditions de vie dignes, rendant possibles un exercice de l'ensemble des droits ainsi qu'une réalisation personnelle et citoyenne.

### Des situations complexes qui peuvent conduire à un sentiment d'impuissance des professionnels et à un renoncement des personnes

Cependant la mise en place de solutions est complexe :

- les situations sont en grande partie déterminées par certains facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux (politiques nationales, protection sociale, niveau de vie, état du marché du logement, état du marché de l'emploi, phénomènes de migrations internationales) (32) qui dépassent le champ de compétences et d'action des professionnels des secteurs sanitaire et social ;
- les différentes dimensions sont intriquées : la précarisation a un impact sur la santé mentale des personnes ; les troubles mentaux contribuent à faire basculer les individus et leurs familles dans la pauvreté (32) ; et les personnes à la rue peuvent cumuler troubles psychiques, addictions et situation administrative incomplète ;
- les personnes ne sont pas toujours en mesure de formuler une demande d'aide ou de soins, voire ont des craintes par rapport aux dispositifs.

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

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

### Faire évoluer les pratiques et les organisations pour répondre à ces enjeux

Pour autant, les acteurs de santé, et notamment de la psychiatrie et de la santé mentale ainsi que du travail social sont en mesure d'apporter une réponse à ces personnes en mettant en place des organisations et des pratiques appropriées.

L'enjeu de ces travaux est donc de définir et promouvoir :

- un cadre commun d'intervention et de collaboration pour l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques permettant l'élaboration d'une réponse globale ;
- des postures et pratiques professionnelles et des organisations qui favorisent un accompagnement de qualité de ces personnes.

#### **Point de vigilance :**

Le respect des choix des personnes, la promotion de leur autodétermination, de leur envie et de leur pouvoir d'agir doivent être au fondement de ce cadre d'intervention, de ces postures, ainsi que de ces pratiques professionnelles et organisationnelles.

## **1.4. Cibles**

### **→ Personnes concernées**

Les personnes concernées par la recommandation sont les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques. Cela inclut :

- les personnes ne disposant pas d'un logement personnel (catégories 1 à 8 de la grille Ethos<sup>10</sup>) ;
- les personnes en difficulté dans leur logement et à risque de le perdre fait de ces troubles.

### **→ Professionnels concernés**

- professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale.
- professionnels intervenant dans les dispositifs accueil, hébergement et insertion, dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et dans les dispositifs pour personnes à difficulté spécifiques.
- professionnels intervenant dans les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap psychique.
- travailleurs sociaux intervenant dans les conseils départementaux, dans les centres communaux d'action sociale (CCAS).
- pairs participant aux équipes sanitaires et sociales intervenant auprès de ces publics,
- professionnels de santé : médecins généralistes, infirmiers et professionnels paramédicaux en particulier en soins primaires, en centres de santé, en établissements de santé (PASS notamment), intervenant dans les ateliers santé ville, etc.
- professionnels des services d'urgences psychiatriques et générales.
- professionnels du logement (logement accompagné, logement social...).

### **→ Élus, collectivités territoriales et services de l'État**

- Agences Régionales de Santé (ARS), Préfectures, Directions régionales de l'économie, de l'emploi du travail et des solidarités (DREETS); représentants de l'organisation territoriale au sein des Projets Territoriaux de Santé Mentale.
- Élus locaux participant aux Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM).

## **1.5. Objectifs**

Il s'agit d'identifier à partir des données de la littérature et de l'évaluation des expériences existantes :

- les principes d'intervention ;
- les postures et pratiques individuelles et d'équipes ;

<sup>10</sup> [https://www.feantsa.org/download/fr\\_2525022567407186066.pdf](https://www.feantsa.org/download/fr_2525022567407186066.pdf)

- les organisations et coopérations ;
- les démarches qualité, d'évaluation et de partage d'expérience permettant de repérer, orienter et proposer un accompagnement (sanitaire et social) adapté aux besoins et choix des personnes.

Il s'agit également de proposer des outils à l'attention :

- des professionnels du travail social pour mieux repérer, orienter et accompagner les personnes présentant des troubles psychiques ;
- des professionnels de santé pour mieux appréhender les contraintes et les spécificités des populations en grande précarité et adapter l'accueil et la prise en charge ;
- des usagers pour leur permettre de mieux se repérer dans l'offre de soin et d'accompagnement.

## 1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

### Les populations concernées : personnes présentant des troubles psychiques en situation de grande précarité

La population concernée est délimitée par deux critères :

- la grande précarité, avec comme « marqueur » le logement :

Le logement est l'un des principaux déterminant de santé et un « marqueur » de la grande précarité. Le fait de disposer d'un logement personnel fournit ainsi un critère pertinent pour délimiter la population concernée par la recommandation, à la fois objectif, mais aussi subjectif (accéder à un lieu que l'on peut désigner comme « chez-soi » apparaît comme déterminant dans les expériences de vie),

Les populations principalement concernées par la recommandation sont donc d'abord et principalement les personnes ne disposant pas de logement personnel,

Cependant les entretiens ont montré l'importance d'intégrer une dimension préventive et la nécessité d'agir en amont de la perte du logement, il est donc proposé d'intégrer au périmètre de la recommandation les populations en situation de précarité présentant des troubles psychiques en difficulté dans leur logement. Cela nécessite notamment d'améliorer le repérage de ces personnes ;

- Les troubles psychiques :

Les troubles psychiques constituent une deuxième entrée dans le sujet. Il ne serait pas souhaitable d'opérer d'emblée des distinctions diagnostiques, les personnes présentant souvent des tableaux complexes, sans diagnostic établi faute de contact suffisant avec le système de santé et cumulant des vulnérabilités (problématiques sociales, administratives, somatiques et de santé mentale interdépendantes). Le champ clinique est donc défini a priori délibérément de manière très large.

Par ailleurs, les recommandations aborderont les situations de populations particulières parmi les populations précaires souffrant de troubles psychiques :

- les personnes migrantes. Cela inclut l'évaluation des besoins spécifiques, l'accès aux droits (séjour et assurance maladie) et l'adaptation de l'accompagnement en contexte interculturel (médiation sanitaire et sociale, interprétariat...) ;
- les personnes présentant des pathologies duelles (addictives et psychiatriques) ;
- les jeunes, dont les jeunes sortant des dispositifs de protection de l'enfance ;
- les sortants de prison et les personnes sous main de justice ;
- les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique ;
- les personnes sous menace ou contrainte (objectivable ou non) se cachant volontairement ;

Les recommandations n'aborderont pas spécifiquement les mineurs isolés ces populations faisant l'objet d'attention spécifique dans d'autres travaux de la HAS (33).

## Champ des recommandations et questions traitées

### Définition / caractéristiques

- Quelles sont les caractéristiques des publics cibles ? Comment appréhender la diversité des populations considérées ?

### Repérage

- Comment repérer les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ? Cela inclut :
  - Le repérage des personnes sans logement présentant des troubles psychiques ;
  - Le repérage des personnes en difficulté dans leur logement du fait de ces troubles.

### Évaluation / Orientation / accès aux droits

- Comment évaluer les besoins, ressources (compétences, soutien social...), choix et priorités des personnes ?
- Comment orienter les personnes vers le dispositif le mieux adapté au regard de cette évaluation pour permettre le bon accompagnement au bon moment ?
- Comment rendre effectif l'accès aux droits des personnes ? Cela inclut :
  - l'accès aux droits humains (droits fondamentaux et droits sociaux) ;
  - l'accès aux soins ;
  - l'accès au logement ;
  - l'accès aux droits des patients et des usagers ;
  - l'accès aux prestations sociales dont les aides à la personne liées à la reconnaissance du handicap.

### Accompagnement global sanitaire et social

- Comment accompagner les personnes en grande précarité présentant les troubles psychiques ?
- Quelles sont les postures et pratiques favorables à la continuité des parcours de soin et de vie, au rétablissement et à l'insertion sociale des personnes ? Cela inclut :
  - les approches respectueuses de la personne, centrées sur ses choix et priorités intégrant la non-demande et les refus de soin et d'aide, facilitant l'autodétermination et le développement du pouvoir d'agir.
- Comment organiser les coopérations (travail social, psychiatrie, prise en charge des addictions, champ médico-social, soins primaires) pour apporter des réponses aux besoins des personnes ? Cela inclut :
  - l'adaptation des organisations au territoire d'intervention et leur lisibilité pour les personnes concernées ;
  - l'organisation de la pluridisciplinarité ;
  - les interventions favorisant l'interconnaissance et l'échange d'expériences.
- Comment organiser les équipes sanitaires et sociales pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes ? Un focus particulier sur l'approche par les pairs et les espaces et interventions non spécialisés sera réalisé.

Par ailleurs, la recommandation abordera également les thématiques spécifiques suivantes :

- Comment repérer et gérer les situations de crise et d'urgence psychiatrique ?
- Comment accompagner en cas de soins sans consentement ?
- Comment agir en prévention, promouvoir la santé mentale et lutter contre la stigmatisation ?

## 2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

### 2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La recommandation sera élaborée en s'appuyant sur les méthodes « recommandation de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médicosocial » et « recommandations pour la pratique clinique ».

Sont en pratique prévus :

- un recueil des pratiques et dispositifs innovants et des besoins et difficultés rencontrées par les équipes de terrain et les personnes concernées ;
- la réalisation d'une analyse critique de la littérature ;
- la mise en place d'un groupe de travail. Six réunions sont prévues, elles pourront être complétées, le cas échéant, par des réunions en sous-groupes pour aborder des thématiques spécifiques et clarifier les principales notions. Le groupe de travail a pour mission l'élaboration des recommandations en s'appuyant sur les données de la littérature et sur l'expertise des professionnels et des personnes concernées. Les recommandations s'appuieront également sur les expérimentations de terrain qui ont démontré leur efficacité ;
- la relecture des recommandations par un groupe de lecture et par les parties prenantes.

### 2.2. Composition qualitative des groupes

#### Composition du groupe de travail :

Le groupe de travail comprendra entre 25 et 30 personnes.

Il sera composé :

- ➔ d'au moins 2 représentants des usagers (usagers du système de santé en psychiatrie et usagers des établissements et services sociaux du secteur de l'inclusion) ;
- ➔ de 2 travailleurs pairs/médiateurs de santé pairs/pair-aidants ;
- ➔ de 5 à 6 professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale (médecins, infirmiers, psychologues, etc...) :
  - équipes Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP),
  - équipes de secteur psychiatrique,
  - équipes des établissements de santé privés en psychiatrie,
  - psychiatres libéraux ;
- ➔ d'autres professionnels de santé (2 à 3) intervenant auprès des populations cibles, en particulier un ou des médecins généralistes ;

- de 5 à 6 professionnels intervenant dans les dispositifs « accueil, hébergement et insertion », dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et dans les dispositifs pour personnes à difficulté spécifiques ; dont des représentants d'associations particulièrement impliquées auprès de ces populations ;
- d'un professionnel intervenant dans des établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap psychique ;
- d'un travailleur social intervenant auprès des populations cibles dans les conseils départementaux, dans les centres communaux d'action sociale ;
- de 2 ou 3 professionnels du logement (logement accompagné, logement social...) ;
- de 2 professionnels des services d'urgences psychiatriques et urgences générales ;
- de 2 représentants de l'organisation territoriale (dont un représentant des ARS) impliqués notamment dans les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et/ou dans des projets dans le champ de la précarité et de la santé mentale ;
- d'un à deux chercheurs et universitaires ayant une expertise sur le champ considéré ;
- d'un spécialiste de l'éthique ;
- d'un juriste.

#### **Composition du groupe de lecture :**

La composition du groupe de lecture sera similaire à celle du groupe de travail. Le nombre de professionnels pourra être plus élevé.

#### **Avis des parties prenantes :**

Les documents seront également transmis pour avis :

- aux membres du comité de concertation pour la qualité et l'évaluation des établissements et services sociaux et médicosociaux concernés par le sujet ;
- aux membres du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » de la HAS ;
- aux autres parties prenantes rencontrées lors de la phase de cadrage.

### **2.3. Productions prévues**

- Argumentaire scientifique incluant une clarification des principales notions.
- Recommandation de bonne pratique.
- Synthèse de la recommandation.
- Fiches et outils spécifiques ciblant les priorités d'action des professionnels de première ligne (soin et travail social).
- Outil d'aide à l'orientation à destination des usagers, en lien avec le service de l'engagement des usagers.

## **3. Calendrier prévisionnel des productions**

- Date de passage en commission : novembre 2022
- Date de validation du collège et de la CSMS : décembre 2022

## Annexes

---

Annexe 1.	Contexte réglementaire et de politique publique	15
Annexe 2.	Etat des lieux documentaire et références bibliographiques	17
Annexe 3.	Bibliographie	19

## Annexe 1. Contexte réglementaire et de politique publique

Les personnes en situation de précarité présentant des troubles psychiques sont aux croisements de nombreuses politiques publiques ; les travaux « grande précarité et troubles psychiques » s'inscrivent donc dans un contexte réglementaire complexe, multiple et en mouvement. Elles sont par ailleurs prioritaires au sein :

→ **de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie**(34) qui prévoit :

- d'améliorer l'accès au logement et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné (mesure 36),
- d'améliorer l'accompagnement médico-social des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, en situation de ruptures de parcours ou de non-recours (mesure 37) ;

→ **de la stratégie nationale de santé 2018-2022** (35) qui a pour objectifs :

- de lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, notamment en renforçant l'accès aux droits sociaux et en accompagnant le recours aux services de santé des personnes vulnérables,
- d'améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale et de réduire les inégalités d'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de précarité,
- de mettre en place les projets territoriaux de santé mentale (PTSM)<sup>11</sup> s'appuyant sur un diagnostic partagé et articulés autour de priorités dont :
  - « Le repérage précoce, l'accès aux diagnostics, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la sciences et aux bonnes pratiques professionnelles »,
  - « Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale »,
  - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques,
  - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale ;

→ **du plan quinquennal pour le logement d'abord** avec la mise en place au 1er janvier 2021 d'un service public de la rue au logement piloté par la Délégation Interministérielle à l'hébergement et au logement (36). Deux mesures concernent plus particulièrement les personnes en situation de précarité et présentant des troubles psychiques :

- Le développement de l'offre de logement en pensions de famille, dont les résidences accueil,
- Le déploiement du dispositif Un chez-soi d'abord sur les grandes agglomérations ; le déploiement de l'adaptation du modèle sur les villes moyennes et les zones semi-urbaines et l'expérimentation d'un modèle adapté aux 18-25 ans,

L'accélération de la politique du logement d'abord est demandée par la Cour des comptes, notamment en lien avec la reconnaissance du caractère protecteur du logement à l'occasion de la crise sanitaire (37, 38) ;

<sup>11</sup> Les priorités des projets territoriaux de santé sont inscrites dans la loi de modernisation du système de santé (ref)

- **de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté** qui prévoit une meilleure garantie de l'accès aux soins des plus précaires et un renforcement de l'accès et du maintien dans le logement ;
- **de la lutte contre les inégalités de santé** incluant la santé mentale, renforcée par le contexte de crise. Ainsi la circulaire mesure 27 du Ségur de la santé<sup>12</sup> (39) prévoit :
  - la mise en place d'un cadre renforcé de gouvernance stratégique régionale, dédiée à la lutte contre les inégalités de santé,
  - le développement de dispositifs d'accompagnement pluridisciplinaires des personnes en situation de précarité et/ou confrontée aux addictions ou troubles psychiques : création de Lits halte soins santé (LHSS), de centres et maisons de santé participatifs, renforcement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des dispositifs de lutte contre les addictions,
  - le recours aux démarches « d'aller vers » pour toucher les plus exclus grâce à des équipes mobiles pluridisciplinaires « santé –social » (équipes mobiles psychiatrie précarité et santé précarité, appartement de coordination thérapeutique à domicile (ACT à domicile), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) précarité, LHSS et PASS mobiles).

---

<sup>12</sup> Premier Ministre, Circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance

## Annexe 2. Etat des lieux documentaire et références bibliographiques

Une première recherche bibliographique fait apparaître :

- à l'international :
  - des données épidémiologiques nombreuses indiquant un lien important entre sans-abrisme, troubles psychiatriques et de santé mentale (13, 15-18, 23, 40-42) ainsi que les freins à l'accès aux soins et aux aides (43-45),
  - des programmes et des modèles d'accompagnement et de soins évalués auprès des populations en situation de grande précarité avec des problématiques de santé mentale (29, 46-58),
  - quelques recommandations pour l'accompagnement des personnes sans-domicile, incluant la question de la santé mentale (59-63),
  - des publications spécifiques sur la santé mentale des migrants (22, 24, 64-66) ;
- en France :
  - des données sur les populations sans logement et des données épidémiologiques concernant la santé mentale des personnes en situation de grande précarité moins nombreuses et globalement moins solides, mais concordantes avec les données internationales (1-4, 6-8, 14, 67-80) ainsi que sur les freins à l'accès aux aides et aux soins (26, 81-84),
  - les évaluations scientifiques du dispositif « Un chez-soi d'abord » (28, 85) ;
  - les évaluations des dispositifs nationaux (Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité notamment) ou locaux (86-89),
  - de la littérature descriptive et de la littérature grise sur les expériences existantes (27, 90-96),
  - des guides élaborés par des associations (25) ou des institutions des secteurs sanitaires et social (67, 97-103),
  - Des travaux sur les cliniques de la précarité (10-12, 104-106),
  - des travaux de la HAS et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) :
    - des publications existantes :
      - des recommandations de l'ANESM traitant de la santé physique et psychique des personnes hébergées en Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) et de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques (107, 108),
      - une recommandation de la HAS sur les Lits Halte Soins Santé (LHSS), les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) (109),
      - un référentiel HAS sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé (110),
      - un référentiel HAS sur la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins (111),
      - le Guide HAS « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux » (112),

- une recommandation de l'ANESM concernant la réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD (30)),
- une recommandation de la HAS concernant la prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA (31)) ;
- des publications à venir :
  - Des travaux en cours à la HAS sur l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques (Enfants et adultes) (113),
  - Des travaux en cours concernant la réduction des risques et des dommages dans les établissements et services sociaux et médicosociaux,
  - Des travaux en cours sur la coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie qui aborderont le sujet des migrants mineurs non accompagnés (114).

Une première bibliographie est présentée ci-après.

### Annexe 3. Bibliographie

1. Institut national de la statistique et des études économiques, Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Paris: INSEE; 2014.
2. Fondation Abbé Pierre. 26e rapport sur l'état du mal-logement en France 2021. Les chiffres du mal-logement. Paris: Fondation Abbé Pierre; 2021.
3. Alba D, Pelloux P, Molinier M, Pierre-Marie E, Moreau E. Les personnes en situation de rue à Paris la nuit du 30-31 janvier 2020. Analyse des données issues du décompte de la 3e édition de la nuit de la solidarité. Paris: APUR.
4. Longchamps C, Ducarroz S, Crouzet L, El Aarbaoui T, Allaire C, Colleville A. Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO. Bull épidémiol hebdo. 2021((Cov\_1)):2-9.
5. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. La pauvreté démultipliée. Dimensions, processus et réponses. Printemps 2020 - printemps 2021. Paris: CNLE; 2021.
6. Cabannes P-Y, Emorine M. Hébergement d'urgence permanent : au cours des années 2010, davantage de familles et des séjours rallongés. Résultats des enquêtes auprès des établissements et services pour adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS) 2008, 2012 et 2016. Etudes et résultats. 2021(1184):1-6.
7. Daguzan A, Farnarier C. Estimation du nombre de personnes sans abri à Marseille en 2016. Personnes ayant eu accès à un lieu à bas seuil 'exigence. Premiers résultats. Marseille; 2019.
8. Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et sociale, Association JUST. De l'épidémiologie à l'intervention: l'UHU Madragueville. Marseille: MARSS; 2016.
9. Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement. Les personnes accueillies dans le dispositif hivernal en Île-de-France. Résultats de l'enquête 2019 « une nuit donnée » dans les structures de renfort hivernal. Nuit du 14 au 15 février 2019. Lettre des études. 2019.
10. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. Mental'idées. 2007(11):24-33.
11. Mercuel A. Souffrance psychique des sans-abri. Vivre ou survivre. Paris: Odile Jacob; 2012.
12. Quesemand Zucca S. Je vous salis ma rue : Clinique de la désocialisation. Paris: Stock; 2007.
13. Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, McKyer ELJ, et al. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. Int J Soc Psychiatry. 2020;66(6):528-41.
14. Observatoire du Samu social de Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France. Paris: Observatoire du Samusocial de Paris ; INSERM; 2010.
15. Ayano G, Shumet S, Tesfaw G, Tsegay L. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of bipolar disorder among homeless people. BMC Public Health. 2020;20(1):731.
16. Ayano G, Solomon M, Tsegay L, Yohannes K, Abraha M. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder among Homeless People. The Psychiatric quarterly. 2020;91(4):949-63.
17. Ayano G, Tesfaw G, Shumet S. The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2019;19(1):370.
18. Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K. Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatr Q. 2019;90(4):829-42.
19. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. The lancet Psychiatry. 2020;7(6):547-60.
20. Phiri P, Ramakrishnan R, Rathod S, Elliot K, Thayanandan T, Sandle N, et al. An evaluation of the mental health impact of SARS-CoV-2 on patients, general public and healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2021;34:100806.
21. Santé publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021.
22. World Health Organization. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Geneva: WHO; 2016.
23. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384(9953):1529-40.
24. Lindert J. Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. 2009(69):246-57.
25. Centre Primo Levi, Médecins du Monde. La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique. Paris: Centre Primo Levi ; Médecins du Monde; 2018.
26. Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France, Fondation Abbé Pierre. Etude sur l'inconditionnalité de l'accueil en hébergement en Ile-de-France. Montreuil: FAS; 2019.
27. Arveiller J, Mercuel A. Santé mentale et précarité: Aller vers et rétablir. Cachan: Lavoisier; 2012.
28. Premier ministre, Ministère du logement et de l'habitat durable, Ministère des affaires sociales et de la santé. Le

- programme expérimental « Un chez-soi d'abord » principaux résultats 2011-2015. Paris; 2016.
29. Nelson G, Stefancic A, Rae J, Townley G, Tsemberis S, Macnaughton E, et al. Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: a mixed methods approach. *Eval Program Plann.* 2014;43:16-26.
30. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018.
31. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
32. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Genève: OMS; 2013.
33. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits "mineurs isolés étrangers". Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2017.
34. Ministère des solidarités et de la santé. Mise en oeuvre de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie. Etat d'avancement au 21 janvier 2021. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2021.
35. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2017.
36. Premier ministre, Ministère de la cohésion des territoires. Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022. Paris: Premier ministre; 2017.
37. Cour des comptes. Référé La politique en faveur du « logement d'abord ». Paris: Cour des Comptes; 2020.
38. Cour des comptes. L'hébergement et le logement des personnes sans domicile pendant la crise sanitaire du printemps. Rapport public annuel. Paris: Cour des Comptes; 2020. p. 109-48.
39. Ministère des solidarités et de la santé. Ségur de la santé. Les conclusions. Dossier de presse juillet 2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020.
40. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet (London, England).* 2005;365(9467):1309-14.
41. 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 Med.* 2008;5(12):e225.
42. Churchar A, Ryder M, Greenhill A, Mandy W. The prevalence of autistic traits in a homeless population. *Autism : the international journal of research and practice.* 2019;23(3):665-76.
43. Magwood O, Leki VY, Kpade V, Saad A, Alkhateeb Q, Gebremeskel A, et al. Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *PLoS ONE.* 2019;14(12):e0226306.
44. O'Donovan J, Russell K, Kuipers P, Siskind D, Elphinston RA. A place to call home: Hearing the perspectives of people living with homelessness and mental illness through service evaluation. *Community Ment Health J.* 2019;55(7):1218-25.
45. Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community.* 2020;28(1):1-11.
46. Tsemberis S. Housing first. The pathways model to end homelessness for people with mental health and substance use disorders: Hazelden Publishing; 2010.
47. Milaney K. The 6 dimensions of promising practice for case managed supports to end homelessness, part 1: contextualizing case management for ending homelessness. *Prof Case Manag.* 2011;16(6):281-7; quiz 8-9.
48. Milaney K. The 6 dimensions of promising practice for case managed supports to end homelessness: part 2: the 6 dimensions of quality. *Prof Case Manag.* 2012;17(1):4-12; quiz 3-4.
49. de Vet R, van Luitelaar MJ, Brilleslijper-Kater SN, Vanderplasschen W, Beijersbergen MD, Wolf JR. Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *Am J Public Health.* 2013;103(10):e13-26.
50. Henwood BF, Derejko KS, Couture J, Padgett DK. Maslow and mental health recovery: a comparative study of homeless programs for adults with serious mental illness. *Adm Policy Ment Health.* 2015;42(2):220-8.
51. Tse S, Tsoi EW, Hamilton B, O'Hagan M, Shepherd G, Slade M, et al. Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *Int J Soc Psychiatry.* 2016;62(3):281-91.
52. Dunt DR, Benoy AW, Phillipou A, Collister LL, Crowther EM, Freidin J, et al. Evaluation of an integrated housing and recovery model for people with severe and persistent mental illnesses: the Doorway program. *Aust Health Rev.* 2017;41(5):573-81.
53. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, Hayward A, Story A, Perri P, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet.* 2018;391(10117):266-80.
54. Jego M, Abcaya J, Ștefan DE, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(2).
55. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Nisenbaum R, Durbin J, Hwang SW, O'Campo P, et al. Bridging hospital and community care for homeless adults with mental health needs: Outcomes of a brief interdisciplinary intervention. *Can J Psychiatry.* 2018;63(11):774-84.
56. Stergiopoulos V, Mejia-Lancheros C, Nisenbaum R, Wang R, Lachaud J, O'Campo P, et al. Long-term effects of

- rent supplements and mental health support services on housing and health outcomes of homeless adults with mental illness: extension study of the At Home/Chez Soi randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(11):915-25.
- 57.Ponka D, Agbata E, Kendall C, Stergiopoulos V, Mendonca O, Magwood O, et al. The effectiveness of case management interventions for the homeless, vulnerably housed and persons with lived experience: A systematic review. *PLoS ONE*. 2020;15(4):e0230896.
- 58.Shoemaker ES, Kendall CE, Mathew C, Crispo S, Welch V, Andermann A, et al. Establishing need and population priorities to improve the health of homeless and vulnerably housed women, youth, and men: A Delphi consensus study. *PLoS ONE*. 2020;15(4):e0231758.
- 59.Homeless Link. Mental health and wellbeing guide. London: HL; 2012.
- 60.Pathway. Mental Health Service Interventions for People Sleeping Rough. London: Pathway; 2017.
- 61.Pottie K, Kendall CE, Aubry T, Magwood O, Andermann A, Salvalaggio G, et al. Clinical guideline for homeless and vulnerably housed people, and people with lived homelessness experience. *CMAJ*. 2020;192(10):E240-e54.
- 62.Pottie K, Kendall CE, Aubry T, Magwood O, Andermann A, Salvalaggio G, et al. Lignes directrices de pratique clinique pour les personnes sans-abri, logées précairement, ou ayant connu l'itinérance *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*. 2020;192(41):E1225-E41.
- 63.Pathway. Service Model Review of UK Mental Health and Rough Sleeping Services. London: Pathway; 2020.
- 64.Firenze A, Aleo N, Ferrara C, Maranto M, C LAC, Restivo V. The Occurrence of Diseases and Related Factors in a Center for Asylum Seekers in Italy. *Zdravstveno varstvo*. 2016;55(1):21-8.
- 65.World Health Organization. Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Geneva: WHO; 2018.
- 66.European Asylum Support Office. Mental health of applicants for international protection in Europe. Initial mapping report. Luxembourg: EASO; 2020.
- 67.Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Paris: La Documentation française; 2010 2010-01. 231 p.
- 68.Trouvé M, Claudel H. Urgences psychiatriques et précarité : étude descriptive et comparative sur la prise en charge de sujets SDF. 2011;87(2):89-94.
- 69.Institut national de la statistique et des études économiques, Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, et al. L'hébergement des sans-domicile en 2012. *Insee Première*. 2013(1455).
- 70.Marques A, Velpy L. L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité. *L'information psychiatrique*. 2013;89(6):465-72.
- 71.Institut national de la statistique et des études économiques. Les sans-domicile dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance. *Ile-de-France à la page*. 2014(423):1-4.
- 72.Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. *Bull Epidemiol Hebdo*. 2015(36-37):662-70.
- 73.Moisy M. Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des "sans domicile" [Maj le 21/12/2020]. *Etudes et résultats*. 2015(932).
- 74.Moisy M. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 [Maj le 21/12/2020]. *Etudes et résultats*. 2015(933).
- 75.Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull épidémiol hebdo*. 2017(17-20):405-14.
- 76.Baronnet J, Alberghini A. Aux portes de la rue ou quand les institutions produisent l'exclusion : les sortants d'hôpitaux psychiatriques. *Recherche sociale*. 2018;228(4):6-91.
- 77.Chevreau G, Castillo MC, Vallat-Azouvi C. Une personne SDF sur 10 souffre de troubles cognitifs : que sait-on de ces troubles ? Une revue de littérature sur la cognition des personnes SDF. *L'Encéphale*. 2019;45(5):424-32.
- 78.Roze M, Melchior M, Vuillermoz C, Rezzoug D, Baubet T, Vandentorren S. Post-Traumatic Stress Disorder in Homeless Migrant Mothers of the Paris Region Shelters. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13).
- 79.Damon J. Sans domicile fixe (SDF) et sans-abri. Qui sont-ils ? Combien sont-ils ? *Population & Avenir*. 2021(751):17-9.
- 80.Santé publique France. Migrants en situation de vulnérabilité et santé. *La santé en action*. 2021(455).
- 81.Langlard G, Bouteyre E. Étude comparative de dix sujets SDF fréquentant un centre d'hébergement d'urgence et de dix sujets SDF vivant uniquement dans la rue : acceptation et refus de l'hébergement d'urgence. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2013;171(8):531-7.
- 82.Tinland A, Boyer L, Loubière S, Greacen T, Girard V, Boucekine M, et al. Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2018;14:2269-79.
- 83.Loubière S, Tinland A, Taylor O, Loundou A, Girard V, Boyer L, et al. Determinants of healthcare use by homeless people with schizophrenia or bipolar disorder: results from the French Housing First Study. *Public Health*. 2020;185:224-31.
- 84.Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France 2019. Paris: Médecins du Monde; 2020.
- 85.Assistance publique hôpitaux de Marseille, Faculté de Médecine Aix-Marseille université, Tinland A, Girard V, Loubière S, Auquier P. Un chez soi d'abord. Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitatif. 2016.

86. Girard V, Sarradon-Eck A, Payan N, Bonin J-P, Perrot S, Vialars V, et al. Analyse de l'activité d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) : des urgences médicopsychiatriques dans la rue à la pratique d'hospitalisation à domicile pour des personnes sans domicile. *La Presse Médicale*. 2012;41(5):e226-e37.
87. Marques A. Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité. Une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique. *Le sociographe*. 2013;42(2):67-77.
88. Baux M, Tonnel P, Labey M, Plancke L, Amarie A, Danel T. Diversité des équipes mobiles psychiatrie précarité du Nord-Pas-de-Calais en 2015. *L'Information psychiatrique*. 2016;92(5):397-405.
89. Agence Régionale de Santé - Occitanie, Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société, Manuello P. Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité d'Occitanie : État des lieux. *ARS Occitanie ; IFERISS*; 2018.
90. Sarradon-Eck A, Farnarier C, Girard V, Händlhuber H, Lefebvre C, Simonet É, et al. Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. *Lien social et Politiques*. 2012(67):183-99.
91. Centre d'action sociale de la Ville de Paris. Les besoins des personnes précaires en souffrance psychique et leur prise en charge dans les pratiques du CASVP. Paris: CASVP; 2014.
92. Einhorn L, Rivière M, Chappuis M, Chevelle M, Laurence S. Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017). *Revue 203*.
93. Orspere-Samdarra. Rapport d'étude « Précarité, parcours d'hébergement et santé mentale ». Une étude dans les CHRS de l'Ain. Bron: Orspere-Samdarra; 2018.
94. Einhorn L, Tremblay V, Zeroug-Vial H. Reconsidérer les frontières du soutien en santé mentale. *Rhizome*. 2019(73):18-9.
95. Broutin S. Médicosocial en santé mentale : histoire et réalités institutionnelles. *L'information psychiatrique*. 2019;95(7):496-502.
96. Chambon N, Gilliot É, Sorba M. L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord. *Revue française des affaires sociales*. 2020(2):97-116.
97. Direction générale de la Santé, Direction générale de l'Action sociale. Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2002.
98. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Sortir de la rue. Rapport du jury d'audition. Conférence de consensus, Paris, 29-30 novembre 2007. Paris: CNLE; 2007.
99. Fédération des acteurs de la solidarité. Guide précarité et santé mentale. Paris: FNARS; 2011.
100. Agence régionale de Santé Ile de France. Guide santé à destination des acteurs de la filière hébergement. Paris: ARS Ile de France; 2016.
101. Agence régionale de Santé Ile de France. Conception, organisation, mise en œuvre et évaluation des actions d'«aller-vers» auprès des personnes en situation de grande précarité - Référentiel régional. Paris: ARS Ile de France; 2019.
102. Association des établissements participant au service public de santé mentale, Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux, Association nationale des psychiatres présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers. Charte de bonnes pratiques psychiatrie, santé mentale et social, médico-social. AdESM ; GEPSO ; ANPCME; 2019.
103. Association des établissements participant au service public de santé mentale, Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux, Association nationale des psychiatres présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers. Psychiatrie, santé mentale et parcours des personnes vulnérables. Quelles complémentarité et coopérations entre les champs sanitaire, social et médico-social. Actes du 5 octobre 2020, Paris. AdESM ; GEPSO ; ANPCME; 2020.
104. Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY*. 2011;156(7):29-34.
105. Furtos J. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*. 2015;98(2):55-9.
106. Velut N. Pathologie mentale et souffrance psychique de personnes en situation de précarité : de quoi parle-t-on ? *Empan*. 2015;98(2):47-54.
107. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques. Au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2016.
108. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS. La Plaine Saint-Denis: ANESM; 2018.
109. Haute Autorité de Santé. LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
110. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
111. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
112. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux.

État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

113.Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques. Enfants et adultes. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

114.Haute Autorité de Santé. Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.