

Les problèmes de santé rencontrés chez les personnes hébergées dans les dispositifs AHI de l'Hérault

Résultats, Analyse et préconisations

Table des matières

1	INTRODUCTION	2
2	METHODOLOGIE.....	3
3	RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ET DISCUSSION	6
3.1	Données générales	6
3.2	Les problèmes de santé rencontrés	8
3.3	Les pathologies physiques (somatiques) chroniques.....	10
3.4	La santé mentale	13
3.5	Les addictions	16
3.6	Population de plus de 60 ans	18
3.7	Multi problématiques.....	19
3.8	Problèmes de santé par type d’hébergement	20
4	LES FREINS ET LES DIFFICULTES RENCONTREES	22
5	SYNTHESE et ANALYSE.....	27
5.1	Méthodologie	27
5.2	Les résultats du questionnaire	28
5.2.1	Les pathologies physiques chroniques :	30
5.2.2	La santé mentale	32
5.2.3	Les addictions	34
5.2.4	Population de plus de 60 ans	36
5.2.5	Multi problématiques ou polypathologies.....	36
6	CONCLUSION ET PRECONISATIONS.....	37
	REMERCIEMENTS	42
	ABREVIATIONS et ACRONYMES.....	43
	BIBLIOGRAPHIE.....	44

1 INTRODUCTION

En 2015, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) a piloté et coordonné, en lien avec la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL), l'élaboration de 5 diagnostics départementaux à 360° de la région Languedoc-Roussillon. Ces diagnostics sont prévus dans chaque département par le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Ils visaient à appréhender les problématiques des personnes allant de la rue au mal logement dans une perspective d'adaptation de l'offre d'hébergement, logement et accompagnement social.

Ces enquêtes ont montré, notamment, que 30 % des personnes hébergées ou logées présentaient une ou des problématiques de santé pour lesquelles un accompagnement médico-social ou sanitaire était nécessaire et avait un impact fort sur la capacité d'accès ou de maintien dans le logement.

Fort du diagnostic à 360°, le Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) 2017-2022 de l'Hérault a développé dans ses axes d'intervention une action intitulée « *Articuler la prise en charge des publics nécessitant un accompagnement médico-social ou de santé publique* ».

Les personnes malades ou handicapées sont ainsi définies comme publics prioritaires du plan.

La Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS), qui avait participé au comité de pilotage régional des 5 diagnostics départementaux 360° de la région Languedoc Roussillon, a décidé de poursuivre cette exploration en missionnant le SIAO Hérault pour la réalisation d'un **état des lieux des pathologies rencontrées par les personnes hébergées dans les dispositifs AHI de l'Hérault** et des **besoins en termes de places et de dispositifs**.

Cet état des lieux est composé de 2 volets :

- Un volet quantitatif qui permettra de donner une estimation sur le nombre de personnes hébergées dans le dispositif AHI présentant des pathologies somatiques chroniques et/ou de santé mentale et/ou de problèmes d'addiction : description des caractéristiques de ces personnes, de leurs pathologies et analyse des éléments sur le recours au soin et le suivi au niveau sanitaire.
- Un volet qualitatif analysant d'une part, les freins existants (en lien avec la santé) dans leur parcours social personnel et d'autre part, les spécificités de leur prise en charge par les professionnels de santé.

L'objectif est de mettre en lumière les difficultés de prise en charge de ces personnes en termes de suivi, d'orientation et de devenir.

2 METHODOLOGIE

Cette étude n'a pas la prétention d'être une enquête épidémiologique. Nous ne nous arrêterons pas ici sur les moyennes, les intervalles de confiance ou les risques relatifs calculés.

C'est une enquête flash, descriptive et transversale (de prévalence).

Malgré les biais, elle permet néanmoins d'avoir un éclairage ponctuel et assez précis sur les problèmes de santé rencontrés et le profil des personnes hébergées concernées dans notre département et d'en tirer les problématiques principales et les freins, en lien avec la santé, les plus fréquemment rencontrés.

Dans un premier temps, un **questionnaire** a été élaboré et adressé à 51 dispositifs AHI du département de l'Hérault (à raison d'un questionnaire par dispositif), soit :

19 Dispositifs d'hébergement d'URGENCE :

- 4 dispositifs de mise à l'abri :
 - Sète : Association Solidarité Urgence Sétoise (SUS)
 - Montpellier : Mise à l'abri sur orientation du Samu social dans les locaux de l'ACALA (n'existe plus depuis le 1/12/2017) ; Caban (les 2 chapelles) ; Le Refuge
- 11 CHU (centres hébergement d'urgence) :
 - Béziers : Association Biterroise d'Entraide et de Solidarité (ABES)
 - Sète : SUS
 - Cœur d'Hérault : Association Trait d'Union (ATU)
 - Lunel : ADAGES Regain
 - Montpellier métropole : La Clairière, L'Avitarelle CHU ACALA, GAMMES Issue, FARE, Adages Regain, Association d'Entraide et de Reclassement Social (AERS), L'Avitarelle Madeleine Delbrel et centre E. Bouissonnade géré par le CCAS de Montpellier.
- 4 dispositifs ALTER (hébergement destiné à des personnes en situation administratives complexes) : SUS, GAMMES Issue, ADAGES, La Cimade.

20 dispositifs d'hébergement d'INSERTION :

- **14 Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) :**
 - Béziers : ABES
 - Sète : SUS
 - Lunel : ADAGES Regain
 - Montpellier Métropole : AERS ; FARE ; Adages Regain; Gestare ; L'Avitarelle Madeleine Delbrel ; La Clairière ; centre E. Bouissonnade géré par CCAS Bouissonnade ; ACALA ; GAMMES Issue
- 6 stabilisations :
 - Béziers : ABES
 - Sète : SUS

- Montpellier Métropole : ADAGES Regain ; Fare ; La Clairière ; GAMMES Issue

12 dispositifs de LOGEMENTS ADAPTES :

- **10 Maisons-relais / pensions de famille :**
 - Lunel : ADAGES
 - Paulhan : ADAGES
 - Béziers : Habitat et Humanisme
 - Sète : L'Amandier-SUS
 - Montpellier Métropole : Saint Louis – association Gammes Issue ; La Villa Savine -Habitat et Humanisme ; Fermaud Merci – ADOMA ; La Villa renucci- La Clairière ; L'Atelier -Gestare ; L'Avitarelle Centroval à Montpellier et Horizon à Castelnaud.
- **2 Foyers Travailleurs migrants gérés par ADOMA : Le lavandin et Le Bosquet à Montpellier**

Concernant les logements adaptés, nous n'avons intégré dans cette étude que les maisons-relais et les foyers de travailleurs migrants (FTM). Ont été exclus de l'enquête les logements en Intermédiation locative (IML), les sous-locations avec ou sans bail glissant où les personnes hébergées sont en situation d'autonomie et rencontrent moins de problématiques sociales avec un logement plus stable et un accès aux droits communs en place notamment dans l'accès aux soins. N'a également pas été intégrée la résidence accueil Isatis du fait d'un encadrement médical et social spécifique et adéquat.

Le questionnaire a été adressé aux directions et aux travailleurs sociaux de ces différentes structures d'hébergement.

Il s'agit d'une enquête flash, d'une photographie ponctuelle au cours du mois de septembre 2017.

La première partie du questionnaire concerne une approche quantitative et la deuxième partie avec ses questions ouvertes intéresse l'abord qualitatif.

Les réponses sont de « type déclaratif ». En effet, ce questionnaire a été rempli par les travailleurs sociaux aidés ou non par les soignants intervenant dans les différentes structures (pour les structures bénéficiant de la présence de soignant).

Ce type de questionnaire entraîne habituellement des biais dans les réponses avec des chiffres le plus souvent sous-estimés. Les personnes concernées, par crainte, par pudeur ou encore par une démarche calculée peuvent être amenées à ne pas totalement se dévoiler (notamment au niveau des addictions mais aussi des troubles de santé mentale). D'autres au contraire, peuvent voir et utiliser les problèmes de santé comme une porte d'entrée vers l'accompagnement social.

42 questionnaires remplis ont été retournés au SIAO : ces 42 questionnaires correspondent à **50 dispositifs**. En effet, 8 questionnaires ont été remplis pour 2 dispositifs (exemple : mise à l'abri+ CHU ou CHRS + stabilisation).

Les 2 FTM (Foyers de Travailleurs Migrants) n'ont renseigné que la partie qualitative (questions ouvertes). La partie quantitative n'ayant pas été complétée, elle n'a pu être exploitée et ne figure donc pas dans les résultats chiffrés.

Structure n'ayant pas répondu : 1 dispositif Alter.

Dans un second temps, parallèlement au questionnaire, un « **groupe focus urgence** » a été organisé avec les chefs de service et travailleurs sociaux des dispositifs d'hébergement d'urgence (mise à l'abri, centre d'hébergement d'urgence et Alter). Il nous semblait intéressant de réunir les acteurs concernés par ce type d'hébergement où la notion de temporalité est particulière, rendant plus difficile la prise en charge des problèmes de santé des personnes hébergées.

20 professionnels étaient présents à cette réunion correspondant à 17 structures d'urgence (mise à l'abri, centre d'hébergement d'urgence et Alter) sur les 19 structures du département.

Des **entretiens (semi-directifs) ont également été organisés avec les principaux acteurs de santé** intervenant auprès des personnes hébergées :

- Intervenant soit au niveau transversal dans les structures (uniquement sur Montpellier) : l'UMIPPP et le dispositif de Santé Globale dans une démarche de l'« aller vers »,
- Soit recevant le public dans leurs centres de soins : La PASS du CHU St Eloi, UTDD, Arc en Ciel, ANPAA, Point Santé de Sète, Accueil Santé Béziers, Médecins du Monde.

3 RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ET DISCUSSION

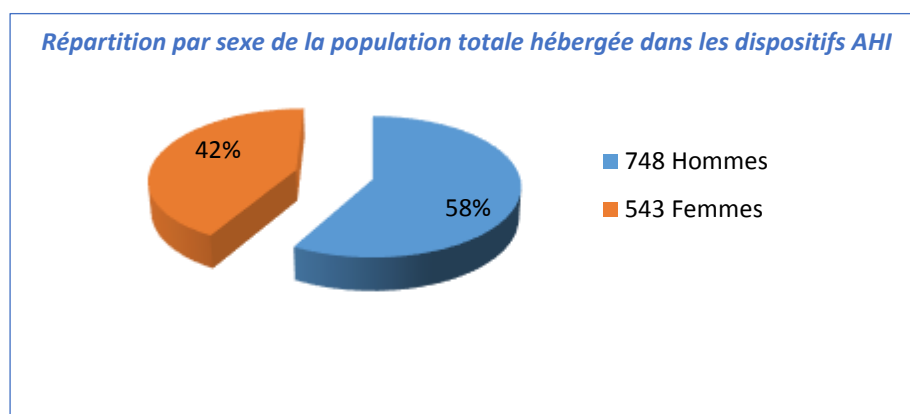
3.1 Données générales

- **1 291 personnes sont hébergées** dans les dispositifs AHI au moment cette enquête.
N.B. Ce chiffre ne comprend pas les personnes hébergées en FTM.
 - 761 personnes ont entre 18 et 45 ans soit 59% de la population hébergée.
 - 227 ont entre 45 et 59 ans, soit 17.5% de la population hébergée.
 - 105 ont plus de 60 ans, soit 8% de la population hébergée.
 - 198 mineurs (< à 18 ans), soit 15% de la population hébergée.

Les mineurs (< à 18 ans) sont au nombre de **198**, soit 15% de la population hébergée. Il s'agit de mineurs accompagnés par leurs parents.

65 d'entre eux sont hébergés dans les dispositifs d'urgence et 133 en insertion.

Leur répartition par sexe (59 % de sexe masculin et 41% de sexe féminin) est sensiblement la même que la répartition par sexe de la population totale hébergée.



➤ **Personnel dédié aux questions de santé :**

- **27** dispositifs ont **recours à du personnel** de santé **venant de l'extérieur** : Infirmiers libéraux, kinésithérapeutes libéraux, Santé globale, UMIPPP, psychologues et ostéopathes bénévoles.
- **1** seul dispositif dispose de personnel **salarié** dédié aux questions de santé : il s'agit d'une infirmière à mi-temps (ACALA).
- **20** dispositifs n'ont recours à **aucun intervenant santé** au sein des structures d'hébergement en dehors d'infirmiers libéraux (pour des actes ponctuels), parmi eux :
 - 100 % des dispositifs situés en dehors de Montpellier n'ont pas recours à du personnel de santé venant de l'extérieur : ABES (CHU), SUS (mise à l'abri, CHU, Alter ou maison-relais l'Amandier), Lunel (CHU), ATU (CHU), Adages (maison-relais de Paulhan) en dehors des infirmiers libéraux pour des actes ponctuels (pour Lunel, Clermont l'Hérault et Béziers).
 - 36 % des dispositifs d'urgence (tous secteurs confondus) ne font pas appel à des intervenants santé.

- 100 % des dispositifs Alter ne font pas appel à des intervenants santé.
- 3 dispositifs n'ont pas répondu.

On note qu'un nombre important de structures d'hébergement n'ont pas recours à du personnel de santé intervenant dans les structures d'hébergement, en revanche :

➤ **98% des dispositifs ont développé des partenariats spécifiques santé**

Ceux pour lesquels il y a un partenariat formalisé avec des interventions dans les structures, régulières hebdomadaires :

- ➔ UMIPPP (16 dispositifs concernés)
- ➔ Dispositif de Santé Globale (12 dispositifs concernés)

L'UMIPPP et le dispositif de Santé Globale interviennent uniquement sur Montpellier. En dehors des interventions à CORUS et au Samu social, l'UMIPPP intervient dans 16 dispositifs d'hébergement d'urgence ou d'insertion. La santé globale intervient ½ journée par semaine dans chacun des 12 dispositifs concernés. Certains dispositifs d'hébergement ont mis en place un partenariat formalisé à la fois avec l'UMIPPP et la Santé Globale.

Pour une meilleure collaboration, l'UMIPPP et la Santé globale ont établi des conventions avec le Collectif précarité qui regroupent tous les acteurs du domaine social, médical et médico-social travaillant autour de

Les autres sont des partenaires vers qui les personnes sont adressées (en cas de besoin) ou des partenaires qui interviennent dans les centres d'hébergement de façon ponctuelle :

Institutions :

Centre Hospitalier (*pour 10 dispositifs d'hébergement*)
 PASS (8)
 CMP et CMPP (8)
 CPAM (4)
 PMI (4)
 Ecole dentaire (4)

Intervenants libéraux :

Médecins traitants (9)
 Infirmiers libéraux (8)
 Pharmacie de ville (3)
 Kinésithérapeutes de ville (2)
 Psychiatre de ville (1)

Associations prévention (hépatites, VIH, tuberculose, vaccinations) :

Institut Bouisson Bertrand (3)
 CLAT (2)
 Vivre (2)
 Collectif SIDA (1)
 AIDES (1)

Associations et institutions / addiction :

Arc en ciel (14)
 ANPAA (11)
 AXESS (9)
 UTTD (8)
 La Boutik (5)
 Episode (2)

Associations / psychiatrie :

Via voltaire (5)
 EMIPP (2)

Autres :

Accueil Santé Béziers (2)
 Pôle santé Lunel (2)
 Point santé de Sète (2)
 Pharmaciens Humanitaires international (3)
 Réseau santé précarité (3)
 DISOS (3)
 Réseau Bouissonnade (2)
 Césame Migration (1)

En dehors de Montpellier, il n’y a pas d’interventions en transversal de l’UMIPPP ou de la santé globale ce qui rend plus difficile la prise en charge des problèmes de santé et la coordination des soins. Même s’il existe des différences selon les secteurs, on note de façon générale en dehors de Montpellier, une offre de soin moins importante, un maillage médical et de soignants plus restreint.

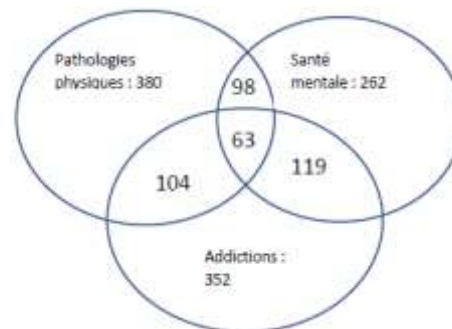
- Lunel : partenaires santé = Pôle santé de Lunel, CMP adultes et enfants, Infirmiers libéraux
- Clermont l’Hérault : partenaires = Centre Hospitalier, médecins traitants, Infirmiers libéraux et 1 association pour l’addiction
- Sète : services psychiatrique et d’addictologie du CH de Sète, antenne d’Arc en ciel, point Santé de Sète, association Vivre (VIH, hépatites)
- Béziers : Accueil Santé Béziers, Infirmiers libéraux, EMIPP, la PASS Béziers, CMP CH Béziers, collectif SIDA, association Episode (addictologie).

3.2 Les problèmes de santé rencontrés

- **380 personnes** présentent des **pathologies physiques** (somatiques) **chroniques** soit **29.5 %** de la **population totale hébergée**.
- **262** ont des troubles de **santé mentale** diagnostiqués soit **20 %** de la **population totale hébergée**.
- **352** ont des **problèmes d’addiction** connus à l’**alcool** ou **aux stupéfiants** (214 : addiction à l’alcool et 138 stupéfiants) soit **27 %** de la **population totale hébergée**.
- **162** ont une **mobilité réduite** : difficultés à se tenir debout, fatigue, cannes ou déambulateur, fauteuil roulant soit **12.5 %** de la **population totale hébergée**.

Certaines personnes présentent **plusieurs problèmes de santé** :

ex : une pathologie physique chronique et des troubles de santé mentale **Ou** des troubles de santé mentale et un problème d’addiction, etc...



Donc pour avoir **le nombre de personnes présentant un ou des problèmes de santé** :

$$P (380) + M (- 98-63) + A (-104-63-119)^1 = \underline{\underline{547 \text{ personnes présentent un ou plusieurs problèmes de santé}}}$$

⇒ **Soit 42 %** des **personnes hébergées** présentent **un ou des problèmes de santé** pour lesquels un accompagnement médico-social est nécessaire (soit 547/1291).

¹ **P** = pathologies physiques chroniques ; **M** = troubles de santé mentale ; **A** = problèmes d’addiction

La synthèse des diagnostics 360° de 2015 de l'ancienne région du Languedoc Roussillon, montrait qu'au niveau de la région, 30 % des personnes hébergées ou logées présentaient un ou des problématiques de santé. Ce qui montre une concentration plus importante des personnes hébergées présentant des problèmes de santé dans le département de l'Hérault.

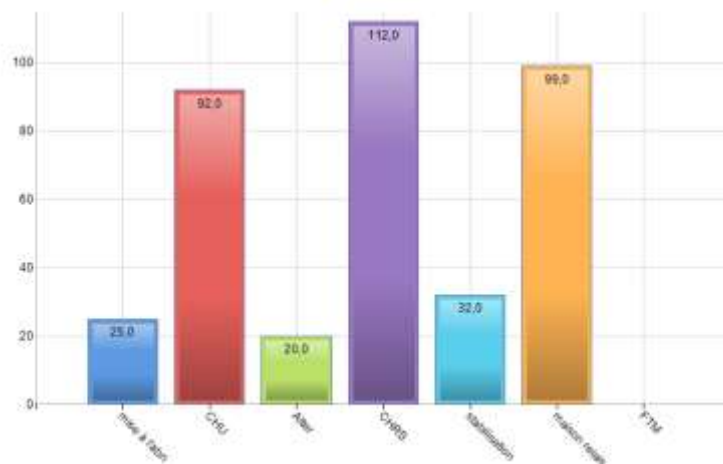
Parmi ces **547** personnes présentant **un ou plusieurs problèmes de santé** :

- **69%** des personnes présentant des problèmes de santé souffrent de **pathologies physiques chroniques** (soit 380/547).
 - **29.5%** des personnes présentant un ou des problèmes de santé ont des affections de longue durée (**ALD**) pour ces pathologies chroniques (soit 161/547), contre 27% au niveau régional en 2015.
 - **29.5% également** des personnes présentant des problèmes de santé ont une **mobilité réduite** (soit 162/547).
- **48%** des personnes présentant des problèmes de santé ont des **troubles de santé mentale** (soit 262/547) contre 37% au niveau régional en 2015.
- **64%** des personnes présentant des problèmes de santé ont une **conduite addictive** à l'alcool ou aux stupéfiants (soit 352/547) contre 53% au niveau régional en 2015.
- **11.5%** des personnes présentant des problèmes de santé ont **à la fois** des **pathologies physiques chroniques**, des troubles de **santé mentale** et des **problèmes d'addiction** (soit 63/547)

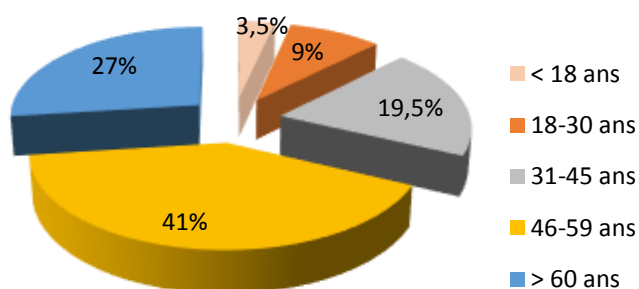
3.3 Les pathologies physiques (somatiques) chroniques

→ 380 personnes présentent une ou des pathologies somatiques chroniques soit 29,5% de la population totale hébergée (1291)

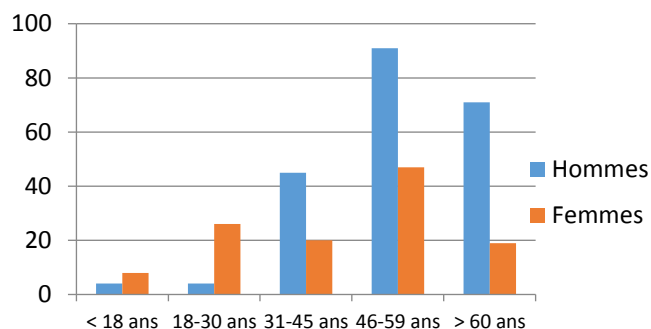
Sur les 380 personnes : 99 sont en maison-relais, 144 sont en insertion et 137 en urgence



Répartition par tranches d'âge



Répartition par tranches d'âge et par sexe



Ce sont majoritairement les personnes de plus de 46 ans et plus précisément la tranche d'âge 46-59 ans qui est particulièrement concernée par ce type de pathologies.

Les pathologies chroniques les plus citées sont (par ordre d'importance) :

- Les pathologies respiratoires ou ORL
- Le diabète
- L'hypertension artérielle
- Les pathologies cardio-vasculaires
- Les pathologies hépatiques

L'enquête Samenta menée par l'Observatoire du Samu Social de Paris en collaboration avec l'Inserm en 2009 montraient qu'un peu plus d'un tiers de la population concernée (37.7%) déclarait souffrir d'au moins une maladie chronique (pathologies psychiatriques chroniques comprises) ; enquête

menée parmi les personnes sans logement personnel en Ile-de-France (y compris les personnes vivant à la rue).

➤ **Suivi infirmier** des 380 personnes :

- **36%** des structures (de tout le secteur AHI du département) bénéficient d'un **suivi avec les infirmières de santé globale**. Le dispositif de santé globale n'intervient que sur Montpellier et uniquement dans les centres d'hébergement d'urgence ou d'insertion (pas en maisons relais). Une infirmière de santé globale intervient également en FTM en tant que « médiateur santé » à raison de 2 demi-journées par semaine.
- **56%** des structures mettent en place un **suivi avec des infirmiers libéraux** (pour des actes ou des suivis ponctuels : réfection de pansement, préparation des piluliers, distribution des médicaments (pas de bilan de santé à l'entrée, pas d'accompagnement global, pas d'accompagnements physiques)

➤ **267 personnes sont suivies au niveau médical** (médecin traitant et/ou spécialistes) soit **70 %** des 380 personnes.

- Sur les 267 personnes : 87 sont en maison-relais ; 105 sont en hébergement d'insertion et 75 en hébergement d'urgence

Si l'on regarde dans le détail, on remarque que **88 %** des patients présentant des pathologies chroniques (et étant hébergés en maisons-relais) sont suivis au niveau médical (87/99) contre **73%** en hébergement d'insertion (105/144) et **55%** en hébergement d'urgence (75/137). Ces chiffres semblent montrer que plus les personnes sont en hébergement stable plus elles sont suivies au niveau médical.

➤ **78 personnes sont en rejet de soins** soit **20%** des 380 personnes.

- Sur les 78 : 17 sont en maison-relais ; 29 en hébergement d'insertion et 32 en hébergement d'urgence.

On note ici que les personnes en refus de soin sont majoritairement dans les dispositifs d'urgence ou d'insertion. Les principales raisons évoquées par les travailleurs sociaux de ce refus de soin sont que les personnes en rupture de soins ou même en parcours d'errance depuis plusieurs mois, voire plusieurs années n'ont pas le sentiment que leur problème de santé soit une priorité, notamment devant le défaut d'hébergement stable. Revient également le problème d'addiction associée (ou comorbidité) qui, lorsqu'il est présent, complique souvent l'adhésion ou l'implication dans le parcours de soin.

Il est aussi précisé que certaines personnes qui refusent les soins dans un premier temps acceptent finalement d'être suivies après des entretiens répétés avec les soignants intervenant dans les structures et une période nécessaire de mise en confiance.

➤ **161 personnes ont une ALD** soit **42 %** des 380 personnes présentant une maladie somatique chronique.

Les 60% restants ont soit une pathologie physique non reconnue en ALD, soit sont en rupture de soins, soit n'ont pas de suivi médical suffisamment régulier pour que la demande d'ALD ait pu être réalisée par le médecin traitant ou le spécialiste référent.

- Sur les 161 : 72 sont en maison-relais ; 41 en hébergement d'insertion et 48 en hébergement d'urgence

On observe que **72%** (72 sur 99) des personnes hébergées en maison-relais et présentant des pathologies chroniques ont une ALD.

- **162 personnes ont une mobilité réduite soit un peu plus de 42% des 380 personnes :**
 - Fatigue : 44
 - Cannes ou déambulateur : 34
 - Fauteuil Roulant : 9
 - Difficultés station debout : 46
 - Non précisé : 29
- } = 162 personnes

Sur les 162 personnes : 72 sont en maison-relais ; 31 sont en insertion et 59 en urgence

Ces 162 personnes sont en perte d'autonomie physique avec difficultés de déplacement (difficultés dans les déplacements individuels, pour se rendre seuls aux Rdv médicaux par exemple...)

- **135 personnes ont un statut MDPH soit 35 % des 380 personnes**
 - Sur les 135 : 50 sont en maison-relais ; 50 sont en hébergement d'insertion et 35 sont en hébergement d'urgence.

Ce qui signifie que plus d'un tiers des personnes présentant au moins une maladie somatique chronique présente un handicap reconnu.

Sur ces 135 personnes ayant une reconnaissance MDPH, **120 personnes** perçoivent l'**AAH** (Allocation Adulte Handicapé) soit **31%** des 380 personnes. Pour percevoir l'AAH, il faut que la personne soit reconnue handicapée à plus de 80%.

- **3 personnes** (en maison-relais) bénéficient de **SAVS** (service d'accompagnement à la vie sociale) et aucune personne ne bénéficie de **SAMSAH** (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés).

Dans l'étude réalisée par le CREA-ORS en 2015, auprès de 12 opérateurs AHI, les passerelles vers les dispositifs médico-sociaux (SAVS, SAMSAH...) sont citées comme difficiles. Le temps de réponse des MDPH est souvent trop long.

Les demandes de SAVS ou de SAMSAH réalisés par les travailleurs sociaux en hébergement d'insertion reviennent souvent négatives du fait d'une part, du manque de places disponibles dans ces dispositifs, et d'autre part du fait que la MDPH estime qu'un accompagnement social existe déjà dans les structures (en ce qui concerne les SAVS).

Les délais de réponses trop long et les réponses trop souvent négatives sont les principales raisons évoquées expliquant le faible nombre de demande réalisée pour ce type de dispositif (SAVS et SAMSAH). Ces demandes sont pourtant nécessaires voire indispensables afin d'espérer une orientation optimisée en logement adapté et très utile pour la suite du parcours social et résidentiel de ces personnes.

- **48 personnes sont sous curatelle soit 13% des 380 personnes**
 - Sur les 48 personnes : 34 sont en maison-relais ; 5 sont en hébergement d'insertion ; 9 en hébergement d'urgence.

Une grande majorité de ces personnes (71%) sont en maisons-relais.

- **3 personnes sont sous tutelle** : 1 en maison-relais, 1 en hébergement d'insertion et 1 en hébergement d'urgence

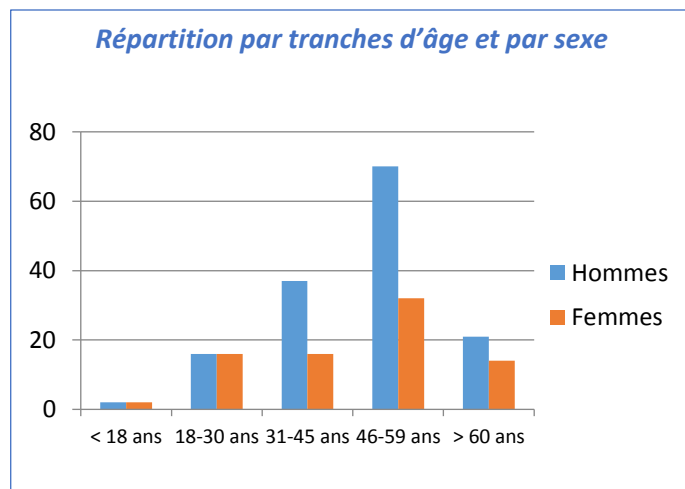
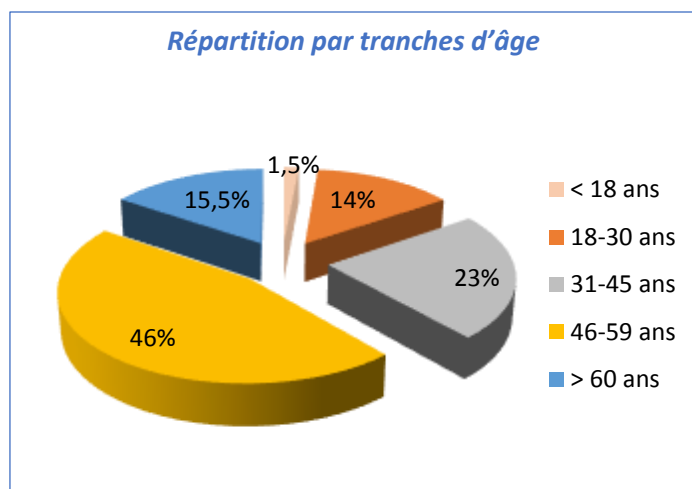
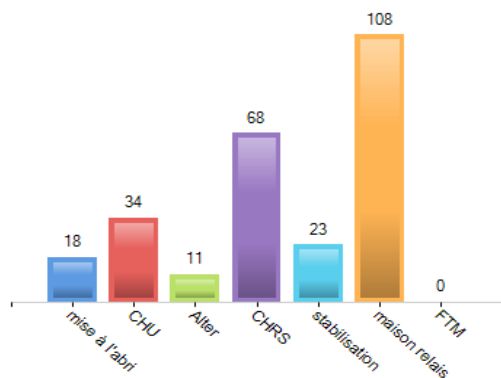
3.4 La santé mentale

Les troubles psychiques touchent davantage les personnes sans domicile que la population générale.

Dans la synthèse des diagnostics à 360° pilotée par la DRJSCS en lien avec la DREAL, les personnes présentant des problématiques de santé de type troubles psychiques et/ou conduites addictives sont reconnues comme public prioritaire.

→ **262 personnes** ont des **troubles de santé mentale** soit **20 %** de la **population hébergée totale (1291)**

Sur les 262 personnes : 108 sont en maison-relais, 91 sont en insertion et 63 en urgence.



Là encore, avec **46%**, c'est la tranche d'âge des 46-59 ans qui est la plus représentée.

Sur les 262 personnes diagnostiquées, les diagnostics n'ont été précisés que pour 201 personnes.

On retrouve :

- **73 troubles psychiatriques sévères** diagnostiqués comprenant les troubles psychotiques (schizophrénie, troubles schizotypiques et autres troubles délirants) et les troubles sévères de l'humeur (épisodes maniaques/hypomaniaques, trouble affectif bipolaire).
- **86 troubles légers/modérés de l'humeur** (épisodes dépressifs et syndrome anxio-dépressifs)
- **42 personnes** présentant des **troubles neurocognitifs** (troubles de la mémoire, et/ou désorientation temporo-spatiale).

L'enquête Samenta de 2009 en Ile-de-France retrouvait une prévalence globale des troubles psychotiques de **13.2%**. Cependant, la population étudiée concernait les personnes sans logement

personnel (y compris les personnes à la rue, en squat ou hébergées chez des tiers, en plus des personnes hébergées en urgence ou en insertion). La population étudiée n'est donc pas exactement la même. Par ailleurs, dans les réponses du questionnaire, seuls 201 diagnostics de pathologies mentales ont été précisés sur les 262 personnes présentant des troubles de santé mentale diagnostiqués.

Malgré tout et en tenant compte de ces éléments, dans notre enquête, les troubles psychiatriques sévères représentent un peu moins de **6%** de la population totale hébergée.

En ce qui concerne les troubles légers à modérés de l'humeur, ils représentent un peu moins de **7%** de la population totale.

L'enquête Lilloise de 1998 (Guesdon, Roelandt, 1998) portant sur la santé mentale des personnes sans-domicile-fixe montre un taux de **8.8 %** de troubles psychotiques (contre **6%** dans notre étude) et de **15%** dans les troubles anxio-dépressifs (contre **7%** dans notre étude). On peut penser que le biais dû au caractère déclaratif de ce questionnaire ainsi que le nombre de cas non diagnostiqués expliquent ici cette différence.

En population générale, l'étude en France, donne une estimation de **2%** de syndromes d'allure psychotique récurrents passés ou actuels (Bellamy, 2004).

Dans notre enquête, même sous-estimés, les troubles dépressifs moyens et légers représentent un taux de **7%** comparé à **4%** en population générale (Baromètre santé 2005).

➤ **Suivi infirmier** des 262 personnes :

- **65** patients sont suivis par les **infirmiers libéraux** (25%) : actes ou suivis ponctuels
- **85** patients sont suivis par les **infirmières de santé globale** (32%)
- **48** patients sont suivis par les **infirmiers de l'UMIPPP** (18%)

Le dispositif de Santé globale et l'UMIPPP n'intervenant pas en dehors de Montpellier ou dans les maisons-relais, ces chiffres ne concernent que 26 dispositifs d'hébergement sur les 51 du département.

➤ **165** personnes sont **suivies au niveau médical** (médecin traitant et/ou spécialistes) soit **63 %** des 262 personnes :

- Sur les 165 personnes : 78 sont en maison-relais ; 73 sont en insertion et 34 en urgence

Dans l'enquête Samenta, pour ce type de population, le recours aux soins est estimé à **68%**.

➤ **75** personnes sont **en rejet de soins** soit **28%** des 262 personnes

- Sur les 75 : 12 sont en maison-relais ; 39 en insertion et 24 en urgence

Au niveau de la région, la synthèse des diagnostics 360° retrouvait un taux de renoncement aux soins autour de **30%**.

Notre enquête ne nous permet pas de savoir dans quelle mesure le rejet de soins revient à un défaut de perception d'un besoin réel ou à des difficultés (liées aux conditions de vie) dans l'accès à des soins nécessaires. Dans les réponses ouvertes de notre questionnaire, les travailleurs sociaux parlent également de représentations négatives envers le personnel soignant et « l'institution médicale » en général, et envers la psychiatrie en particulier.

➤ **99** personnes ont une **ALD** soit **37%** des 262 personnes

- Sur les 99 : 49 sont en maison-relais ; 32 en insertion et 18 en urgence

Pour cette question, les résultats de l'enquête ne permettent pas de savoir si ces personnes ont une ALD relative aux troubles psychiques ou à une autre pathologie physique associée (élément non suffisamment précisé dans la question).

- **124** personnes ont un **statut MDPH** soit **47%** des 262 personnes
 - Sur les 124 : 77 sont en maison-relais ; 34 sont en insertion et 13 sont en urgenceIci, la question était suffisamment précise, il s'agit bien de personnes ayant un statut MDPH reconnu en lien avec les troubles de santé mentale.

- **112** personnes perçoivent l'**AAH** soit **42%** des 262 personnes.

- **4** personnes bénéficient de **SAVS** (les 4 sont en maison relais) et **1** seule personne bénéficie de **SAMSAH** (également en maison-relais).

- **59** personnes sont **sous curatelle** soit **22%** des 262 personnes
 - Sur les 59 personnes : 44 sont en maison-relais ; 12 sont en insertion ; 3 en urgencePlus d'une personne sur cinq est sous curatelle.

- **8** personnes sont **sous tutelle** : 4 en maison-relais, 1 en insertion et 3 en urgence

3.5 Les addictions

L'addiction reste un grand **tabou** généralisé.

L'enquête Lilloise (Guesdon, Roelandt, 1998) sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe montrait que les prévalences d'alcool et de drogue sont sous-déclarées en raison de l'interdiction de consommation dans les structures enquêtées.

Ainsi, les chiffres portant sur les addictions sont souvent **sous-estimés**. Il y a une forme de déni de la part des personnes concernées, mais aussi, comme le montre l'enquête Lilloise, la peur d'avouer une addiction qui fermerait les portes de leur parcours social (dans la partie des questions ouvertes du questionnaire, un grand nombre de structures déclarent que l'addiction active est un frein dans l'admission d'une personne) et/ou pourrait par exemple, mettre en péril le maintien de la garde des enfants pour les femmes isolées avec enfants.

➔ **599 personnes ont une addiction connue et déclarée au tabac et/ou alcool et/ou aux stupéfiants : soit 46 % de la population hébergée totale (1291)**

Sur les 599 personnes : 201 sont en maison-relais, 277 sont en insertion et 121 en urgence

➤ **Suivi infirmier des 599 personnes ayant des problèmes d'addiction :**

- **18 patients** sont suivis par les **infirmiers libéraux (3%)** : actes ou suivis ponctuels
- **79 patients** sont suivis par les **infirmières de santé globale (13%)**
- **18 patients** sont suivis par les **infirmiers de l'UMIPPP (3%)**

➤ Sur les 599 personnes :

- **214** ont une **addiction à l'alcool (35%** des 599 personnes en addiction) : 177 hommes et 37 femmes
- **138** ont une **addiction aux stupéfiants (23%)** : 112 hommes et 26 femmes

↳ **352 personnes ont des problèmes d'addiction connus** (dépendance ou consommation quotidienne ou quasi-quotidienne de substances psycho actives : alcool, drogues illicites et médicaments détournés de leur usage) à **l'alcool ou aux stupéfiants** (214 : addiction à l'alcool et 138 stupéfiants), soit **27 % de la population totale hébergée**. Ce taux est de 28.5% dans l'enquête Samenta en Ile de France.

Pour la population générale, dans l'enquête Baromètre santé 2005, la prévalence des buveurs à risque chronique ou à risque de dépendance est de **8.5%** chez les 15-64 ans. Dans notre étude, 214 personnes ont une addiction connue à l'alcool, soit **16.5%** de la population totale étudiée. Ces chiffres confirment la fréquence plus élevée de la dépendance à l'alcool chez les personnes sans logement personnel comparé à la population générale. Mais il est important de souligner, qu'à l'inverse, en comparant l'enquête Samenta et l'enquête Baromètre santé 2005, on voit clairement que les personnes sans logement personnel sont globalement moins consommatrices d'alcool que la population générale (**17%** dans Samenta déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées ou au cours de leur vie et de **19%** au cours de l'année écoulée, contre respectivement, **8.4%** et **6.8%** dans la population générale). C'est un constat qui avait déjà été porté par F. Beck et al. (Beck et alii, 2006).

138 personnes ont une addiction connue aux stupéfiants, soit **10.5%** de la population totale hébergée. Ce taux est plus faible que dans l'enquête Samenta (**17.5%**) mais encore une fois, la population de référence de cette étude comprend également les personnes vivant dans la rue et/ou en squat. En revanche, dans l'enquête de Kovess (prévalence des troubles psychiatriques chez les sans domicile

parisiens : Kovess, Mangin-Lazarus, 1999), ce taux est de **10.3%**, ce qui est équivalent au taux de notre enquête.

- **80 personnes ont à la fois une addiction au tabac, à l'alcool et aux stupéfiants (13% des 599 personnes)**

- **50 personnes déclarent être suivies en CSAPA** (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) soit **14%** des personnes présentant une addiction à l'alcool et/ou aux stupéfiants.

Ce taux relativement faible peut s'expliquer par le fait que, comme nous l'avons déjà précisé, les personnes concernées « n'avouent pas » toujours à leur référents sociaux leur problème d'addiction de peur de se voir refuser un logement futur. De la même façon, ils « n'avouent pas » toujours être suivis en CSAPA.

Par ailleurs, une fois en hébergement, les personnes retrouvent rapidement un médecin traitant référent (seulement 49 personnes sur les 599 présentant des problèmes d'addiction n'ont pas de médecin traitant, soit 8%) ; celui-ci peut prendre le relais des soignants en addictologie tout du moins en termes de prescription médicamenteuse ou de substitution.

- **58 personnes** disent prendre un **traitement de substitution** (par méthadone ou buprénorphine) soit **42%** sur les 138 personnes ayant une addiction aux stupéfiants.
- **15 personnes** déclarent être **suivies en CAARUD** (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue) soit **11%** des 138 personnes ayant une addiction aux stupéfiants.

Les CAARUD sont essentiellement fréquentés par les personnes vivant à la rue. Elles y passent moins souvent lorsqu'elles sont hébergées. Il en est de même pour la distribution de matériel (réduction des risques) qui peut également se trouver dans certaines pharmacies de ville maintenant.

- **49 personnes** présentant des problèmes d'addiction **n'ont pas de médecin traitant** soit **8%** des 599 personnes.
Sur les 49 personnes, 39 sont en hébergement d'urgence (31 en CHU et 8 mises à l'abri), 7 sont en hébergement d'insertion (4 en CHRS et 3 en stabilisation) et 2 en maison-relais. Encore une fois on observe que plus l'hébergement est stable et le parcours social avancé, plus les personnes sont suivies au niveau médical.
- **95 personnes** sont **en rejet de soins** soit **16%**
 - Sur les 95 : 23 sont en maison-relais ; 45 en insertion et 27 en urgence

Ce taux est beaucoup moins important que pour les personnes ayant un trouble de santé mentale. Là encore mais de façon plus importante, les personnes sont très souvent dans le déni. Déni de consommation ou tout du moins dans le déni de problématiques liées à leur addiction.

On retrouve ici la notion de « besoin de soin » que l'on peut extrapoler de la santé mentale à l'addiction. Pour les problèmes de santé mentale où « le besoin de soins en psychiatrie reste une notion assez complexe, toutes les personnes qui présentent un problème de santé mentale n'ont pas forcément besoin de soins » (Kovess, 2007), il est mis en évidence un besoin « normatif » « théorique ». Ce besoin n'est pas forcément en adéquation avec le besoin individuel « auto-perçu » par la personne. (Lovel, 2003).

3.6 Population de plus de 60 ans

Une des problématiques récurrentes exprimées par les travailleurs sociaux dans les dispositifs d'hébergement est la « population vieillissante ». Aussi, nous avons voulu mettre en lumière la frange de population de plus de 60 ans.

Au total dans tous les dispositifs étudiés : **105 personnes ont plus de 60 ans**, soit **8%** de la population totale hébergée.

- **101** personnes ont 1 ou plusieurs **pathologies somatiques chroniques** soit **96%** des personnes de plus de 60 ans.

Il s'agit de : 75 hommes et 26 femmes. La majorité de ces personnes sont en maisons-relais (43 des 75 hommes et 11 des 26 femmes) mais on retrouve également ces personnes dans les dispositifs d'urgence notamment : 17 hommes et 6 femmes de plus de 60 ans sont en centres d'hébergement d'urgence.

- **37** personnes (22 hommes et 15 femmes) présentent un problème de **santé mentale** diagnostiqué : soit **35%** de cette population de plus de 60 ans.

Encore une fois, un nombre important des personnes de plus de 60 ans présentant un problème de santé mentale diagnostiqué se trouve en maisons-relais : 15 des 22 hommes et 12 des 15 femmes.

- **39** personnes (**37%**) ont une **addiction** active à **l'alcool** : 31 hommes et 8 femmes

→ **9** personnes (**8%**) ont une **addiction** active aux **stupéfiants** : 6 hommes et 3 femmes
Ici également, la grande majorité de ces personnes est hébergée en maisons-relais.

Nous constatons qu'un nombre important de ces personnes de plus de 60 ans et présentant des problèmes de santé sont hébergés en maisons-relais. Néanmoins, même si le nombre de ces patients est bien inférieur en hébergement d'urgence ou d'insertion, ils demandent une prise en charge non adaptée à ces dispositifs et souvent trop lourde surtout lorsque les patients présentent des troubles cognitifs (troubles de mémoire et désorientation temporo-spatiale). Ces patients restent souvent très longtemps dans ces structures, du fait de la frilosité des EHPAD à accepter ce type de personnes.

Si l'on regarde dans le détail, on se rend compte que la problématique de population vieillissante exprimée par les travailleurs sociaux concerne en fait, surtout la tranche d'âge inférieur : entre 46 et 59 ans.

Cette tranche d'âge est en effet sur représentée dans la population présentant des problèmes de santé. Ils représentent **41 %** des personnes présentant des pathologies somatiques chroniques et **46%** des personnes avec des troubles de santé mentale ce qui est très largement supérieur à la population générale. On peut parler de « vieillissement précoce » avec une lourde thématique sanitaire, une perte d'autonomie fréquente et précoce surtout lorsqu'ils sont accompagnés de troubles cognitifs (souvent en lien avec des consommations chroniques et massives de substances psychoactives).

3.7 Multi problématiques

Dans les freins exprimés, concernant l'admission des patients en structures d'hébergement, reviennent également fréquemment le cumul des problématiques et les pathologies trop lourdes.

- **98 personnes ont à la fois des pathologies somatiques chroniques ET des troubles de santé mentale soit 7,5 % de la population totale hébergée.**
 - Sur ces 98 personnes : 34 sont en maison-relais ; 41 sont en insertion et 23 en urgence
 - Sur les 98 personnes, **29 personnes** sont hébergées hors Montpellier : 30% des 98 personnes.

- **104 personnes ont à la fois des pathologies somatiques chroniques ET des problèmes d'addiction soit 8 % de la population totale hébergée.**
 - Sur ces 104 personnes : 42 sont en maison-relais ; 45 sont en insertion et 17 en urgence
 - Sur les 104 personnes, **28 personnes** sont hébergées hors Montpellier : 27 % des 104 personnes.

- **119 personnes ont à la fois des troubles de santé mentale ET des problèmes d'addiction soit 9,2 % de la population totale hébergée.**
 - Sur ces 119 personnes : 64 sont en maison-relais (53%) ; 37 sont en insertion (31%) et 18 en urgence (15%)
 - Sur les 119 personnes, **32 personnes** sont hébergées hors Montpellier : 27 % des 119 personnes.

- **63 personnes ont à la fois des pathologies somatiques chroniques ET des troubles de santé mentale ET des problèmes d'addiction soit 5 % de la population totale**
 - Sur ces 63 personnes : 32 sont en maison-relais ; 16 sont en insertion et 15 en urgence
 - Sur les 63 personnes, **18 personnes** sont hébergées hors Montpellier : 28.5 % des 63 personnes.

Nous savons que plus les problèmes sont variés et multiples, plus la prise en charge est complexe. Quel que soit le type de combinaison de ces multi problématiques, un tiers des personnes concernées est hébergé hors de Montpellier où il n'y a pas d'infirmiers en transversal sur les structures.

3.8 Problèmes de santé par type d'hébergement

➤ Maisons-relais :

209 sont hébergées en maisons-relais, 144 hommes et 65 femmes

- **99** personnes présentent une ou plusieurs **pathologies somatiques chroniques**, soit **47 %** des personnes hébergées en maisons relais.
- **108** personnes ont un problème de **santé mentale** diagnostiqué, soit **51 %** des personnes en maisons-relais.
- **75** personnes ont une **addiction à l'alcool** connue : **36 %** des personnes en maisons-relais.
- **21** personnes ont une **addiction aux stupéfiants** connue : **10 %** des personnes en maisons-relais.

Qu'il s'agisse de pathologies chroniques somatiques, de troubles de santé mentale ou d'addiction, quasiment la moitié des personnes hébergées en maison-relais est concernée. Il y a donc en maisons-relais une très grande proportion de personnes présentant des problèmes de santé diverses et multiples malgré l'absence de soignants et de travailleurs sociaux rattachés à ces structures (comme pour l'hébergement d'insertion ou d'urgence). Lorsque les personnes hébergées sont prises en charge dans le droit commun, c'est le médecin généraliste référent qui coordonne les soins : soins multiples nécessitant des visites répétées à l'hôpital ou en ville chez des médecins spécialistes. Ces patients sont souvent écorchés par un parcours de rue difficile, nécessitant d'être mis en confiance. Nous pouvons imaginer dans ce contexte, la difficulté (et quelquefois la réticence) de coordonner à distance, des soins concernant la santé mentale et l'addiction en particulier. Il y a également le problème de mobilité réduite, avec l'absence de soignants ou de travailleurs sociaux pouvant réaliser les accompagnements physiques nécessaires.

➤ Hébergements d'Insertion (stabilisation et CHRS) :

574 personnes sont hébergées en dispositif d'insertion (350 hommes et 224 femmes)

- **144** personnes présentent une ou plusieurs **pathologies somatiques chroniques**, soit **25%** des personnes hébergées en insertion.
- **91** personnes ont un problème de **santé mentale** diagnostiqué, soit **16%** des personnes en insertion.
- **94** personnes ont une **addiction à l'alcool** connue : **16%** des personnes en insertion.
- **72** personnes ont une **addiction aux stupéfiants** connue : **12.5%** des personnes en insertion.

Soit quasiment un tiers des personnes en insertion présentent un problème d'addiction (à l'alcool ou aux stupéfiants). Un quart des personnes en hébergement d'insertion présentent une ou des pathologies physiques chroniques.

➤ Hébergements d'Urgence (mise à l'abri, Centre d'Hébergement d'Urgence, Alter) :

508 personnes sont hébergées en dispositif d'urgence (254 hommes et 254 femmes)

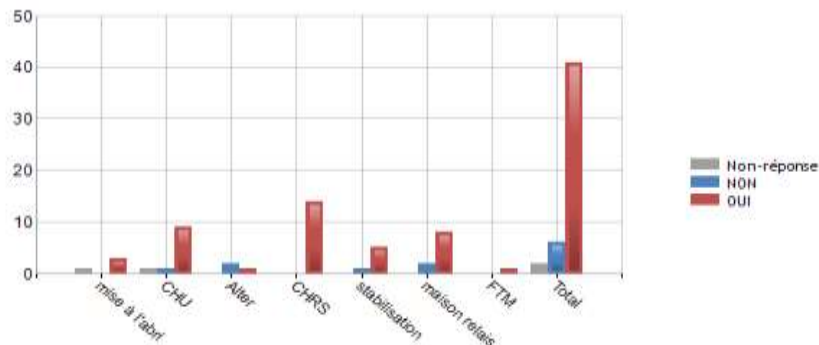
- **137** personnes présentent une ou plusieurs **pathologies somatiques chroniques**, soit **27 %** des personnes hébergées en dispositif d'urgence.
- **63** personnes ont un problème de **santé mentale** diagnostiqué, soit **12.5%** des personnes en urgence.
- **47** personnes ont une **addiction à l'alcool** connue : **9%** des personnes en urgence.
- **45** personnes ont une **addiction aux stupéfiants** connue : **9%** des personnes en urgence.

Un quart des personnes hébergées en dispositif d'urgence ou d'insertion présentent des pathologies somatiques chroniques. 63 personnes en hébergement d'urgence et 91 personnes en hébergement d'insertion présente une pathologie de santé mentale diagnostiquée.

Pour ce type d'hébergement, la prise en charge médicale est très souvent insuffisante : peu ou pas de bilans à l'entrée des personnes, nombre important de personnes non prises en charge ou non suivies. Concernant l'addiction, 1 personne sur 5 avoue être touchée par cette problématique.

4 LES FREINS ET LES DIFFICULTES RENCONTREES

- Pour **87%** des répondants, les problèmes de santé sont un **FREIN** dans l'accompagnement global.

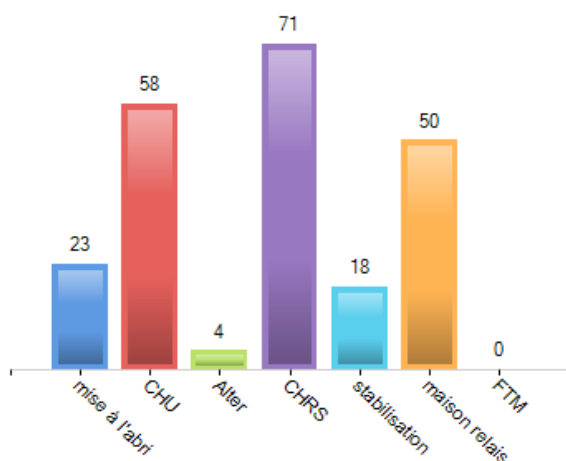


Quand c'est le cas, pourquoi les problèmes de santé sont-ils un frein dans l'accompagnement global des personnes ?

Nous avons ici souhaité retranscrire l'intégralité des réponses. Plusieurs réponses étaient possibles. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de fois où la réponse a été donnée.

- **Déni de pathologie et refus de soins** (8)
- Impact sur la **gestion du budget** (dettes) (7)
- **Difficultés à élaborer un projet** d'insertion (6)
- **Perte d'autonomie** dans les actes vie quotidienne, civile (6)
- Problèmes d'**addiction** (5)
- Troubles de **santé mentale** (4)
- Difficultés dans la recherche d'un emploi (4)
- Troubles du comportement (agressivité) (5)
- Délai de séjour trop court (5)
- Frein au logement (2)
- Personnel non formé (2)
- Adhésion au collectif (2)

- Pour 224 personnes hébergées, les problèmes de santé, qu'ils soient somatiques (physiques), psychiques (troubles de santé mentale) ou en lien avec les addictions, sont un **FREIN dans le projet personnalisé** au niveau du travail social ; soit un peu plus de 17% de la population totale.

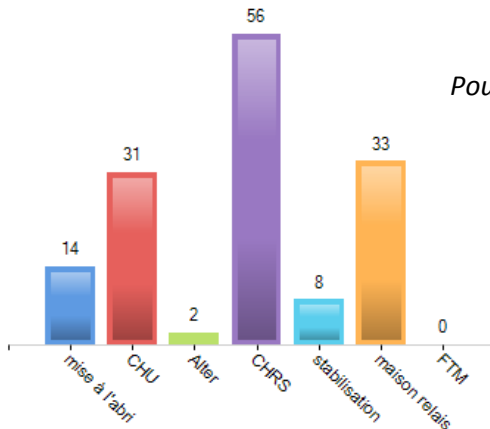


Pourquoi ?

- **Déni de pathologie et refus de soin** (8)
- **Perte d'autonomie et PMR** (personne à mobilité réduite) (6)
- **Cumul des problématiques et pathologies trop lourdes** (4)
- **Difficultés d'insertion et d'orientation** (4)
- Problèmes des **addictions** (4)
- Troubles du comportement, irritabilité (4)
- Délai d'attente réponse MDPH (3)
- Barrière de la langue (3)
- Structures d'aval inexistantes (3)
- Problème d'hygiène (2)
- Troubles cognitifs (1)
- Délai de séjour trop court (1)
- Pas de CMP (1)

→ Pour une grande majorité des travailleurs sociaux, les problèmes de santé sont un frein dans l'accompagnement global des personnes. Principalement lorsque ces personnes ne sont pas prises en charge médicalement ou ne le souhaitent pas, lorsqu'il y a un cumul des problématiques, lorsque les pathologies sont trop lourdes ou quand ces problèmes concernent des problématiques d'addiction. La perte d'autonomie dans les actes de vie quotidienne est également un élément péjoratif dans le parcours social personnalisé.

- Pour 144 personnes hébergées, les problèmes de santé (qu'ils soient somatiques (physiques) psychiques (troubles de santé mentale) ou en lien avec les addictions, sont un FREIN dans le projet collectif au niveau de la structure



Pourquoi ?

- **Troubles du comportement** (agressivité, violence) (13)
- **Addiction** (difficultés mixité des publics, trafics) (11)
- Troubles de santé mentale (4)
- Troubles cognitifs (3)
- Problème de perte d'autonomie, pas d'ascenseur pour PMR (3)
- Carence d'hygiène (2)

→ Ce sont principalement les troubles du comportement, en lien ou non avec les problèmes de santé mentale ou d'addiction qui sont principalement cités comme problématique au sein du collectif dans les structures.

Concernant les problèmes de santé : quels FREINS rencontrez-vous pour l'admission des personnes dans votre structure ?

- **Pas ou peu de places pour PMR** (personnes à mobilité réduite) (27)
- Difficultés si **cumul des problématiques** médicales ou **pathologies trop lourdes** (17)
- Consommations actives (**addiction**) (15)
- Problèmes **psychiatriques trop lourds** (8)
- Problème de cohabitation quand addiction et pathologies psychiatriques (4)
- Absence de veilleur de nuit (2)
- Manque de personnel pour accompagnements médicaux (1)

→ Ici aussi on retrouve les mêmes thématiques. En effet, Il est plus difficile d'être admis en structure d'hébergement quand les personnes présentent une mobilité réduite, un problème d'addiction active, de santé mentale important ou un cumul des problématiques.

Concernant les problèmes de santé : quels sont les FREINS rencontrés lorsque vous travaillez la sortie et le devenir des personnes hébergées ?

- Absence de structures adaptées pour personnes ayant des problèmes d'addiction (7)
- **Absence de structures adaptées** (6)
- **Pathologies trop lourdes** (6)
- Absence de **structures adaptées** pour personnes ayant **problèmes de santé mentale** (5)
- **Manque d'EHPAD** pour patient ayant une **addiction** (alcool) (5)
- Manque de structures médico-sociales (5)
- Manque d'EHPAD pour personne ayant un parcours de rue et d'errance (4)
- Délai d'attente pour structures d'aval trop long (3)
- Manque de place en maison-relais (2)
- Manque de place en CHRS (2)
- Manque de structure type ESAT (1)

➔ Pour l'orientation des patients, il manque des places en structures adaptées selon les travailleurs sociaux. Il y a peu de structures adaptées accueillant les personnes avec des problèmes d'addiction active ou des problèmes de santé mentale. L'orientation en EHPAD pour les personnes de plus de 60 ans est très difficile pour les personnes ayant des stigmates d'un parcours de rue, et encore plus pour les personnes en addiction active.

Nombre de personnes hébergées en attente d'une structure de soins : 54

- **EHPAD** : 22
- **LAM** : 13
- SAVS/SAMSAH : 7
- LHSS : 6
- ACT : 5
- FAM : 1

➔ Au moment de l'enquête, 54 personnes étaient en attente d'une structure de soin. Il s'agissait principalement de places en EHPAD. A noter également que les LAM (lits d'accueil médicalisés) venait juste de démarrer leur activité au moment de l'enquête (septembre 2017). Par ailleurs, 7 demandes de SAVS/SAMSAH étaient en attente. 6 demandes en attente pour les LHSS (Lits Halte Soins Santé).

Qu'est-ce qui, selon vous, permettrait un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge de ces personnes hébergées et présentant des problèmes de santé ?

- **Augmentation** du temps de travail pour **les infirmières de Santé globale** (13)
- **Augmentation** du temps de travail de l'**UMIPPP** (9)
- Nécessité d'un **bilan de santé dès l'entrée** des personnes (9)
- **Formation des travailleurs sociaux** (psychiatrie et addiction) (5)
- Créer des structures avec hébergements individuels (3)
- Créer des structures de taille plus modeste (3)
- Partenariat avec personnel de santé (3)
- Partenariat avec services hospitaliers (3)
- Accompagnements médicaux (2)
- Adaptation des locaux aux PMR (2)

- Conventions avec CMP et CMPP (2)
- Augmentation des moyens financiers, humains, techniques (2)
- Présence d'un veilleur de nuit (1)

→ On voit ici nettement que le bilan médical réalisé par un soignant à l'entrée des personnes et le renforcement du temps de présence des infirmières de Santé globale et de l'UMIPPP sont plébiscités par les travailleurs sociaux. Il est également demandé plus de formation sur les thèmes de l'addiction et de santé en général. Enfin, des structures plus modestes (plus petites) avec hébergements individuels permettraient une prise en charge plus adaptée et limiteraient les conflits potentiels entre les personnes hébergées.

Quelles sont les situations problématiques au niveau sanitaire sur votre structure ? (qui ne relèveraient plus du dispositif d'hébergement mais pour laquelle aucune autre orientation n'a encore été trouvée) ?

- Problèmes **d'addiction active** (10)
- Troubles **psychiatriques lourds** (8)
- **Population vieillissante** (5)
- Perte d'autonomie (2)
- Multi problématiques de santé (ex : pathologie chroniques +addiction ou psy+ addiction +vieillessement) (2)
- Accompagnement psychologique, interventions d'ethno psychiatre et d'ethno psychologue pour personnes victimes de traite des êtres humains (2)
- Barrière de la langue (1)
- Troubles cognitifs (1)
- Délais d'attente trop long pour post cure (1)

→ Comme nous l'avons déjà vu précédemment, ce sont les problèmes d'addiction active, les troubles psychiatriques lourds, le cumul de pathologies, la population vieillissante et la perte d'autonomie qui posent le plus de problèmes aux travailleurs sociaux. A noter également, le problème de la barrière de la langue et l'accompagnement psychologique et psychiatrique adapté pour les migrants et réfugiés ou victimes de traite. Plusieurs de ces personnes ont subi des violences importantes, traumatisantes dans leur pays d'origine, leur parcours migratoires ou dans des réseaux de traite des êtres humains. Un accompagnement spécifique avec traducteurs, ethno psychologues et ethnopsychiatres est sollicité par les travailleurs sociaux.

Selon vous, quels types de structures font défaut et devraient être créées ?

- EHPAD pour population avec parcours de rue (12)
- EHPAD adaptés au public ayant troubles psy et/ou addiction (6)
- Résidence accueil (6)
- LAM (6)
- ACT psy (6)
- SAMSAH dans CHRS et maisons-relais (6)
- CHRS médico-sociaux (5)
- Lieux de vie en petites structures spécialisées (addiction, troubles psy) (4)
- ACT avec équipes médico-sociales pluri disciplinaires (4)
- Structures adaptées aux PMR (4)
- Structures acceptant les animaux (3)
- Hébergements individuels (3)

- Structures de taille plus modeste (3)
- Augmenter les lits d'hospitalisation en psychiatrie à l'hôpital (2)
- Manque de CMP (2)
- Maraude avec personnel soignant (hors Montpellier) (2)
- Plus de place en LHSS (2)
- Plus de maisons-relais (2)
- Structures avec délais de séjour adaptés aux pathologies (1)
- ESAT avec hébergement (1)
- Structures pour public jeune (mélange des âges délétère) (1)

→ Nous revenons ici sur les difficultés, voire l'impossibilité, d'orienter le public de plus de 60 ans en EHPAD. Refus fréquent des EHPAD lorsque l'on exprime un passé de parcours de rue et encore plus quand les personnes ont avec des troubles psychiques et/ ou une addiction active associée. Pour les autres structures faisant défaut ; elles concernent la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques : résidence accueil ou ACT psychiatriques (non encore en place sur notre département), ou la prise en charge des personnes cumulant les problèmes de santé chroniques : LAM. Concernant les places de SAMSAH en CHRS et maisons-relais, les résultats du questionnaire ont montré qu'il y a très peu de places attribuées par la MDPH en maisons relais et aucune en CHRS, malgré le profil compatible des personnes concernées.

Quelle serait selon vous la réponse idéale en termes de délai de séjour, de prise en charge, de formation du personnel ?

- **Accompagnements individualisés sans délais de séjour** (« à la carte ») : **durée de séjour adaptée aux problématiques** (notamment de santé : psychiatrie, addiction, pathologies chroniques...) (19)
- **Formation des travailleurs sociaux** au long cours (psychiatrie, addiction, gestion de la violence, femme victimes de violence, fin de vie...) (11)
- **Infirmières de santé globale pour bilan médical** à l'entrée, suivi et orientation (6)
- Infirmières de l'UMIPP (3)
- Suivi et accompagnement sur la santé à l'extérieur de la structure (ne pas médicaliser) (2)
- Lieux adaptés aux PMR (2)
- Présence de veilleurs de nuit (2)
- Suivi pluri disciplinaires des personnes (2)
- Equipes mobiles ACT (1)

→ Pour cette dernière question ouverte, les réponses montrent la difficulté de la mixité des publics accueillis dans les différents centres d'hébergement : avec ou sans problèmes de santé, avec ou sans addiction active, avec ou sans parcours migratoire difficile. Un accompagnement et une durée de séjour adaptée au public accueilli permettraient une prise en charge plus juste et plus efficiente. Les accompagnants sociaux réclament plus de formation dans les domaines de la santé mentale, de l'addiction, l'accompagnement en fin de vie, mais aussi concernant les violences faites aux femmes, et concernant les personnes victimes de traite des êtres humains. Encore une fois est mise en avant l'intérêt d'un bilan médical réalisé à l'entrée des personnes, le suivi et l'accompagnement réalisé par ces soignants, que sont les infirmières de santé globale et celles de l'UMIPPP.

5 SYNTHÈSE et ANALYSE

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux concernant les problèmes de santé rencontrés par les personnes hébergées dans le dispositif AHI de l'Hérault.

Dans cette partie nous reprendrons les principaux résultats chiffrés du questionnaire (partie quantitative), que nous analyserons en croisant les informations apportées par :

- Les travailleurs sociaux (partie qualitative du questionnaire),
- L'entretien collectif mené avec tous les acteurs sociaux de l'hébergement d'urgence (« groupe focus urgence »),
- Les entretiens semi-directifs menés auprès de soignants intervenant pour ce public hébergé (équipe de l'UMIPPP, dispositif de Santé globale, Arc en Ciel (CSAPA Montpellier, antenne à Sète et Lunel), ANPAA (CSAPA Montpellier et antenne au CH de Clermont l'Hérault et Lodève), UTDD (CSAPA du CHU de Montpellier), La PASS du CHU de Montpellier, le « Point Santé » de Sète, « Accueil Santé Béziers », « Médecins du Monde » et l'infirmière de l'ACALA).

5.1 Méthodologie

Le principal biais de cette enquête repose sur le type déclaratif des réponses. Ce biais est atténué par le fait que les questions posées concernaient les personnes dont le diagnostic était connu et donc posé préalablement par un médecin.

Ceci permet d'écartier toutes les pathologies qui auraient pu être uniquement suspectées ou supposées par les travailleurs sociaux. A l'inverse, il est possible que les chiffres soient sous-estimés. En effet, toutes les pathologies diagnostiquées ne sont pas connues des travailleurs sociaux (lorsqu'elles sont dissimulées ou non avouées), et quelquefois des patients eux-mêmes.

Cependant si l'on compare les chiffres à ceux des enquêtes régionales disponibles, notamment ceux de « la synthèse des diagnostics à 360° du sans abrisisme au mal logement » en 2015 de notre ex-région du Languedoc Roussillon, ils sont cohérents et comparables.

Il en est de même pour les études réalisées dans d'autres régions comme l'enquête Samenta portant sur « la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île de France ». Même effectuée en 2009 et même si la population étudiée n'était pas tout à fait la même : elle concernait les personnes sans logement personnel (y compris les gens à la rue, en squat ou hébergés chez des tiers, en plus des personnes hébergées en urgence ou en insertion), elle reste une référence au niveau national et permet des comparaisons intéressantes.

Cette étude complète et relaie l'enquête de l'Insee en 2001 pour l'agglomération parisienne (Debras, 2002), l'enquête Kovess de 1999 portant sur la « prévalence des troubles psychiatriques chez les sans domicile parisiens » mais aussi l'enquête Lilloise de 1998 portant sur « la santé mentale des personnes sans domicile fixe » également très référencée. Peu d'études plus récentes existent sur ce sujet.

La partie qualitative du questionnaire (avec les questions ouvertes) est le reflet direct du travail quotidien des acteurs sociaux, des difficultés qu'ils rencontrent dans l'accompagnement, dans la prise en charge des personnes présentant des problèmes de santé. Elle permet de visualiser les obstacles et les blocages dans le parcours social et d'hébergement des personnes concernées.

5.2 Les résultats du questionnaire

D'un point de vu général :

Sur les 1291 personnes hébergées, 42 % sont des femmes et 58% des hommes.

On note une nette augmentation du pourcentage de femmes en comparaison avec les années antérieures, notamment en hébergement d'urgence.

Concernant, les **personnels dédiés aux questions de santé**, on constate que 27 dispositifs uniquement (sur 51) déclarent avoir recours à du personnel de santé à l'intérieur des structures d'hébergement : infirmiers ou kinésithérapeutes libéraux, psychologues, infirmiers de l'UMIPPP ou de Santé globale.

Les infirmiers libéraux interviennent pour des actes ou des suivis ponctuels. Ils ont un rôle primordial dans le maillage médical mais ne réalisent aucun bilan de santé ni de suivi général.

On remarque que 36% des dispositifs d'urgence (tous secteurs géographiques confondus) ne bénéficient pas d'intervention de soignants dans les structures d'hébergement. Ces dispositifs n'en ont souvent pas accès, soit pour des raisons géographiques soit pour des raisons de non disponibilité (absence de permanences disponibles pour l'UMIPPP et la Santé globale).

Aucun dispositif Alter ne bénéficie également d'intervenant santé.

A Montpellier :

L'UMIPPP, en dehors de sa présence au SAO CORUS tous les jours et à l'Avitarelle : 1 jour et demi par semaine, intervient dans 16 dispositifs d'hébergement d'urgence ou d'insertion à Montpellier, à raison d'une demi-journée par semaine et à la demande dans d'autres structures.

Cette équipe est composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un cadre soignant, tous à temps partiel et de 3 ETP infirmiers. Les infirmiers interviennent lors de permanence dans les centres d'hébergement, et à la demande des travailleurs sociaux. Ces infirmiers réalisent des entretiens, des suivis, des accompagnements physiques, des orientations vers le psychiatre en consultation si nécessaire. Ils peuvent aider également les travailleurs sociaux dans l'ouverture des droits de santé (AME, CMU, CMUc) si besoin.

Les soignants de la Santé Globale réalise 12 permanences par semaine (1/2 journée chacune) dans 12 dispositifs d'hébergement différents. L'équipe se compose d'une directrice et d'un médecin psychiatre tous les deux à temps partiel et d'1,5 ETP infirmier. Cette équipe mobile innove dans les expériences connues de « l'aller vers », sur le fait qu'elle aborde la santé dans sa globalité (sur le plan psychiatrique et psychique mais aussi sur le plan somatique). Les infirmiers réalisent un bilan d'entrée systématique de tous les nouveaux entrants, des suivis réguliers, assure le lien avec les référents médicaux extérieurs, aident les travailleurs sociaux dans l'ouverture des droits de santé, adressent les personnes en consultation médicale avec le médecin psychiatre de l'équipe et réalisent des accompagnements physiques si besoin. Le médecin psychiatre réalise des consultations des personnes hébergées quand cela est nécessaire et a un rôle de régulation et de soutien avec les équipes sociales (au niveau individuel et collectif), mais aussi entre les différentes structures soignantes, médico-sociales et sociales au sein du Collectif précarité (avec des réunions de Santé Sociale qui ont lieu toutes les 6 semaines). Ce médecin anime également l'atelier de théâtre forum au niveau transversal dans les différentes structures d'hébergement de Montpellier.

Concernant ces deux dispositifs : l'UMIPPP et la Santé globale parlent d'une bonne collaboration entre les deux équipes.

Que ce soit lors du « groupe focus urgence » ou dans la partie qualitative du questionnaire, **les travailleurs sociaux plébiscitent ces interventions de soignants en transversalité sur les différentes structures d'hébergement**. Les structures bénéficiant de ce partenariat, qu'il soit avec l'UMIPPP et/ou la Santé Globale, expriment leur satisfaction et souhaiteraient tous, que ces interventions soient plus fréquentes.

Pour les structures d'hébergement n'ayant pas recours à ces dispositifs de soin, il y a plusieurs cas de figure. Soit elles sont en attente d'une nouvelle permanence assurée par l'UMIPPP ou la Santé Globale, soit elles se trouvent en dehors de Montpellier et n'y ont pas accès.

L'ACALA bénéficie de l'intervention de l'équipe de l'UMIPPP concernant les troubles de santé mentale, et pour les autres problèmes de santé, cette association a fait le choix d'employer une infirmière à mi-temps pour la réalisation des bilans médicaux à l'entrée des personnes, du suivi et de la coordination des soins et des traitements. Le bilan de soin systématique à l'entrée est difficile à réaliser devant le nombre important de personnes hébergées en insertion et en urgence. Les personnes sont principalement reçues lorsqu'un problème de santé est repéré par les travailleurs sociaux.

Hors Montpellier métropole :

Pour les structures d'hébergement en dehors de Montpellier, en particulier : Lunel et le cœur d'Hérault (Clermont l'Hérault, Lodève, Paulhan...), cette possibilité de collaboration avec l'UMIPPP et la Santé globale n'existe pas. Les équipes sociales adressent les personnes ayant besoin de soin d'abord aux « pôles santé » locaux lorsqu'ils existent, ou bien en ville (médecin traitant et spécialistes) ou à l'hôpital (via la PASS si absence de droits ouverts). Aucun bilan de santé n'est pratiqué systématiquement aux nouvelles personnes entrantes, aucun accompagnement physique n'est possible en dehors de ceux réalisés par les travailleurs sociaux eux-mêmes.

D'après les accompagnants sociaux, la disponibilité des médecins de ville ne permet pas qu'un réel bilan de santé soit réalisé lors d'une consultation ; il s'agit surtout d'interventions ponctuelles sur des problèmes aigus. Il n'est pas rare que les médecins de ville expriment une réticence à monter les dossiers d'ALD et de MDPH qui demandent de la disponibilité. Par ailleurs, certains médecins de ville n'acceptent pas les personnes avec AME ou avec CMU à Montpellier ou dans le reste du département.

Les personnes sans droits ouverts (sans ou en cours d'AME) sont adressées à la PASS.

A Sète, il n'y a pas d'UMIPPP et de Santé globale. Il y a tout de même l'avantage que le « Point Santé » soit accolé au centre d'hébergement du S.U.S ce qui permet d'adresser plus aisément les personnes présentant des problèmes de santé. Un bilan de santé y est réalisé. La difficulté semble se focaliser sur les consultations de spécialités, en ville ou à l'hôpital avec un problème de lien et d'échange avec les services hospitaliers, notamment la psychiatrie (absence de retour courrier, de suivi). Il existe un infirmier sentinelle référent en psychiatrie (équivalent à une fonction d'EMPP) en lien avec le Point Santé de Sète. Malgré tout, la prise en charge hospitalière en psychiatrie reste difficile. Au niveau de l'addictologie, il y a un service d'addictologie à l'hôpital et une antenne Arc en ciel en ville (unité de soins ambulatoire). Il manque au niveau médical un travail de coordination des soins dans les structures d'hébergement.

Pour Béziers, il existait jusqu'au mois de mai 2017, une infirmière intervenant en transversal dans les structures d'hébergement. Malgré un temps de travail renforcé de l'infirmière des LHSS (pour pallier

à l'arrêt de cette intervention), les personnes ne peuvent plus être vues systématiquement à leur entrée, ni suivies régulièrement. Lorsqu'elles présentent un problème de santé, les personnes sont le plus souvent adressées à « Accueil Santé Béziers ». Elles peuvent y bénéficier de l'intervention de l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie (EMSPP), ou du CSAPA « Episode ». Elles peuvent aussi être directement adressées à l'hôpital où est installée l'équipe d'EMSPP ou bien dans les locaux du CSAPA « Episode ». Certaines personnes ne se rendent pas à ces rendez-vous fixés, soit en raison de difficultés à se mouvoir, mais aussi quand il existe des troubles de santé mentale pour lesquels un accompagnement serait nécessaire.

Accueil Santé Béziers et l'ABES parlent d'un bon fonctionnement avec la PASS de Béziers qui semble très réactive et efficace pour les personnes dont les droits ne sont pas encore ouverts.

Le besoin de soin et d'accompagnement dans le soin s'exprime très clairement par un riche partenariat autour de la santé. En effet, 98 % des structures ont développé des partenariats spécifiques de santé divers et multiples.

5.2.1 Les pathologies physiques chroniques :

380 personnes soit 29,5% de la population totale hébergée présentent une ou des pathologies somatiques chroniques.

Un peu moins d'un tiers de ces personnes sont en maisons-relais. Le reste des personnes sont en hébergement d'insertion ou en hébergement d'urgence (pour 36% d'entre eux) où la prise en charge médicale est souvent aléatoire ou inexistante ou interrompue du fait de l'instabilité et de l'incertitude du devenir qu'entraîne ce type d'hébergement.

Lors du « groupe focus urgence », les travailleurs sociaux de l'hébergement d'urgence ont exprimé leur désarroi et leur impuissance face à ces personnes présentant des problèmes de santé. Pour ceux qui bénéficient du dispositif de Santé Globale et l'UMIPPP, ils souhaiteraient bénéficier de plus de temps de présence. Pour les autres, ils souhaiteraient tous que ce type d'intervention transversale puisse être mis en place. « **Ceci permettrait que les personnes puissent bénéficier d'un bilan de santé dès leur entrée en hébergement d'urgence, puis suivies et orientées médicalement**, et que les accompagnants sociaux puissent les aider dans leur parcours social de façon plus adaptée ».

Au niveau du suivi infirmier, pour ce type de pathologies physiques et chroniques, l'UMIPPP n'est pas concernée et uniquement 36% des structures bénéficient des permanences des infirmières de Santé globale.

Malgré tout, 70% des 380 personnes présentant un ou des problèmes de santé physiques et chroniques sont suivies au niveau médical.

Ce sont surtout les personnes plus stables au niveau de leur logement (en maisons-relais) qui sont proportionnellement le plus suivies au niveau médical puis viennent celles en hébergement d'insertion et enfin celles en hébergement d'urgence.

A l'inverse, on remarque que 20% de ces 380 personnes sont en rejet de soins. Parmi ces 20%, elles sont en majorité des personnes hébergées dans les dispositifs d'urgence puis un peu moins en hébergement d'insertion et enfin bien moins en maisons-relais.

D'abord parce que le soin n'est pas la priorité pour les personnes sans hébergement et présentant des difficultés sociales multiples.

Ensuite, parce que **plus le type d'hébergement est stable, pérenne et le parcours social personnel avancé, plus les personnes sont suivies au niveau médical et moins elles sont en rejet de soin.**

C'est la tranche d'âge des 46-59 ans qui est la plus touchée par ce type de pathologies. Ils représentent 41% des personnes présentant des problèmes de santé physiques chroniques et 46% des personnes présentant des troubles de santé mentale.

42% de ces 380 personnes ont une ALD reconnue, en lien avec une pathologie physique chronique. Pour les 58% restants, soit la pathologie n'est pas reconnue en ALD, soit les personnes sont en rupture ou en pause de soins, soit elles n'ont pas de suivi médical adéquat et suffisant pour réaliser la demande d'ALD.

Encore une fois, les personnes présentant des pathologies physiques chroniques et ayant une ALD sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses en maisons-relais, qu'en hébergement d'insertion, et encore plus qu'en hébergement d'urgence. Les demandes d'ALD sont une démarche administrative assez lourde pour les médecins référents, nécessitant de bien connaître le patient et ses pathologies.

42% également, des 380 personnes présentant un ou des problèmes de santé physiques et chroniques ont une mobilité réduite et 35% ont un statut MDPH reconnu.

Ce terme générique de mobilité réduite est défini ici, par : la fatigue limitant la marche et les déplacements, la difficulté à se tenir debout ou le besoin d'utiliser des cannes, déambulateurs ou fauteuils roulants. Cette notion de mobilité réduite limite l'autonomie de la personne dans sa vie civile et la possibilité de se rendre seul à un rendez-vous médical par exemple. C'est pourquoi l'intervention des soignants dans les structures permet qu'un plus grand nombre de personnes malades soit suivi.

Les personnes à mobilité réduite sont une des problématiques principales selon les infirmières de Santé globale. Peu d'hébergements sont adaptés aux personnes handicapées et donc, peu de structures peuvent accepter ces personnes.

Ici la notion de l'« **aller-vers** » prend tout son sens, permettant aux personnes présentant une mobilité réduite d'avoir accès plus facilement aux soins. C'est également le cas pour les personnes qui présentent des troubles de santé mentale ou d'addiction, et pour qui les consultations à l'extérieur sont difficilement honorées, quelquefois oubliées ou négligées.

Pratiquement la moitié des personnes ayant une mobilité réduite est en maisons-relais (45%), contre 36% en hébergement d'urgence (ce qui est encore une fois très important pour ce type d'hébergement) et 19% en insertion.

Ces personnes à mobilité réduite nécessitent une attention et une disponibilité particulière, très souvent pour les accompagnements extérieurs et les rendez-vous médicaux en particulier mais aussi pour les actes de la vie quotidienne.

Il existe actuellement à Montpellier, dans l'ensemble des dispositifs d'hébergement d'urgence et d'insertion, 13 places adaptées aux personnes à mobilité réduite (avec accessibilité aux fauteuils roulants) : 4 à l'ACALA, 3 au centre E. Bouissonnade, 2 à La Clairière, 2 à Madeleine Delbrel, 2 en Alter à Adages. D'autres hébergements non aux normes PMR, permettent néanmoins l'accueil des personnes à mobilité réduite si elles ne sont pas en fauteuil roulant (hébergements en rez-de-chaussée), mais une grande majorité ne le permet pas.

Au total, 162 personnes ont une mobilité réduite et 135 ont un statut MDPH reconnu, mais uniquement 3 personnes bénéficient de SAVS (les 3 sont en maisons-relais) et aucune ne bénéficie de SAMSAH.

Les travailleurs sociaux parlent de **délai de réponse trop long** et de **réponses trop souvent négatives** qui découragent et limitent les demandes pourtant nécessaires. La réponse de la MDPH, indiquant que les personnes concernées bénéficient déjà d'un accompagnement social et ne peuvent donc pas bénéficier en priorité de places de SAVS, n'est ni adaptée en maisons-relais où il y a peu ou pas d'accompagnement social, ni en ce qui concerne les places de SAMSAH quand des soins sont nécessaires que ce soit en hébergement d'urgence, d'insertion ou en maisons-relais.

5.2.2 La santé mentale

262 personnes, soit 20% de la population totale hébergée, présentent un trouble de santé mentale diagnostiqué.

Pratiquement la moitié de ces personnes sont en maisons-relais. Ce qui est important connaissant le défaut d'encadrement médical ou social dans ce type de logement. La question du devenir se pose pour ces personnes dont l'âge avance.

Il est en effet, très difficile d'obtenir des places en EHPAD pour ce public ayant un parcours de rue et d'errance. Ce sont les travailleurs sociaux qui l'expriment à plusieurs reprises dans les réponses du questionnaire.

L'autre moitié des personnes avec des troubles psychiques est répartie entre les hébergements d'insertion et d'urgence.

L'équipe soignante de l'UMIPPP parle de la difficulté à gérer un appartement de façon autonome pour une grande partie des patients ayant des troubles psychiatriques sévères à type de schizophrénie par exemple. Les appartements sont souvent dégradés et ces personnes vulnérables souvent squattées et abusées. Les infirmiers rencontrent également des difficultés dans la prise en charge des personnes sortantes de prison lorsque la sortie est prononcée au dernier moment et donc non préparée : pas de papiers, pas de droits à l'assurance maladie ouverts, pas d'hébergement. Les personnes se retrouvent en hébergement d'urgence, en mise à l'abri sans réelle accompagnement spécifique et adapté.

C'est également très complexe pour les personnes présentant des troubles neuro psychiatriques avec altérations des fonctions cognitives (troubles de la mémoire et/ou désorientation temporo-spatiale) qui perdent leur autonomie psychique et se retrouvent en difficulté dans des structures d'hébergement inadaptées. C'est un des constats des infirmiers de Santé globale. Aucune structure d'aval n'est adaptée pour ce type de patient.

L'UMIPPP parle aussi de difficultés de prise en charge des migrants en hébergement d'urgence et d'insertion. Souvent déboutés de leur demande d'asile, nécessitant des soins, et souvent en état de stress post traumatique ou victime de traite des êtres humains avec la barrière de la langue, l'absence d'interprètes (ou au coût exorbitant), l'absence de psychologues spécialisés de type ethno psychologues ou ethno psychiatres, les migrants sont souvent dépourvus de soins adaptés psychologiques et/ou psychiatriques. C'est également un élément d'inquiétude exprimé par les travailleurs sociaux lors du « groupe focus urgence ».

Sur les 262 personnes diagnostiquées, les diagnostics n'ont été précisés que pour 201 personnes.

73 personnes présentent des troubles psychiatriques sévères (6 % de la population totale hébergée), 86 personnes, des troubles légers ou modérés de l'humeur (7% de la population totale) et 42 personnes présentant des troubles neurocognitifs.

Il y a 3 fois plus de troubles psychotiques et 2 fois plus de troubles légers/modérés de l'humeur dans notre population totale hébergée des dispositifs de l'AH de l'Hérault que dans la population générale.

Le suivi infirmier des 262 personnes montre qu'un quart des personnes (65 personnes) présentant des troubles de santé mentale bénéficient de soins ponctuels par les infirmiers libéraux (préparation du pilulier, aides ponctuelles).

48 personnes sont suivies par les infirmiers de l'UMIPPP et 85 par les infirmières de Santé globale.

Pour ce type de patients également, la prise en charge par l'UMIPPP et la Santé globale consiste en un bilan d'entrée, un suivi régulier pendant le temps de l'hébergement, une coordination des consultations et des soins, et d'organiser les accompagnements physiques quand cela est nécessaire.

Ces infirmiers insistent sur le fait que le suivi régulier des personnes permet une mise en confiance progressive permettant peu à peu une adhésion au soin. Cela se vérifie par le fait que :

- 63% des 262 personnes présentant des troubles de santé mentale sont suivies au niveau médical. Ces personnes sont principalement en maisons-relais où le parcours social est plus avancé, un peu moins en hébergement d'insertion et encore moins en hébergement d'urgence.
- 28% des 262 personnes sont en rejet de soin et il s'agit principalement des personnes en hébergement d'urgence et d'insertion, là où la stabilité du logement est encore incertaine, mais aussi souvent là où les dispositifs d'hébergement ne bénéficient pas d'infirmiers en transversalité à Montpellier et surtout dans le reste du département.

La présence sur place dans les structures d'hébergement d'infirmiers de l'UMIPPP ou de Santé globale, avec relais possible avec un psychiatre, est également importante pour rassurer et orienter les équipes accompagnantes au niveau social souvent démunie face à des troubles du comportement, voire d'agressivité ou de violence (et quelquefois associé à des consommations de substances psycho actives). Dans les questions ouvertes du questionnaire, les travailleurs sociaux demandent plus d'accompagnement, de formation et de régulation en termes de santé mentale.

L'hôpital semble en retrait sur ce sujet et a diminué le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie. Pour les CMP et CMPP, les demandes de prise en charge sont sectorisées, ce qui impose de faire une nouvelle demande à chaque fois que la personne change d'hébergement (de domiciliation postale), ce qui est souvent le cas. Les délais de prises en charge sont également trop longs, souvent de plusieurs mois.

Près de la moitié (47%) des 262 personnes ont une reconnaissance MDPH en lien avec leurs troubles de santé mentale et une grande majorité perçoit l'AAH. Ces dernières sont pour une large partie hébergée en maisons-relais.

Dans l'Hérault, on constate que l'unique place de SAMSAH attribuée pour ce public est en maisons-relais. En ce qui concerne le dispositif SAVS, 4 places ont été attribuées au total et ces dernières sont également toutes en maisons-relais.

Comme pour les pathologies physiques chroniques, trop peu de demandes de SAVS et SAMSAH aboutissent et très peu de demandes sont réalisées par les travailleurs sociaux.

Enfin, 22% des 262 personnes (soit 59 personnes) sont sous curatelle, et 8 sont sous tutelle ce qui est significatif en termes de perte d'autonomie psychique pour ce public.

5.2.3 Les addictions

Les addictions sont largement présentes dans la population générale plus ou moins dissimulées selon les personnes et leurs degrés d'addiction.

Historiquement, les addictions ont systématiquement été rattachées à une origine psychiatrique. Encore aujourd'hui, les troubles du comportement liés à une addiction non contenue ou aux effets des substances psycho actives elles-mêmes sont interprétés comme des troubles psychiatriques. C'est ce que confirme les infirmiers de l'UMIPPP qui sont souvent interpellés par les travailleurs sociaux pour des personnes présentant des troubles psychiatriques, qui sont en fait, des troubles de la personnalité et des troubles du comportement (en lien avec le manque, ou au contraire l'accumulation et les mélanges de substances psycho actives) dans un contexte social précaire. Ceci ne signifie évidemment pas que ces personnes ne nécessitent pas de prise en charge médicale. Les équipes sociales doivent être en lien étroit avec les infirmiers de l'UMIPPP, de santé globale et les équipes médico éducatives des CSAPA qui réalisent un travail pluri disciplinaire complet avec éducateur, travailleur social, médecin et infirmiers. Ce sont les manifestations aiguës et les crises qui sont les plus difficiles à gérer dans les structures. Les travailleurs sociaux souhaitent plus de formation et d'accompagnement sanitaire.

Quelquefois devant la mise en danger de la personne (et le danger qu'elle peut faire courir aux autres), une hospitalisation d'urgence en psychiatrie à la demande d'un tiers (HDT) est organisée. Malheureusement, très souvent la personne ressort d'hospitalisation après 24h, sans traitement, ni courrier, ni suivi général ou psychiatrique (simplement parce qu'il ne s'agit pas d'une pathologie psychiatrique mais de manifestations en lien avec des consommations de substances psycho actives). C'est ce que Vincent Girard développe dans son étude « la santé des personnes sans chez soi » en parlant d'une pratique de la « patate chaude ». Qu'est-ce qui est de l'ordre de la psychiatrie ou en lien avec les addictions ? Qui doit ou qui peut prendre en charge ces patients dans l'urgence ?

Concernant les équipes d'Arc en ciel, de l'UTTD ou de l'ANPAA (les trois CSAPA de Montpellier), tous sont unanimes pour dire que le préalable à la prise en charge des problèmes d'addiction est l'acquisition et la stabilité d'un logement.

Le médecin de l'UTTD regrette que les hébergements ne soient pas pérennes. Il y a une angoisse dans l'incertitude et la durée de l'hébergement qui ne permet pas de stabilité et de prise en charge. C'est ce que dit également l'équipe de l'ANPAA. Lorsqu'il y a un toit, tout change. Le comportement change. Il y a reprise de contact et l'accompagnement devient possible. C'est la principale revendication de Médecins du monde sur ce sujet qui souhaiterait le droit à un logement stable et pérenne pour tous, permettant une prise en charge plus juste.

Dans notre étude, 214 personnes ont une addiction déclarée à l'alcool et 138 aux stupéfiants, soit 352 personnes ayant une dépendance ou une consommation quotidienne ou quasi-quotidienne de substances psycho actives de type alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage, soit 27% de la population totale hébergée.

Comme il a déjà été dit, les chiffres portant sur les addictions sont souvent sous-estimés les personnes étant soit dans le déni, soit dans la crainte de se voir refuser des propositions de logement du fait de cette problématique d'addiction.

Dans le questionnaire, les travailleurs sociaux d'un grand nombre de structures d'hébergement déclarent que l'addiction est un frein dans l'admission d'une personne. Certaines structures ne prennent pas de personnes en addiction active. Notre enquête révèle également qu'un comportement

agressif, ou violent en lien avec des problèmes d'addiction, est une des raisons principales de ruptures de séjours ou d'expulsion de la structure.

L'équipe d'Arc en ciel pense qu'il est important de consolider les liens existants entre les structures d'hébergement et les CSAPA notamment en améliorant la communication. « Lorsque des épisodes de tension arrivent, l'équipe sociale peut contacter l'équipe d'addictologie pour une concertation en urgence avant que la situation ne s'aggrave et ne mène irrémédiablement vers la sortie ».

49 personnes, soit 8% des 352 personnes présentant des problèmes d'addiction disent ne pas avoir de médecin traitant, la majorité de ces 8% sont en hébergement d'urgence. Mais, 95 personnes, soit 16% sont en rejet de soin pour ces problèmes d'addiction.

Les personnes sont souvent dans le déni de consommations importantes mais pour Lovel (Lovel, 2003), il faut prendre en compte la notion de « besoin de soin ». Le besoin de soin ne doit pas s'arrêter au seul diagnostic du trouble, mais prendre en compte les données recueillies par ailleurs, non seulement sur le retentissement de la maladie dans les rôles sociaux et la vie quotidienne de la personne, mais aussi la détresse psychique.

14% des personnes présentant une addiction à l'alcool et/ou aux stupéfiants déclarent être suivis en CSAPA. Ce chiffre paraît peu important.

Pour la même raison qu'ils « n'avouent pas » toujours leur problème d'addiction (risque de refus d'un logement futur), ils n'avouent pas toujours être suivis en CSAPA. Les professionnels de l'UTTD lors de notre entretien, ont confirmé ce propos : certains patients leur demandant de rester discret sur le suivi en addictologie. Ensuite, dès que l'hébergement est plus stable, les personnes retrouvent rapidement un médecin traitant qui peut prendre le relais, en termes de prescription médicamenteuse ou de substitution.

11 % des personnes présentant une addiction à l'alcool et/ou aux stupéfiants déclarent être suivis en CAARUD.

Ces centres CAARUD portent une attention particulière aux usagers les plus précarisés et marginalisés. Les CAARUD sont essentiellement fréquentés par les personnes vivant à la rue. Lorsqu'elles sont hébergées, les personnes retrouvent souvent d'autres « points d'appui » au niveau sanitaire et social en ce qui concerne en particulier la réduction des risques.

L'ANPAA et Arc en ciel, en lien avec l'ARS, se sont répartis le territoire d'intervention en dehors de Montpellier. Il y a l'intervention d'un éducateur du CSAPA Arc en ciel à l'Espace Santé de Lunel et une antenne Arc en ciel avec médecin addictologue à l'hôpital de Sète. Au CH de Clermont l'Hérault et de Lodève, il y a une antenne de l'ANPAA avec une infirmière, un travailleur social, et un psychologue et médecin à temps partiel.

Cette antenne de l'ANPAA est très utile sur ce territoire déserté au niveau sanitaire. En revanche, du fait de l'ouverture de cette antenne, les permanences d'infirmier en addictologie qui existaient dans certaines structures d'hébergement à Montpellier n'ont pu être maintenues. Ces consultations étaient également très utiles et demandées par les professionnels.

A Béziers, les travailleurs sociaux travaillent avec le CSAPA « Episode » qui intervient également de façon hebdomadaire à Accueil santé Béziers.

5.2.4 Population de plus de 60 ans

Que ce soit dans la réunion du « groupe focus urgence » ou dans les questions ouvertes du questionnaire, les travailleurs sociaux reviennent sur la difficulté de prendre en charge la population vieillissante. Cette difficulté est renforcée lorsqu'il y a des troubles cognitifs avec altération de la mémoire et de l'autonomie.

Dans notre étude, 105 personnes hébergées ont plus de 60 ans, 101 personnes ont une ou plusieurs pathologies physiques chroniques, 37 ont un trouble de santé mentale diagnostiqué et 39 ont une addiction active à l'alcool.

La majorité de ces personnes sont en maisons-relais. Les autres attendent qu'une place s'y libère. Il est très difficile de trouver des places d'EHPAD, d'abord parce que les délais d'attente sont très longs ensuite parce que les réponses sont trop souvent négatives : les EHPAD acceptent difficilement les personnes ayant des stigmates d'un parcours de rue, surtout lorsqu'il y a une addiction active.

Mais comme nous l'avons déjà évoqué, **la tranche d'âge qui préoccupe le plus les travailleurs sociaux** est en réalité **celle des 46-59 ans**. Sur-représentée pour les pathologies physiques chroniques et la santé mentale, on peut parler de **vieillesse précoce** avec une perte d'autonomie, qui elle aussi est fréquente et précoce (physique et/ou psychique). En termes de dépendance et de perte d'autonomie, certains pourraient prétendre à une place en EHPAD bien avant l'âge de 60 ans (seuil d'accès aux EHPAD). Un assouplissement de ce critère d'entrée peut être demandé, mais cette possibilité n'est pas connue de tous.

Aucune structure d'hébergement adapté n'existe à l'heure actuelle pour ces personnes en dehors des maisons-relais qui ne peuvent cependant pas faire face à toutes les demandes et ne sont pas adaptées aux patients non autonomes.

Selon un recensement effectué en France, entre 1998 et 2010, l'âge moyen de décès des personnes ayant vécu, à un moment ou à un autre à la rue, est de 49 ans.

5.2.5 Multi problématiques ou polyopathologies

Les travailleurs sociaux expriment des grandes difficultés dans la prise en charge et l'orientation des personnes qui cumulent des difficultés de santé.

On parle de polypathologie pour désigner « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu sur la même période, que ces maladies soient physiques ou psychiques. ». Cette situation est souvent aggravée par la présence d'une addiction.

Ils représentent un nombre de personnes important. Cela nécessite une coordination renforcée entre les acteurs sociaux et les soignants intervenants mais aussi une meilleure coopération et coordination entre les différents acteurs de santé.

On voit que 63 personnes ont à la fois une ou des pathologies physiques chroniques, des troubles de santé mentale et des problèmes d'addiction.

Deux fois plus de personnes (119 personnes) présentent des troubles de santé mentale et des problèmes d'addiction.

6 CONCLUSION ET PRECONISATIONS

Les différentes études portant sur les personnes « sans chez soi » montrent que les prévalences de schizophrénie et de psychose dans la population atteignent des taux 3 à 30 fois supérieur à ceux de la population générale. Dans notre enquête, la prévalence est trois fois plus importante.

En ce qui concerne la morbidité somatique, nous ne disposons que de très peu d'enquêtes épidémiologiques françaises.

En dehors de l'enquête régionale de 2015 coordonnée par la DRJSCS avec l'élaboration des 5 diagnostics 360° départementaux, peu d'études concernent plus précisément la population hébergée dans les dispositifs AHI et il est donc difficile de pouvoir comparer nos résultats de façon rigoureuse. Si l'on se réfère à notre ancienne région du Languedoc Roussillon, notre étude révèle que le département de l'Hérault présente un nombre plus important de personnes hébergées ayant des problèmes de santé, et cela de façon générale, que ce soit au niveau des pathologies somatiques chroniques, de la santé mentale, du handicap et de l'addiction.

Les intervenants santé et les travailleurs sociaux sont unanimes sur le fait que **le logement ou l'hébergement est le préalable à la prise en charge de la santé** et que, **plus il est stable et pérenne, plus les personnes sont suivies au niveau médical et stabilisées ou traitées**. C'est également un des résultats que nous livre cette étude si l'on compare le type d'hébergement avec l'adhésion au soin et la prise en charge médicale. Les personnes 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.

Notre enquête donne des valeurs chiffrées assez précises en termes de santé sur les personnes hébergées dans le dispositif AHI de l'Hérault. Elle renseigne sur le degré de prise en charge des problèmes de santé en fonction des intervenants sanitaires (quand ils existent) et du type d'hébergement. Elle montre les difficultés d'accompagnement selon le type de pathologie et révèle les blocages dans le parcours social des personnes.

Lorsque l'on interroge les travailleurs sociaux, les situations ou les problématiques les plus difficiles à accompagner sont : **la population vieillissante, la perte d'autonomie** (physique et/ou psychique), **les troubles psychiatriques lourds**, les problèmes engendrés par **l'addiction active** et **le cumul des problèmes de santé** (pathologies physiques chroniques avec addiction, ou santé mentale avec addiction accompagnées quelquefois d'un âge avancé). Vient ensuite toute la problématique sanitaire autour des migrants avec la **barrière de la langue** et **l'accompagnement psychologique** (intérêt de l'éclairage d'ethno psychologues ou ethno psychiatres) pour les **personnes victimes de violence dans leur parcours migratoire** ou dans des **réseaux de traite** des êtres humains.

Cette étude est au croisement de trois secteurs d'intervention : **le sanitaire, le médico-social et le social**. Les problèmes de santé des personnes hébergées posent des difficultés importantes et posent la question d'un travail multi partenarial.

Il faut entre autres, s'inspirer et développer des lieux d'échanges comme le « Collectif précarité » qui réunit toutes les six semaines, sur Montpellier, les acteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux (travaillant dans le domaine de la précarité) pour des rencontres, des réflexions et des partages d'information autour de « situations complexes ».

Les parcours des personnes sans logement stable sont de véritables parcours du combattant où la prise en charge des problèmes de santé n'est pas toujours la priorité.

Avec une espérance de vie estimée de 30 à 35 ans inférieure à la population générale associée à une qualité de vie dégradée, ces personnes font l'objet de violences psychosociales, physiques et sexuelles avec des fréquences incomparablement élevées. Sans hébergement stable, elles ont beaucoup de mal à accéder à des soins effectifs. Elles peuvent être soumises à des discriminations allant même jusqu'à des refus de soins de la part de professionnels, que ce soit en lien avec leur couverture maladie (AME, CMU), leur apparence ou leur comportement.

En dispositif d'hébergement d'urgence ou d'insertion, lorsqu'il y a un problème de santé, en fonction de leur situation géographique (Montpellier ou hors Montpellier), soit les personnes sont adressées au point santé local, soit elles bénéficient au sein de leur structure, de l'intervention d'infirmiers (travaillant en transversalité).

A noter la particularité d'une des structures d'hébergement qui a choisi l'option de salarier une infirmière.

Selon les travailleurs sociaux et les différents soignants, il est primordial qu'un **bilan médical** puisse être **réalisé à l'entrée de la personne en hébergement** d'urgence ou d'insertion.

L'étude montre qu'il faut l'intervention de soignants spécialisés en psychiatrie mais aussi en santé somatique pour réaliser ces bilans d'entrée, orienter les soins (dans le droit commun quand que cela est possible) et soutenir les équipes sociales.

Lorsque les « points santé » sont distants du centre d'hébergement ou lorsque les médecins référents ne sont pas assez disponibles, un bilan de santé ne peut être réalisé. La personne est vue ponctuellement sur un problème de santé précis et aiguë. Il en est de même à Montpellier pour les centres d'hébergement qui ne bénéficient pas d'infirmiers en transversal.

Lorsqu'ils sont présents, ces infirmiers réalisent un bilan de santé général, aident à la mise en place des droits en santé (AME, CMU), dégagent les problématiques physiques, psychiques, addictives, assurent le suivi et la coordination des soins.

Les avantages incontestables de ce type d'intervention concernent principalement les personnes ayant des troubles de santé mentale ou des pathologies physiques lourdes (notamment pour les personnes à mobilité réduite) ou dont la pathologie limite l'autonomie psychique (certaines pathologies psychiatriques ou neuro-dégénératives) associées à une éventuelle addiction.

A Montpellier, il y a une bonne collaboration entre les infirmiers de l'UMIPPP et de Santé globale. Cette collaboration permet entre autres, de ne pas intervenir de façon déconcertée auprès des mêmes personnes. Quelquefois à l'inverse, il y a nécessité d'une intervention conjointe de l'UMIPPP et de la Santé globale.

Si cela est nécessaire (attente d'une hospitalisation, besoin d'un bilan de santé plus approfondi, d'une surveillance médicale rapprochée ou difficultés de coordination devant un cas complexe avec cumul de problématiques), les LHSS sont sollicités par ces intervenants santé en transversal. Des orientations sont également possibles dans les autres structures médico-sociales (ACT ou LAM) s'il s'agit de pathologies chroniques, ou dans le droit commun : médecins de ville (médecin traitants référents et spécialistes), hospitaliers (via La PASS si les droits en termes de santé ne sont pas ouverts) ou encore dans les centres de soins de Médecins du Monde, de la Halte solidarité etc...

Ces dispositifs travaillant l'« aller vers » permettent aux personnes hébergées de renouer avec les services de droit commun « tout public ». Il faut être vigilant de ne pas créer une « filière » spécifique aux personnes hébergées, ce qui pourrait au contraire renforcer leur exclusion du droit commun. Les dispositifs « tout public » ne sont pas toujours adaptés aux besoins des personnes hébergées. Il faut participer à l'évolution des pratiques et permettre l'amélioration du recours du public hébergé à ces dispositifs de droit commun.

Préconisations :

Ces préconisations sont la synthèse des besoins exprimés par les acteurs de terrain ayant participé à cette enquête : questionnaire et entretiens.

- Renforcer les **liens et la coordination entre les différents intervenants sanitaires et entre les structures d'hébergement et le soin** :
 - Travailler sur une meilleure coordination des différents acteurs de santé de l'« aller vers » pour permettre une meilleure continuité des soins lorsqu'une personne change de structure d'hébergement, par exemple par l'intermédiaire de la création d'un dossier médical (confidentiel) ou d'une fiche sanitaire (confidentielle) qui pourrait suivre le patient, mais aussi par la création d'instances d'échange entre professionnels qui réuniraient : référents d'hébergement, SIAO et acteurs de santé.
 - Améliorer la coordination entre l'hôpital (via la PASS) et les centres d'hébergement (avec la création de fiche de liaison sanitaire et sociale comme il en existe au CH de Béziers et de Perpignan, par exemple)
 - Renforcer le lien avec les CMP et CMPP, favoriser l'accès aux soins des personnes hébergées en améliorant les délais de prise en charge et en simplifiant les questions de sectorisation
 - Renforcer le partenariat entre CSAPA, CAARUD et structures d'hébergement (prévention et réduction des risques) et mettre en place des concertations avec les CSAPA référents
 - Renforcer les liens entre CSAPA et les services hospitaliers de psychiatrie pour permettre une prise en charge conjointe des agitations et des déséquilibres psychiques liés à la consommation de substances psycho actives.
 - Développer les conventions entre centres d'hébergement et services de psychiatrie (hôpital et cliniques) afin d'améliorer l'accessibilité en hospitalisation en favorisant les solutions d'hébergement à la sortie.
 - Multiplier les interventions des associations travaillant autour de la prévention : vaccination, éducation thérapeutique, dépistage tuberculose ou hépatites, VIH...
 - Améliorer la connaissance des dispositifs de la MDPH (notamment SAVS, SAMSAH...) et établir des liens de partenariat pour faciliter l'accès des personnes au logement autonome
 - Améliorer l'accessibilité aux EHPAD des publics vieillissants les plus vulnérables et en perte d'autonomie

- Favoriser et renforcer l'« **aller vers** » :
 - Renforcer et élargir la couverture géographique et le nombre de structures d'hébergement pouvant bénéficier de l'intervention d'infirmiers en transversal, à Montpellier et en dehors : Lunel, Cœur d'Hérault, Sète et Béziers.
 - Renforcer l'« aller vers » lorsqu'il existe, avec augmentation du nombre de permanences de ces infirmiers,
 - Développer et améliorer le partenariat entre les centres d'hébergement avec La PASS pour suivre les personnes sortant ou entrant à l'hôpital.
 - Renforcer le travail d'« aller vers » des CAARUD et CSAPA.

- Développer de **nouveaux dispositifs d'hébergement adaptés aux problématiques de santé**
 - Pour les grands marginaux avec des problèmes d'addiction active : créer des structures d'hébergement de bas seuil, sans exigence au niveau du parcours social d'insertion (comme le CSAPA « Sleep in » à Paris, qui propose un hébergement d'urgence adapté). Un projet est en cours de réflexion actuellement sur Montpellier.
 - Mise en place des ACT psy : en attente sur Montpellier (appel d'offre lancé depuis peu par l'ARS)
 - Mettre en place un dispositif médico-social de type « un chez soi d'abord » qui part du constat que « 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
 - Créer des EHPAD adaptés à ce type de public (ayant un parcours de rue, et quelquefois des problèmes d'addiction)
 - Créer des dispositifs de type « ACT population vieillissante » pour les plus autonomes

- **Adapter les offres d'hébergement du dispositif AHI**
 - Adapter et aménager les hébergements et logements du dispositif AHI aux normes handicapées
 - Améliorer et adapter le type d'hébergement : structures de tailles plus modestes avec chambres individuelles pour limiter la promiscuité, moins d'exigence au niveau du parcours social d'insertion
 - Adapter les durées de séjour au type de pathologie

- Mieux **accompagner** et mieux **former les travailleurs sociaux**
 - Développer la formation des travailleurs sociaux dans le domaine de la santé mentale
 - Développer les formations des travailleurs sociaux dans l'addiction et dans la réduction des risques
 - Développer les formations des travailleurs sociaux dans la prise en charge des femmes victimes de violence en général, et des victimes de traite des êtres humains en particulier
 - Faciliter les traductions (pour la population migrante) et les accompagnements psychologiques pour cette population (intérêt de l'ethnopsychiatrie)
 - Permettre aux travailleurs sociaux une meilleure connaissance des dispositifs médico-sociaux tels que les LAM, les ACT ou les LHSS et leurs modalités d'admission pour une meilleure collaboration

D'un point de vue général et selon **les travailleurs sociaux et les différents soignants** il faudrait des **durées d'hébergement adaptées à l'état de santé des personnes** accueillies, et **des interventions de soignants au sein des structures**, dont la fréquence et l'intensité doivent être ajustées aux besoins des personnes.

Cette enquête révèle les complexités de prise en charge des problèmes sanitaires de ce public. Il est indispensable de **développer un travail multi partenarial concerté**.

Qu'il s'agisse d'hébergement ou de santé, tous les intervenants doivent apprendre à mieux se connaître et à **mieux se coordonner** pour améliorer l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

Enfin, il faudrait **abaisser les seuils d'inclusion** dans les centres d'hébergement et dans les structures médico-sociales. Ceci n'est possible que si l'accompagnement et la coordination médicale sont suffisants. Mais surtout, il faut apprendre à mieux **adapter nos exigences** aux besoins, aux capacités et aux demandes des personnes dans la co-construction de leurs parcours d'insertion.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout particulièrement les travailleurs sociaux et les chefs de service des différents dispositifs d'hébergement de l'AHI pour le temps passé, que nous savons précieux, à remplir soigneusement les questionnaires et pour leur présence et leur participation lors du « groupe focus urgence ».

Un grand merci également à tous les soignants ayant bien voulu participer à cette enquête lors des entretiens semi-directifs : l'UMIPPP, le dispositif de Santé Globale, La PASS du CHU St Eloi, l'UTTD, l'association Arc en Ciel, l'ANPAA, le Point Santé de Sète, Accueil Santé Béziers, et Médecins du Monde.

ABREVIATIONS et ACRONYMES

AAH : Allocation Adultes Handicapés
ABES : Association Biterroise d'Entraide et de Solidarité
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique
AERS : Association d'Entraide et de Reclassement Social
AHI : Accueil Hébergement Insertion
ALD : Affection de Longue Durée
AME : Allocation Médicale Etat
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ATU : Association Trait d'Union
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU c : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREAI-ORS : Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations – Observatoire Régional de la Santé
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EMSPP : Equipe Mobile Spécialisée Psychiatrie et Précarité
ETP : Equivalent Temps Plein
ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail
FAM : Foyers d'Accueil Médicalisés
FTM : Foyer de Travailleurs Migrants
IML : Intermédiation Locative
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS : Lits Halte Soins Santé
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDM : Médecins du Monde
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PDALHPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMR : Personnes à Mobilité Réduite
SAO : Service d'Accueil et d'Orientation
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SUS : Solidarité Urgence Sétoise
UTTD : Unité de Traitement de la Toxico Dépendance
UMIPPP : Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Population en situation de Précarité
VSL : Véhicule Sanitaire Léger

BIBLIOGRAPHIE

- **ANSA-DGCS 2016** – Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes.
- **ARI-Dispositif ASAIS 2016**- Oikéo
- **Beck F, Legleye S. et Spika S.** 2006 – L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Economie et statistique*
- **Beck F, Guilbert P et Gautier A.** 2007 – Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportement de santé. *Inpes*
- **CREAI ORS Languedoc Roussillon 2015** – Etude commandée par la DRJSCS pour le diagnostic à 360° : « Etude qualitative relative aux parcours de vie et à l'accompagnement des personnes hébergées présentant des problèmes de santé »
- **Debras B et Dorothé O.** 2002 – Les sans domicile usagers des services d'aide dans l'agglomération parisienne. *Insee Ile de France*
- **DRJSCS-DREAL 2015** – Synthèse des diagnostics à 360° du sans-abrisme au mal logement de l'Aude, Gard, Hérault, Lozère et Pyrénées-Orientales (ex-Languedoc Roussillon)
- **Girard V, Estecahandy P et Chauvin P.** 2009 - La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. *Rapport au Ministère de la santé et des sports*
- **Guesdon I, et Relandt JL.** 1998 – Enquête Lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe. *L'information psychiatrique*
- **Guesmond T, Laval C, Estecahandy P.** 2016 – Le programme expérimental « un chez-soi d'abord » - *Abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche*
- **Insee 2006.** Recensement de la population. *Insee*
- **Kovess V.** 2007 – Evaluation du besoin de soin en psychiatrie. *Manuel de psychiatrie, éd. Guelfy et Rouillon*
- **Lovell A.** 1996 – Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs ». *La folie dans la place, éd. Joseph et Proust*
- **Lovell A.** 2003 – Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale, *Rapport à l'institut de veille sanitaire, Paris.*
- **Observatoire du Samu social de Paris (Anne Laporte) -Inserm (Pierre Chauvin)** 2009, – La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France.
- **ORS Rhône Alpes-Fondation de France 2011** – Etude « Maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité »