



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES
MERIEUX**



Année 2017

N° :

**Analyse descriptive des données recueillies auprès de 703
personnes sans-abri, présentant une schizophrénie ou des
troubles bipolaires, à leur inclusion dans l'essai
randomisé multisite "Un Chez Soi d'Abord"**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 18 octobre 2017
En vue d'obtenir le titre de Docteur de Médecine

Jean DAMBRICOURT

Né le 26/02/1990

A Vélizy-Villacoublay

Sous la direction du **Docteur Aurélie TINLAND**

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie
vieillessement	
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L.
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LONG Anne	Médecine vasculaire

LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hémato ;transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
RUFFION Alain	Urologie
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépto gastroentérologie
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE	Anesthésie-Réanimation Urgence
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie

TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
WALLON Martine
WALTER Thomas

Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique
BOUVAGNET Patrice
CHARRIE Anne
DELAUNAY-HOUZARD Claire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

Biochimie et Biologie moléculaire
Génétique
Biophysique et Médecine nucléaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Biologie et Médecine du développement et de la

reproduction

MASSIGNON Denis
RABODONIRINA Méja
VAN GANSE Eric

Hématologie – Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre
BRUNEL SCHOLTES Caroline
CALLET-BAUCHU Evelyne
COURAUD Sébastien
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DESESTRET Virginie
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine

Pédiatrie
Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Hématologie ; Transfusion
Pneumologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cytologie – Histologie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la

reproduction

MILLAT Gilles
PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe
VUILLEROT Carole

Biochimie et Biologie moléculaire
Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactério-viro
SUBTIL Fabien	Biostats
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Composition du jury

M. le Président : Pr Nicolas FRANCK	UFR Lyon Sud
M. le Professeur Cyrille COLIN	UFR Lyon Est
M. le Professeur Alain MOREAU	UFR Lyon Est
Mme le Docteur Pascale ESTECAHANDY	UFR Toulouse
Mme le Docteur Aurélie TINLAND	UFR Aix Marseille

Remerciements

Au professeur Nicolas FRANCK pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et pour m'avoir apporté ses conseils et ses critiques constructives.

Aux professeurs Cyrille COLIN et Alain MOREAU pour avoir accepté de juger ce travail.

Au docteur Pascale ESTECAHANDY pour avoir accepté de faire le déplacement à Lyon pour juger ce travail. Merci également de votre engagement pour les personnes en situation de précarité et pour votre travail dans ce beau programme de santé publique qu'est « Un chez soi d'abord ».

Au docteur Aurélie TINLAND pour m'avoir proposé ce travail dans le cadre du programme « Un chez soi d'abord », pour ton enthousiasme et ton investissement dans la recherche en santé publique chez les plus démunis. Merci aussi pour ta disponibilité et la confiance que tu m'as accordée pour cette thèse.

A ma radiieuse Agnès, pour ton amour et pour ton soutien depuis de nombreuses années dans mes études et mes projets.

A mes chers parents adorés, à mes deux grands frères chéris et à mes deux belles-sœurs charmantes, à mes adorables neveux pour tous ces bons moments de vie ensemble et pour votre soutien.

A ma belle-famille si accueillante, mes beaux-parents, mes belles-sœurs, mes beaux-frères et mes adorables nièces et neveu.

Aux copains : les médecins, les scouts, les Mesnilois, les Parisiens, les Lyonnais, les Toulousains, les Manzistes... pour tout ce qu'on a pu rire et qu'on rira encore !

Table des matières

Table des illustrations.....	13
Liste des abréviations.....	15
Introduction.....	17
I Le sans-abrisme.....	17
II Santé somatique, mortalité et sans-abrisme.....	19
III Santé mentale et sans-abrisme.....	20
IV Le modèle « Housing First ».....	21
V Le programme « Un chez soi d’abord ».....	22
VI Sujet de thèse : les données recueillies à l’entrée dans le programme « Un chez soi d’abord ».....	23
Matériels et Méthode.....	23
I Schéma expérimental.....	23
II Population d’étude.....	25
III Critères de jugement.....	27
IV Nombre de sujets nécessaires et recrutement.....	28
V Traitement des données.....	28
VI Méthodologie de la thèse.....	29
Résultats.....	29
I Les caractéristiques sociodémographiques.....	33
1) Sexe et âge.....	33
2) Nationalité.....	33
3) Lieu de naissance de la population et de leurs parents.....	34
4) Niveau d’étude.....	36
5) Etat civil.....	36
6) Armée.....	37
II Situation administrative.....	37
1) Titre de séjour.....	37
2) Pièce d’identité.....	38
3) Sécurité sociale.....	39
4) Mutuelle.....	39
5) Statut de travailleur handicapé.....	40
III Situation professionnelle.....	41
1) Formations au cours des 6 derniers mois.....	41
2) Activités rémunérées déclarées au cours des 6 derniers mois.....	41
3) Activités rémunérées au moment de l’interrogatoire.....	42

4)	Arrêt de travail et ennuis de santé.....	42
5)	Salaire net.....	43
6)	Situation professionnelle.....	43
IV	Situation financière	45
1)	Sources de revenu	45
2)	Autres moyens de subsistance	46
3)	Les dépenses courantes.....	47
4)	Les dettes.....	48
V	Réseau social	49
1)	Famille	49
2)	Amis	49
3)	Contacts.....	50
4)	Aide financière, matérielle et psychologique.....	51
5)	Concept de « fardeau » : ressentir le fait d’être une charge pour autrui	52
6)	Animaux de compagnie	53
7)	Participation à une activité de groupe	53
8)	Membres d’une association	54
9)	Citoyenneté	54
10)	Religion	54
VI	Sexualité	55
VII	Recours aux soins	56
1)	Antécédents psychiatriques	56
2)	Traitements médicamenteux	57
3)	Consultations médicales au cours des 6 derniers mois.....	57
4)	Urgences.....	58
5)	Hospitalisation.....	59
6)	Hôpital de jour et CATTP	60
VIII	Recours à l’hébergement	60
1)	Parcours et situations antérieures face au logement	60
2)	Recherche de logement.....	62
3)	Hébergements au cours des 6 derniers mois.....	63
IX	Recours aux structures médico-sociales	64
1)	Repas chauds.....	64
2)	Alimentation.....	64
3)	Vêtements	64

4)	Accueils de jour	65
5)	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).....	65
6)	Association de réduction de risque et d’auto-support.....	65
7)	Urgences sociales – 115.....	65
8)	Maraude	65
X	Violences.....	66
1)	Violences provoquées	66
2)	Violences subies	67
XI	Problèmes judiciaires	67
1)	Police	67
2)	Tribunal pénal.....	69
3)	Incarcérations au cours des 6 derniers mois.....	69
4)	Délits impunis	69
XII	Santé déclarative	69
1)	Vaccination	69
2)	Troubles visuels	70
3)	Problèmes dentaires.....	70
4)	Sommeil.....	71
5)	Repas	71
6)	Hygiène corporelle	71
7)	Rapports sexuels.....	72
8)	Traumatismes	72
9)	Tentative de suicide.....	73
XIII	Scores de qualité de vie.....	73
1)	S-QOL	73
2)	SF 36	74
3)	EuroQol-5D	74
	Discussion	75
I	Discussion des résultats principaux, avec leur mise en perspective à M24.....	77
1)	Données socio-démographiques, diagnostics et parcours de rue.	77
2)	Situation administrative et professionnelle.	78
3)	Situation financière	80
4)	Réseau social	82
5)	Sexualité	84
6)	Recours aux soins	85

7) Recours à l'hébergement	87
8) Violences.....	88
9) Santé déclarative	89
10) Scores de qualité de vie.....	91
II Limites et forces de l'étude	93
1) Les limites	93
2) Les forces.....	94
Conclusions.....	95
Bibliographie.....	98
Annexe 1 : classification ETHOS.....	103
Annexe 2 : le questionnaire.....	104

Table des illustrations

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION SELON LES DIFFERENTS SITES.....	30
TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION SELON LE BRAS D'INCLUSION.....	31
TABLEAU 3 : DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES DE LA POPULATION SELON LE MINI	32
TABLEAU 4 : SOURCES DE REVENU DE LA POPULATION	45
TABLEAU 5 : LES DEPENSES COURANTES.....	47
TABLEAU 6 : VIOLENCES SUBIES SELON DIFFERENTS TYPES DE POPULATION DANS LES ETUDES EVS, SAMENTA, UCSA ET AT HOME.....	89
FIGURE 1: MODELE DE L'INTERVENTION UCSA COMPARE A LA PRISE EN CHARGE STANDARD	24
FIGURE 2: HISTOGRAMME DES AGES DE LA POPULATION.....	33
FIGURE 3: NATIONALITES.....	34
FIGURE 4: LIEU DE NAISSANCE DES INDIVIDUS NES A L'ETRANGER	34
FIGURE 5: LIEU DE NAISSANCE DE LA MERE CHEZ LES FRANÇAIS DE MERE ETRANGERE.....	35
FIGURE 6: LIEU DE NAISSANCE DU PERE CHEZ LES FRANÇAIS DE PERE ETRANGER	35
FIGURE 7: NIVEAU D'ETUDE DE LA POPULATION	36
FIGURE 8: ETAT CIVIL ET NOMBRE D'ENFANTS DE LA POPULATION	37
FIGURE 9: SITUATION ADMINISTRATIVE DE LA POPULATION N'AYANT PAS LA NATIONALITE FRANÇAISE	38
FIGURE 10: SITUATION DE LA POPULATION VIS-A-VIS DE LA PIECE D'IDENTITE	38
FIGURE 11: SITUATION DE LA POPULATION VIS-A-VIS DE LA SECURITE SOCIALE	39
FIGURE 12: SITUATION DE LA POPULATION VIS-A-VIS DES MUTUELLES.....	40
FIGURE 13: SITUATION DE LA POPULATION VIS-A-VIS DU STATUT DE TRAVAILLEUR HANDICAPE.....	40
FIGURE 14: SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA POPULATION	44
FIGURE 15: AUTRES MOYENS DE SUBSISTANCE	46
FIGURE 16: DETTES : ORIGINE ET NOMBRE DE PERSONNES CONCERNEES.....	48
FIGURE 17: FAMILLE DE LA POPULATION	49
FIGURE 18: LES AMIS	50
FIGURE 19: LES CONTACTS	51
FIGURE 20: PRINCIPALES SOURCES D'AIDE.....	52
FIGURE 21: CONCEPT DE « FARDEAU » : IMPRESSION D'ETRE UNE CHARGE POUR AUTRUI.....	53
FIGURE 22: PARTICIPATION AU VOTE.....	54
FIGURE 23: PRATIQUE RELIGIEUSE	54
FIGURE 24: NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS.....	55
FIGURE 25: QUALITE DE VIE SEXUELLE DE LA POPULATION	56
FIGURE 26: TYPES DE MEDICAMENTS PRIS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS	57
FIGURE 27: NOMBRE, LIEU ET MEDECIN CONSULTE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS.....	58
FIGURE 28: MOTIFS DE CONSULTATION AUX URGENCES	59
FIGURE 29 : BOITE A MOUSTACHES : NOMBRE D'ANNEES DE LOCATION/PROPRIETE D'UN LOGEMENT, DE VIE SANS CHEZ SOI ET DE VIE DANS L'ESPACE PUBLIQUE	61
FIGURE 30: BOITE A MOUSTACHES : AGE DE PREMIER EPISODE SANS CHEZ SOI	61
FIGURE 31: BOITE A MOUSTACHES : DUREE DEPUIS DEPART DU DERNIER LOGEMENT PERSONNEL.....	62
FIGURE 32: RECHERCHE DE LOGEMENT : RAISONS DE L'ABSENCE DE DEMARCHES.....	63
FIGURE 33: REPARTITION MOYENNE DES NUITS DE LA POPULATION AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS.....	64
FIGURE 34: FREQUENCE DE PARTICIPATION A DIFFERENTES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES	66
FIGURE 35: COMPARAISON VIOLENCES SUBIES ET VIOLENCES PROVOQUEES	67
FIGURE 36: NOMBRE DE CONTACT AVEC LA POLICE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS	68
FIGURE 37: TROUBLES VISUELS ET PORT DE CORRECTION.....	70
FIGURE 38: SANTE DENTAIRE	71
FIGURE 39: NOMBRE DE DOUCHES PAR SEMAINE	72

FIGURE 40: S-QOL : COMPARAISON DE LA POPULATION UCSA AVEC LA POPULATION PRESENTANT UNE SCHIZOPHRENIE (BOYER 2001)	73
FIGURE 41: SF36 : COMPARAISON DE LA POPULATION UCSA AVEC LA POPULATION GENERALE FRANÇAISE	74
FIGURE 42: EURO-QOL : RESULTATS DANS LA POPULATION UCSA SELON LES 5 DIMENSIONS	75
FIGURE 43: EURO-QOL : AUTO EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE ET INDEX : COMPARAISON ENTRE LA POPULATION UCSA ET LA POPULATION GENERALE FRANÇAISE SELON LES TRANCHES D'AGES	75
FIGURE 44: S-QOL: COMPARAISON DES RESULTATS A M0 M6 M12 M18 ET M24.....	91
FIGURE 45: SF36: COMPARAISON ENTRE LES DEUX BRAS DES SCORES COMPOSITES PCS ET MCS A M0 M6 M12 M18 ET M24.....	92
FIGURE 46: EQOL: COMPARAISON DU SCORE INDEX ENTRE LES DEUX BRAS A M0 M6 M12 M18 ET M24.....	92

Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé.

ABEJ : Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse.

AS : Assistante Sociale.

ASS : Allocation de Solidarité Spécifique.

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles.

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive.

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues.

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle.

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation.

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel.

CDD : Contrat à Durée Déterminée.

CDI : Contrat à Durée Indéterminée.

CépiDc : Centre Epidémiologique sur les causes médicales de décès.

CHRS : Centre de d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

CHS : Centre d'Hébergement Social.

CMP : Centre Médico Psychologique.

CRIC : Centre de Rééducation des Invalides Civils.

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

CUI : Contrat Unique d'Insertion.

DSM-IV : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux quatrième révision.

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité.

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale (Lille-Métropole)

ESAT : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail.

ETHOS : European Typology on Homelessness and Housing Exclusion.

FEANSTA : Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

MARS : Medication Adherence Rating Scale.

MCAS : Multnomah Community Ability Scale.

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique.
MCS : Mental Composite Score.
MCSI : Modified Colorado Symptom Index.
MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.
MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview.
OH : Offre Habituelle.
ORL : Oto-Rhino-Laryngé.
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé.
PCS : Physical Composite Score.
PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles (nomenclature INSEE).
PTSD : Syndrome de Stress PostTraumatique.
RAS : Recovery Assessment Scale.
RQTH : Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé.
RSA : Revenu de Solidarité Active.
SSR : Soins de suite et de réadaptation.
SPA : Substance Psycho Active.
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés.
UCSA : Un Chez Soi d'Abord.
UHU : Unité d'Hébergement d'Urgence.
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.
ZUS : Zone Urbaine Sensible.

Introduction

I Le sans-abrisme

« Les personnes sans domicile forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables. »

Conférence nationale de consensus sur les sans-abri, 2007 (1)

« Ne jamais considérer les populations sans abri comme des populations coupées du reste de la société de façon nette, mais au contraire, de mettre en lumière, d'une part le continuum de situations qui existent entre les personnes « avec » et « sans » logement et d'autre part, la rapidité et la fréquence des passages, pour une même personne, entre les situations de logement et de non-logement, dans un sens comme dans l'autre ».

François Clanché, 2000 (2)

L'utilisation d'un langage a été nécessaire pour améliorer les connaissances sur l'exclusion du logement et pour décrire précisément les conditions des personnes vivant dans les situations les plus précaires. Il a fallu poser un cadre à des situations multiples d'exclusion au logement pour pouvoir les étudier, les comparer, et pour évaluer les évolutions globales au cours du temps.

La FEANSTA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris) a été créée en 1989 pour venir en aide aux sans-abri en Europe. Elle a défini plusieurs concepts autour du sans-abrisme et de l'exclusion liée au logement. Le concept de « logement » a été défini autour de trois domaines (physique, social et légal), dont l'absence d'un seul pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement :

- Domaine physique : avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement.
- Domaine social : avoir un lieu de vie privé pour entretenir des relations sociales.
- Domaine légal : avoir un titre légal d'occupation.

Une typologie de l'exclusion liée au logement, appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing exclusion) (3), a ensuite été articulée autour de ces concepts pour définir 13 catégories de mal-logement réparties autour de quatre grands cadres :

- être sans-abri : dormir à la rue ou en hébergement d'urgence.
- être sans logement : avoir un abri, mais provisoire, dans des institutions ou foyers d'hébergement.
- être en situation de logement précaire : être menacé d'exclusion sévère en raison de baux précaires, d'expulsion ou de violences domestiques.
- être en situation de logement inadéquat : dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère.

L'INSEE définit quant à lui une personne sans domicile si elle a passé la nuit précédant une enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation (sans abri), y compris les « haltes de nuit » qui offrent un abri mais ne sont pas équipées pour y dormir, ou les services d'hébergement (hébergement collectif, hôtel ou logement payé par une association) (4).

En France plusieurs études se sont intéressées au problème de la précarité liée au logement. Dans un rapport publié en 2016, la fondation Abbé Pierre (5) évalue à 3,8 millions le nombre de personnes pas ou mal logées dans notre pays. Ce chiffre inclut 2,9 millions de personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles (privation de confort, surpeuplement) et 895 000 personnes privées de logement personnel (dont 141 500 sans domicile).

Ce dernier chiffre provient d'une étude de l'INSEE publiée en 2012 (6), qui retrouve depuis sa dernière estimation en 2001 une augmentation de presque 50% des personnes sans domicile (7). L'INSEE recensait parmi elles 81 000 adultes et 31 000 enfants dans les villes de plus de 20 000 habitants ; 8 000 personnes dans des communes rurales ; et 22 500 personnes dépendant du dispositif national d'accueil des étrangers.

L'évaluation de l'INSEE étant basée sur l'utilisation de services d'aide, elle est probablement sous-estimée en raison du phénomène du « non-recours » décrit pour la population sans abri. En effet, pour de multiples raisons (méconnaissance des structures, absence de droits, crainte d'être exclu, stigmatisé ou encore découragement) les personnes sans domicile ne se rendent pas forcément dans les structures qui leur sont réservées. On estime que 10% des sans-abri ne se rendent jamais dans un service d'aide.

II Santé somatique, mortalité et sans-abrisme

Bien que la population des sans-domicile présente une moyenne d'âge plutôt jeune (40 ans en moyenne) seule 1 personne sans domicile sur 2 (52%) perçoit son état de santé comme « bon » ou « très bon » et 24% « mauvais à très mauvais » (8). Dans la population ayant un logement ces chiffres sont respectivement de 65% et 8,5% .

Si on ne recensait pas de pathologies spécifiques aux personnes sans-abri, c'est la prévalence élevée des principaux problèmes de santé qui était mise en évidence par l'étude. Comparé à la population ayant un logement personnel on notait 5 fois plus de migraines, 2,5 fois plus de pathologies respiratoires, 5 fois plus de pathologies du système digestif, 2 fois plus de pathologies cardiovasculaires et d'hypertension, 6,5 fois plus de séquelles d'accident ou de maladie grave (9).

L'étude SAMENTA (10) décrite plus bas évaluait à plus d'un tiers le nombre de personnes déclarant souffrir d'au moins une maladie chronique : principalement respiratoire ou ORL (7,4% de la population), diabète (6,2%) hypertension (5,2%), maladies psychiques (4,7%), maladies cardiovasculaires (4,3%) et maladies du système digestif (3,8%). Les troubles déclarés semblent éloignés des prévalences réelles, pour l'exemple des troubles psychiques, objet de cette étude, ils étaient évalués à l'issue de cette étude à plus de 30%, lorsque le déclaratif est 4,7%. Notons que cet écart est classiquement plus élevé pour les troubles psychiques compte tenu de la stigmatisation qui leur est associée.

En France, le collectif « les morts de la rue » (11) retrouve un âge moyen au décès chez les personnes sans-abri de 49 ans alors que l'espérance de vie nationale est de 80 ans. En association avec les données du CépiDc (recensant les causes médicales de décès), les données entre 2008 et 2010 retrouvaient que les principales causes médicales de décès de la population sans domicile étaient :

- Causes mal définies ou inconnues (28%)
- Morts violentes (20%) : homicides, suicides, noyades, chutes, accidents de transport.
- Tumeurs (18%) : trachées, bronches, poumons, voies aéro-digestives supérieures, organes digestifs.
- Maladies cardiovasculaires (11%).
- Troubles mentaux et du comportement (7%) : liés à l'utilisation de stupéfiants, à la consommation d'alcool.
- Maladies de l'appareil digestif (7%) : maladies chroniques du foie et cirrhoses.
- Autres causes (9%) : respiratoires, neurologiques, infectieuses.

Il est cependant important de noter que le collectif « les morts de la rue » a recensé 497 décès en 2014 alors que l'estimation du nombre réel de décès est près de 4 fois plus important et évalué à 2098 (intervalle de confiance entre 1450 et 3461).

L'analyse rétrospective des données de mortalité des sans-abri à Marseille (12) (Médecins du Monde et Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, 2009) retrouvait les pathologies digestives comme première cause de décès (20,45%), suivi des pathologies pulmonaires (15,90%) et des suicides (15,90%).

Une étude lyonnaise (13) expliquait la difficulté de conclure à une cause unique de décès, y compris après autopsie : elle recensait en effet 82 causes possibles de décès pour 57 personnes. On notait ainsi 39% de causes cardiovasculaires, 32% de causes externes (suicides, overdoses, agressions, traumatismes), 30% de cancers et 19% d'infections.

Par ailleurs, les personnes vivant dans la rue sont exposées à de multiples difficultés (14) :

- Privation de sommeil : le bruit, la lumière, le froid et l'insécurité font de la nuit un moment difficile. Les foyers sont des lieux de promiscuité, manquant d'intimité, où la violence est quotidienne.
- La sexualité et la vie affective : les hébergements à destination des couples sont rares, l'épanouissement de la vie affective n'est que trop rarement abordé.
- Les vols et les violences physiques : les personnes sans-abri sont victimes d'agressions verbales, physiques, sexuelles, de vols dans de très grandes proportions, d'autant plus si les personnes sont atteintes de troubles psychiatriques (15).
- Problèmes d'hygiène et de soins dentaires : impliquant des risques de pathologies dermatologiques, infectieuses.
- Les addictions : la dépendance ou la consommation quotidienne ou quasi quotidienne de substances psychoactives (alcool, médicaments détournés, drogues illicites) concernerait 28,4% de la population.

III Santé mentale et sans-abrisme

En 2009, l'étude SAMENTA menée par l'Inserm en association avec l'observatoire du Samu social de Paris s'est intéressée à la santé mentale et aux addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France. L'objectif principal de l'étude était l'estimation de la prévalence des principaux troubles psychiatriques présentés par les personnes sans logement personnel, ainsi que la prévalence des addictions : alcool, drogues illicites et médicaments détournés.

Cette étude a mis en évidence une prévalence de troubles psychiatriques sévères chez 31,5% de la population :

- Troubles psychotiques (13,2%) : 8,4% de schizophrénie, 3,5% de troubles délirants persistants et 1,3% d'autres troubles psychotiques.
- Troubles sévères de l'humeur (6,7%) : 4,5% de troubles dépressifs sévères, 2,2% de troubles bipolaires.
- Les troubles anxieux (12,2%) : 4,2% d'état de stress post-traumatique, 4% d'anxiété généralisée, 2,1% de troubles de l'adaptation et 6,2% d'autres troubles anxieux.

Il était noté également que 21,8% de la population déclarait avoir tenté de se suicider au moins une fois au cours de sa vie.

La prévalence de troubles psychotiques dans la population sans domicile est donc 8 à 10 fois supérieure à celle de la population générale. Les troubles dépressifs sévères et les troubles anxieux sont à peine plus élevés qu'en population générale. La concentration de cette population dans la rue signe l'insuffisance des politiques sanitaires et sociales en direction de celle-ci.

IV Le modèle « Housing First »

L'idée d'« Housing First » a émergé aux Etats-Unis dans les années 90 et a été modélisée et développée par un psychologue américain : Sam Tsemberis (16). Le modèle s'oppose à la politique d'accès au logement pour les sans-abri souffrant de troubles psychiques consistant à conditionner cet accès à l'abstinence aux substances et à l'observance des traitements. Il propose un droit au logement de manière inconditionnelle, quelque soit la prise en charge médicale. L'objectif n'est pas de traiter pour essayer de sortir de la précarité mais au contraire de sortir de la précarité pour mieux aider et soigner l'utilisateur (17).

Ce modèle de prise en charge est indissociable du principe de rétablissement (18). Le rétablissement est une philosophie née également aux Etats-Unis, dans le sillage de mouvements protestataires d'utilisateurs / ex-utilisateurs de la psychiatrie, qui considèrent que les psychiatres ont une vision erronée du devenir des personnes du fait de leur exercice uniquement hospitalier. Le rétablissement désigne le cheminement individuel visant à l'émancipation des personnes atteintes d'une maladie mentale. Ce cheminement est personnel et les soignants apparaissent comme un support pour aider à sortir de l'isolement, favoriser l'insertion sociale et professionnelle.

Aux Etats Unis, plusieurs études randomisées ont été réalisées pour établir de l'efficacité du modèle « Housing First ». Ce sont les analyses économiques qui vont le plus souvent être choisies comme critère de jugement principal des études, et les résultats vont être rapidement positifs. En revanche, si le modèle prouve une efficacité sur le relogement des usagers de façon durable et sur la diminution des coûts pour la société, il ne montre pas de différence significative sur les variables de santé mentale, en particulier sur les données d'addictions (19).

Cependant, le modèle remporte un grand succès aux Etats-Unis, où il s'étend à l'ensemble du pays suite à sa présentation comme « evidence-based policy » à la Conférence des Maires ; il se propage dans de nombreux pays, en particulier au Canada, où se déroule la plus grande étude sur le sujet : l'étude randomisée multi-site « At Home/Chez soi », débutée en 2009, et qui a inclus 2000 patients dans 5 villes différentes.

L'Europe, et notamment la France, s'empare de la question dans le sillage des publications sur le sujet.

V Le programme « Un chez soi d'abord »

En 2010, Vincent Girard, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin ont remis à la Ministre de la santé, Roselyne Bachelot-Narquin, et au Secrétaire d'Etat chargé du logement, Benoist Apparu, un rapport sur la santé et l'accès aux soins des personnes sans chez soi en France (14). Ce rapport proposait la mise en place d'un système du type « Housing First » en France afin de chercher une réponse adaptée au problème des sans-abri souffrant de troubles psychiques. Il s'agissait tout d'abord d'évaluer l'efficacité d'un tel modèle, dans le contexte Français, présentant des politiques sanitaires et sociales différentes des Etats-Unis ou du Canada.

Une étude pilote a été menée à partir de l'équipe psychiatrie précarité MARSS et le service de santé publique du Pr P. Auquier à Marseille (EA3279) a développé un protocole d'expérimentation de la démarche « Housing First », sous l'appellation « Un chez soi d'abord ». Il a été décidé de d'évaluer ce modèle en combinant un volet qualitatif analysant l'implantation du programme, les trajectoires des personnes, les pratiques professionnelles et les possibilités d'essai ; et un volet quantitatif ayant pour schéma expérimental un essai clinique randomisé, interventionnel, comparatif, multicentrique, de manière à obtenir un haut niveau de preuve scientifique de l'efficacité de l'intervention (21).

La principale spécificité de l'étude française par rapport aux études étrangères est de restreindre l'inclusion aux personnes présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires, là où les autres études incluent d'autres types de troubles psychiques, à condition qu'ils soient sévères.

Le protocole de recherche a été accepté par le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée V en août 2011. Le premier participant a été inclus la semaine qui a suivi.

VI Sujet de thèse : les données recueillies à l'entrée dans le programme « Un chez soi d'abord »

Compte tenu de la faible quantité de données à notre connaissance sur la population spécifique des personnes présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires et sans abri, l'objectif de cette thèse est de réaliser une description détaillée et exhaustive de l'ensemble des données recueillies à l'inclusion dans le programme « Un chez soi d'abord ».

Seront ainsi détaillées des données concernant les caractéristiques sociodémographiques, les situations administratives, les situations professionnelles, les situations financières, le réseau social, la sexualité, le recours aux soins, le recours à l'hébergement, le recours aux structures médico-sociales, les violences, les problèmes judiciaires, la santé déclarative, ainsi que des scores de qualité de vie (S-QOL, EuroQol et SF36).

Matériels et Méthode

I Schéma expérimental

L'étude est multicentrique, interventionnelle, comparative et randomisée (21). Quatre sites ont répondu pour expérimenter le programme : Marseille, Toulouse, Lille et Paris (qui a débuté l'étude dans un deuxième temps). Dans chaque site deux groupes sont constitués :

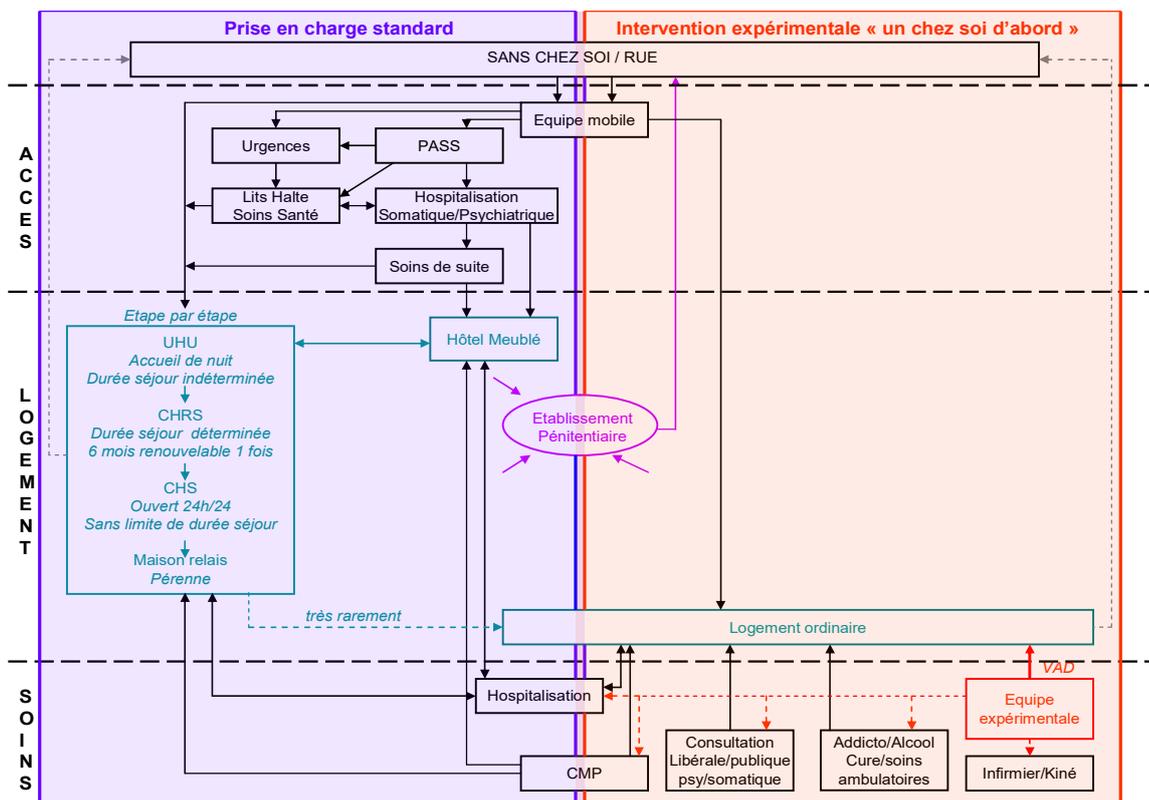
- Bénéficiaires du programme « Un chez soi d'abord » : intervention expérimentale.
- Bénéficiaires des services habituels : prise en charge standard ou offre habituelle.

La randomisation est stratifiée par site. Un groupe est attribué de manière aléatoire, selon une liste préétablie avant le début des inclusions, aux personnes correspondant aux critères d'inclusion et ayant accepté le principe de l'étude et signé un consentement.

Les personnes incluses dans le bras « Un chez soi d'abord » bénéficient d'un suivi rapproché (au minimum 1 fois par semaine et jusqu'à 2 fois par jour) par une équipe pluridisciplinaire. Ces équipes pluridisciplinaires sont composées d'un coordinateur de site, d'un psychiatre et/ou médecin généraliste, d'éducateurs spécialisés, d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux et de médiateurs pairs. Un système d'astreinte est également organisé pour qu'une personne de l'équipe soit joignable 24h/24 et 7j/7. Une fois inclus dans le programme plusieurs logement leurs sont proposés et sont visités avec des membres de l'équipe ; ils participent au paiement du loyer avec un maximum de 30% du revenu de la personne (le reste étant à la charge de l'organisme porteur du programme dans la ville).

Les personnes bénéficiaires des services habituels continuent leur parcours en étant prises en charge via l'hôpital, les PASS, les Centre d'Hébergement, les associations. Une rencontre a lieu tous les six mois avec l'enquêteur pour réaliser le questionnaire d'évaluation de leur situation, et ce pendant une durée de 24 mois.

FIGURE 1: MODELE DE L'INTERVENTION UCSA COMPARE A LA PRISE EN CHARGE STANDARD



Sur chaque site deux ou trois organismes sont porteurs du projet :

- Marseille : l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, Habitat Alternatif Social et PACT 13.
- Lille : Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole et l'Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse (ABEJ).
- Toulouse : Centre Hospitalier Gérard Marchant, association Clémence Isaure et le PACT 31.
- Paris : Hôpital maison blanche et l'association Aurore.

II Population d'étude

Critères d'inclusion :

- âgé de plus de 18 ans ;
- en situation régulière selon l'arrêté du 15 mars 2010 pris pour application de l'article R.444-1 de code de la construction et de l'habitation ;
- dont la situation administrative permet l'accès au logement social ;
- en situation d'itinérance absolue ou de logement précaire tels que définis ci-dessous :
 - L'itinérance absolue est définie par le fait d'être « sans domicile fixe » depuis au moins 7 nuits et d'avoir peu de chances de se trouver un logement au cours du mois suivant. Le fait d'être « sans domicile fixe » regroupe les lieux d'hébergement d'urgence et les endroits publics ou privés dont un être humain ne se sert pas d'habitude pour dormir régulièrement (par exemple, à l'extérieur, dans la rue, dans les parcs ou sur la plage, dans des entrées de portes, dans des véhicules stationnés, des squats ou des garages). Les patients qui séjournent depuis moins de 1 mois à l'hôpital qui seront sans endroit où aller au moment de leur sortie et qui étaient en situation d'itinérance absolue avant leur séjour, sont considérés en situation d'itinérance absolue.
 - Etre en situation de logement précaire est définie comme le fait d'avoir pour résidence principale un foyer d'hébergement d'urgence, un hôtel ou un hôtel meublé et d'avoir connu au moins : deux épisodes d'itinérance absolue au cours de l'année écoulée ou un seul épisode d'itinérance absolue mais d'une durée d'au moins quatre semaines au cours de l'année écoulée.
- présentant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire selon la classification DSM-IV ;
- consommant des substances psycho-actives ou non ;
- présentant un niveau élevé de besoins sanitaires et sociaux :

- avec un score MCAS (Echelle de capacité de communauté) inférieur ou égal à 62
 - et ayant été hospitalisé au moins 2 fois sur les 12 derniers mois ou incarcéré au cours des 24 derniers mois ou en situation d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives ;
- ayant été hospitalisé au plus 6 mois au total sur les 12 derniers mois ;
 - ne présentant pas de troubles de la compréhension et étant capable de lire et écrire ;
 - pouvant relever d'une mesure de sortie à l'essai d'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers ou d'Hospitalisation d'Office ;
 - pouvant être sous tutelle ou sous curatelle ;
 - affilié à un régime de protection sociale ;
 - ayant déclaré être dans la ville depuis 6 mois et vouloir rester pendant au moins 24 mois après entrée dans l'étude ;
 - respectant la clause d'ambivalence (voir conditions d'entrée dans le programme : accepter la visite d'au moins un membre de l'équipe au moins une fois par semaine, participation au loyer si ressources) ;
 - acceptant de participer à l'étude et avec un consentement éclairé signé par le sujet ou par le représentant légal dans le cas d'une personne sous tutelle ou curatelle.

Critères de non inclusion :

- âgé de moins de 18 ans ;
- avec enfants à charge ;
- femme enceinte, parturiente ou allaitante ;
- participant à une autre étude simultanément conformément à l'article L1121-12 du code de la santé publique ;
- ne répondant pas aux critères d'itinérance absolue ou de logement précaire tels que définis plus haut, soit les personnes qui :
 - se retrouvent parfois sans abri, c'est-à-dire ceux dont le logement régulier ne répond pas aux normes de base (comme être trop nombreux dans un logement ou vivre dans des conditions dangereuses) ;
 - sont à risque de devenir sans-abri comme ceux qui restent de manière officieuse et non permanente chez des amis ou des membres de leur famille (ex: partage de logement, ou « dormir sur le sofa ») ;
 - sont en transition (ex: femmes ou jeunes qui se rendent dans des foyers de transition afin de fuir de la violence familiale, demandeurs d'asile en attente de place en CADA);

- sont temporairement sans logement (ex: logement perdu durant une relativement courte période en raison d'un désastre comme un incendie ou d'une modification de leur situation économique ou personnelle comme une séparation ou une perte d'emploi) ;
- qui vivent dans des établissements au long cours (CHRS, maison relais, résidence accueil, MAS, maison de retraite, appartement thérapeutique, post-cure...);
- présentant des troubles de la compréhension et n'étant pas capable de lire et écrire ;
- en fugue d'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers ou d'Hospitalisation d'Office ;
- non affilié à un régime de protection sociale ;
- refusant de participer à l'étude (refus du représentant légal dans le cas d'une personne sous tutelle ou curatelle).

III Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le recours au système de soins évalué par le nombre de séjours à l'hôpital, le nombre total de journées d'hospitalisation et le nombre de visites dans un service d'accueil des urgences sur une période de 24 mois.

Les critères de jugement secondaire sont les critères suivants :

- critères relatifs au champ sanitaire : l'évaluation psychiatrique et des addictions par le Mini International Neuropsychiatric interview (MINI), l'échelle d'Impression Clinique Globale, le niveau de symptomatologie psychiatrique mesuré par le Modified Colorado Symptom Index (MCSI), le taux de tentative de suicide, le taux de mortalité, un questionnaire de santé déclarative, l'observance thérapeutique mesuré par le Medication Adherence Rating Scale (MARS), la qualité de vie mesurée par les échelles génériques (SF36, l'Euroqol5D) et par une échelle spécifique (le S-QOL), ainsi que les données concernant le recours au soin sur les 6 mois précédant l'évaluation ;

- critères relatifs au champ social : données relatives au rétablissement par le questionnaire Recovery Assessment Scale, l'accès au minima sociaux, le recours au système judiciaire, la situation professionnelle ;

- critères relatifs au champ du logement : évaluation de l'histoire résidentielle sur les 6 mois précédant l'interrogation ;

- critères relatifs au champ médico-économique : mesure des coûts directs et indirects dans les domaines de la prise en charge médicale, de la prise en charge sociale et de la prise en charge judiciaire.

IV Nombre de sujets nécessaires et recrutement

Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été réalisé à partir du critère de jugement principal et selon les résultats des études publiées sur le programme « Housing First ». Ces derniers retrouvaient une chute du taux de réadmission de 24% aux urgences et de 29% en hospitalisation (22). Le taux de 24% a été gardé comme hypothèse la moins favorable, avec un risque alpha de 5%, une puissance fixée à 90% et un taux attendu de perdu de vue à 25%, le nombre de sujets à inclure était de 600 sujets répartis sur les 4 sites (Marseille, Lille, Toulouse, Paris).

Le taux de perdus de vue constaté au début de l'étude étant de 35% au lieu de 25%, le nombre d'inclusions a été porté de 600 à 700.

Déroulement :

Les personnes pouvant être incluses dans l'étude étaient repérées par des équipes d'amont incluant un psychiatre ou un médecin ayant de très bonnes connaissances cliniques en psychiatrie ainsi qu'une équipe sociale qui vérifiait les critères sociaux d'éligibilité. Si la personne était potentiellement éligible une visite était réalisée par l'enquêteur et le psychiatre de l'équipe de site où les critères d'inclusions étaient vérifiés. L'enquêteur réalisait le questionnaire MINI (Mini International Psychiatric Interview) et confrontait le diagnostic issu du test à celui du psychiatre de l'équipe d'amont. En cas de discordance l'avis du psychiatre de site était alors sollicité pour établir, ou non, un ou plusieurs diagnostics selon le DSM-IV. L'enquêteur présentait ensuite l'étude de façon approfondie et remettait une notice d'information, il s'assurait de la bonne compréhension de la personne et de son représentant légal les cas échéants. Une fois le consentement éclairé signé, la randomisation était immédiate et la personne était informée de son inclusion dans l'un des deux bras. Dans tous les cas l'évaluation initiale était réalisée au décours et un calendrier de suivi était planifié pour les évaluations bi annuelle.

V Traitement des données

Les données étaient saisies directement sous un format de cahier électronique sur des ordinateurs portables mis à disposition des enquêteurs. Les contrôles de cohérence pouvaient donc être réalisés en temps réel.

A chaque individu était attribué un numéro pour une anonymisation des données. L'analyse des données est réalisée par l'équipe de l'unité du Pr Auquier à l'aide du logiciel SPSS sous windows.

Dans un premier temps la comparabilité des deux groupes a été réalisée sur les potentiels facteurs de confusion connus ou suspectés : l'âge, le sexe, la nationalité, le diagnostic, la présence de comorbidités addictives, la durée moyenne de vie à la rue, le niveau d'études, le recours aux soins.

La randomisation avait permis d'avoir deux groupes sans différence significative sur ces facteurs.

VI Méthodologie de la thèse

Les deux bras de l'étude étant comparables il n'a pas été réalisé de distinction entre eux pour décrire la population à l'inclusion de l'étude.

Chacune des questions du questionnaire d'évaluation a été analysée et mise en avant sous la forme la plus appropriée pour une lecture claire et lisible. En cas de doute sur des résultats, ceux-ci ont été discutés avec le statisticien de l'équipe de recherche M. Boucekine et le Dr A. Tinland.

Les résultats ont été ensuite comparés aux études et aux données concernant la population générale sans-abri et concernant la population sans-abri présentant des troubles de santé mentale en France (rapport SAMENTA, rapport HYTPEAC). Ces résultats ont également été mis en regard de ceux de l'étude Canadienne « At Home/Chez soi » basée sur les principes d'« Housing First ».

Résultats

Entre aout 2011 et mars 2014, 703 personnes ont été incluses dans le programme de recherche : 353 dans le bras « un chez soi d'abord » et 350 dans le bras « offre habituelle », réparties sur les quatre sites Lille (185), Marseille (199), Toulouse (200) et Paris (119).

482 personnes avaient été diagnostiquées schizophrènes (69%) et 216 personnes présentaient des troubles bipolaires (31%).

Les principales caractéristiques de la population incluse ont été répertoriées dans les tableaux suivants : les tableaux 1 et 2 comparent les données socio-démographiques et les histoires de sans-abrisme selon les

sites (tableau 1) ou selon les bras (tableau 2). Le tableau 3 récapitule l'ensemble des diagnostics à l'inclusion de la population après réalisation du test MINI.

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION SELON LES DIFFERENTS SITES

	Tous les sites	Lille	Marseille	Paris	Toulouse
Caractéristiques des participants					
Sexe : homme	82,80%	86,50%	80,90%	78,20%	84%
Age, en années	38,8 ± 10	38,9 ± 9,7	40,1 ± 10	42,1 ± 9,8	35,3 ± 9,4
Nationalité : française	85,80%	89,30%	85%	79,80%	87%
Etudes : baccalauréat ou plus	27,50%	18,70%	26,20%	31,80%	30,20%
Statut marital : célibataire	77,80%	78,30%	70,50%	81,40%	83,20%
A eu des enfants	37,40%	37,70%	44%	26,50%	37,50%
S'est engagé dans l'armée	7,10%	3,30%	14%	0,90%	7,10%
A été incarcéré dans les 2 ans avant l'inclusion	22,90%	24,70%	22,60%	12,90%	27,40%
Pathologie					
Diagnostic : schizophrénie	69,30%	84,90%	70,40%	67,20%	55%
Sévérité : score ICG	4,6 ± 1,3	4,6 ± 1,3	4,8 ± 1,2	4,6 ± 1,2	4,4 ± 1,4
Mésusage ou dépendance	78,90%	75,30%	73,30%	85,50%	83,80%
Histoire du sans-abrisme					
"Totalemment sans-abri" à l'inclusion	66%	67%	70,40%	54,60%	67,70%
Temps cumulé de vie sans chez-soi, sur la vie entière (en années)	8,5 ± 7,8	8 ± 7,6	9,3 ± 8,2	10,2 ± 8,2	7,2 ± 7,1
Temps cumulé de vie sans-abri (ETHOS1), sur la vie entière (en années)	4,3 ± 5,7	3,3 ± 4,5	4,7 ± 5,8	7 ± 7,4	3,9 ± 5

TABEAU 2 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION SELON LE BRAS D'INCLUSION

	Bras Un Chez Soi d'Abord (N=353)	Bras Offre Habituelle (N=350)	P- Value
Caractéristiques sociodémographiques			
Age (SD)	38 (9,6)	39 (10,3)	,096
Homme	284 (80,5%)	298 (85,1%)	,100
Français	297 (85,3%)	278 (86,3%)	,713
Etat civil			
Célibataire	278 (80,1%)	243 (75,2%)	,464
En couple ou marié	15 (4,3%)	21 (6,5%)	
Séparé, divorcé ou veuf	54 (15,6%)	59 (18,3%)	
Niveau d'études			
Collège	113 (32,7%)	104 (32,0%)	,754
CAP, BEP	114 (32,9%)	112 (34,5%)	
Bac	60 (17,3%)	51 (15,7%)	
Bac +2 et plus	33 (9,5%)	32 (9,8%)	
Vétérant			
Non	264 (75,9%)	226 (69,5%)	,183
Appelé	62 (17,8%)	73 (22,5%)	
Engagé	22 (6,3%)	26 (8,0%)	
Revenu mensuel (SD)	629 (411)	627 (391)	,935
Caractéristiques de santé mentale et physique			
SF-36			
Score Composite Physique (SD)	50,8 (10,22)	50,7 (11,0)	,908
Score Composite Mentale (SD)	34,9 (9,4)	34,6 (10,1)	,648
Diagnostiqué			
Schizophrène	243 (68,8%)	244 (69,7%)	,801
Bipolaire	110 (31,2%)	106 (30,3%)	
Caractéristiques d'itinérance			
Nombre de jours passés dans la rue sur les 6 derniers mois (SD)	56 (69,2)	51 (67,6)	,357
Temps total passé dans la rue en années (SD)	8,5 (9,1)	8,5 (8,1)	,991

TABEAU 3 : DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES DE LA POPULATION SELON LE MINI

Troubles psychotiques	60.6% (n=418)
Episode maniaque passé	19.4%
Episode hypomaniaque passé	6.5%
Episode maniaque actuel	17.2%
Episode hypomaniaque actuel	3.5%
Dysthymie	3.7%
Episode dépressif majeur passé	21.1%
Episode dépressif majeur actuel	55.4%
Dont épisode dépressif actuel avec caractéristiques mélancoliques	70.4% des EDM actuels (38.8% de la population)
Anxiété généralisée	41.7%
PTSD	18.0%
TOC	12.7%
Trouble panique actuel	2.7%
Trouble panique vie entière	35.4%
Boulimie	1.9%
Anorexie	0.5%
Abus SPA	10.3%
Dépendance SPA	46.3%
Abus d'alcool	6.4%
Dépendance alcool	39.3%
Personnalité antisociale	23.9%
Risque suicidaire actuel	63.5%
<i>Niveau risque suicidaire</i>	<i>Elevé 43.6% Moyen 9.6% Faible 46.8%</i>

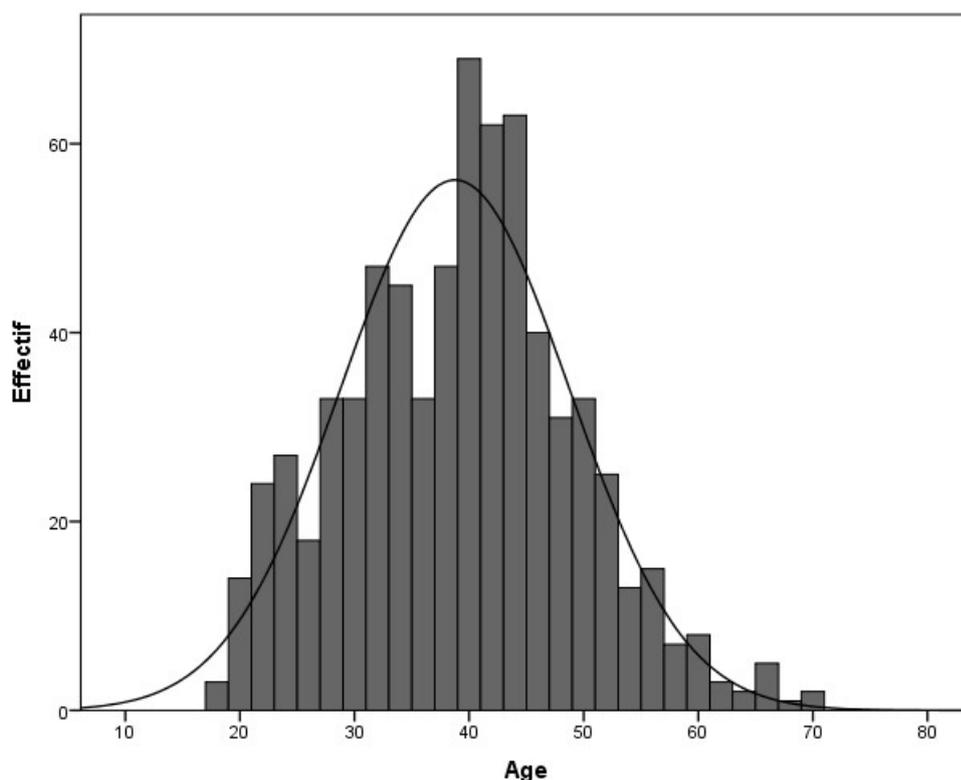
I Les caractéristiques sociodémographiques

1) Sexe et âge

La population incluse dans le programme de recherche « Un chez soi d'abord » est constituée de 703 personnes, parmi lesquelles on compte 123 femmes et 580 hommes (respectivement 17,5% et 82,5% des participants).

La moyenne d'âge de la population à l'inclusion était de 38,78 ans (ET = 10). Le plus jeune étant âgé de 18 ans et le plus âgé de 70 ans. 78 personnes étaient âgées de 18 à 25 (11,1%) et 81 avaient 50 ans ou plus (11,5%). Plus de 75% de la population avait donc entre 25 et 50 ans.

FIGURE 2: HISTOGRAMME DES AGES DE LA POPULATION.

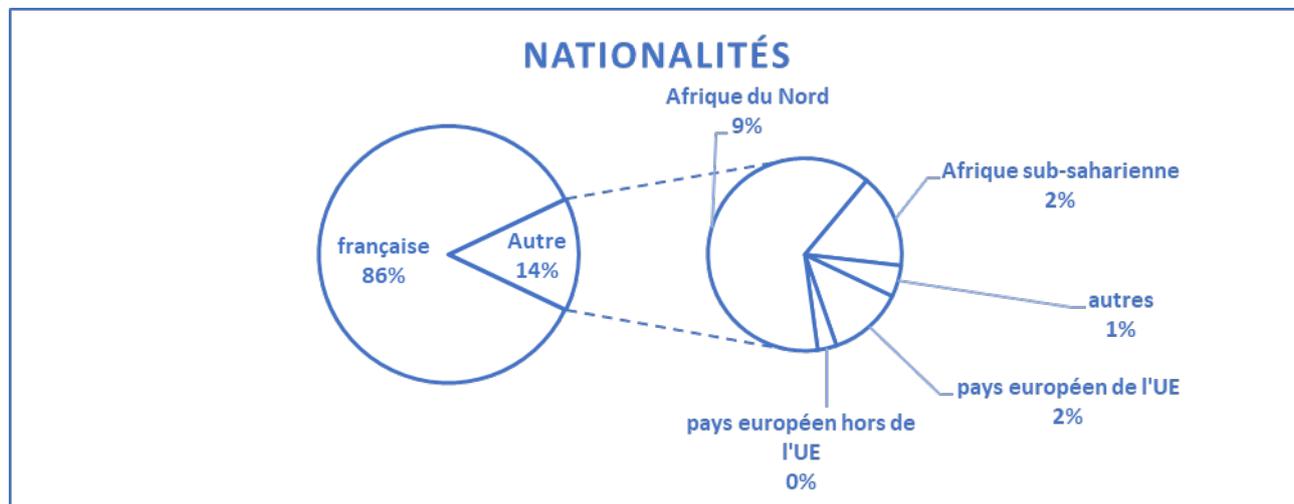


2) Nationalité

85,8% de la population de l'étude était de nationalité française, contre 14,2% n'ayant pas la nationalité française. Ces derniers étaient originaires de 21 pays : Algérie (n=37), Allemagne (n=2), Angola (n=1), Belgique (n=4), Cambodge (n=1), Cameroun (n=2), Colombie (n=1), Congo (n=6), Ethiopie (n=1), Gabon

(n=2), Grande-Bretagne (n=1), Haïti (n=1), Italie (n=1), Madagascar (n=1), Maroc (n=20), Norvège (n=1), Portugal (n=3), Togo (n=2), Tunisie (n=3), Turquie (n=1), Ukraine (n=3).

FIGURE 3: NATIONALITES

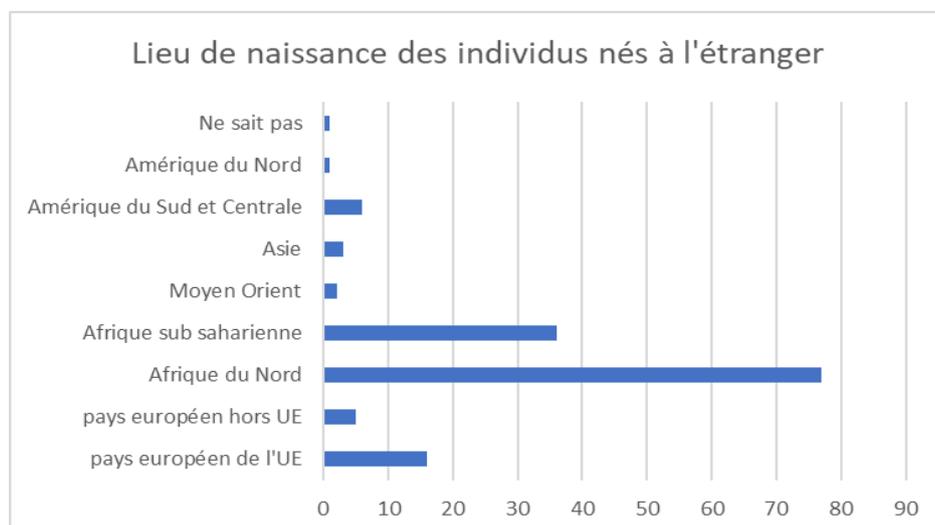


3) Lieu de naissance de la population et de leurs parents

74,8% des participants étaient nés en France métropolitaine, 2,4% étaient nés dans les DOM-TOM et 22,8% étaient nés à l'étranger.

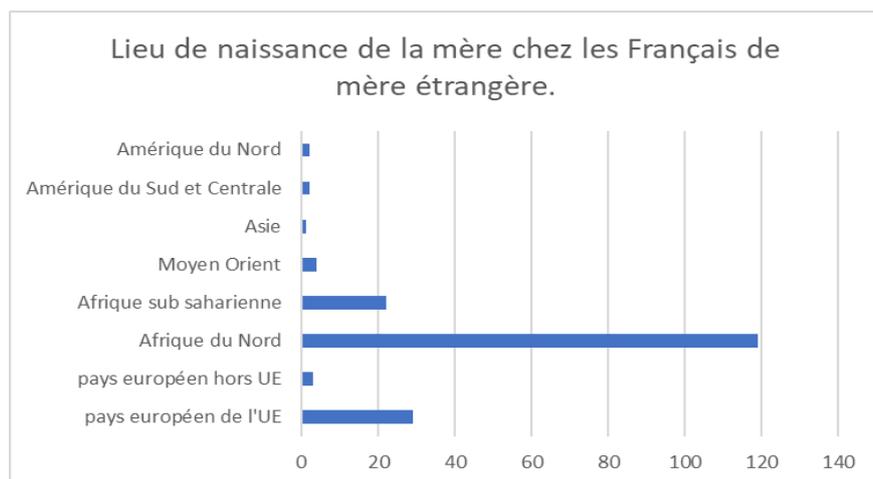
41% des personnes nées à l'étranger étaient arrivées en France avant leur 10 ans, 68% avant leur 18 ans. La médiane d'arrivée en France était de 11 ans, avec un minimum d'arrivée au cours de la première année de vie et un maximum à 49 ans.

FIGURE 4: LIEU DE NAISSANCE DES INDIVIDUS NES A L'ETRANGER



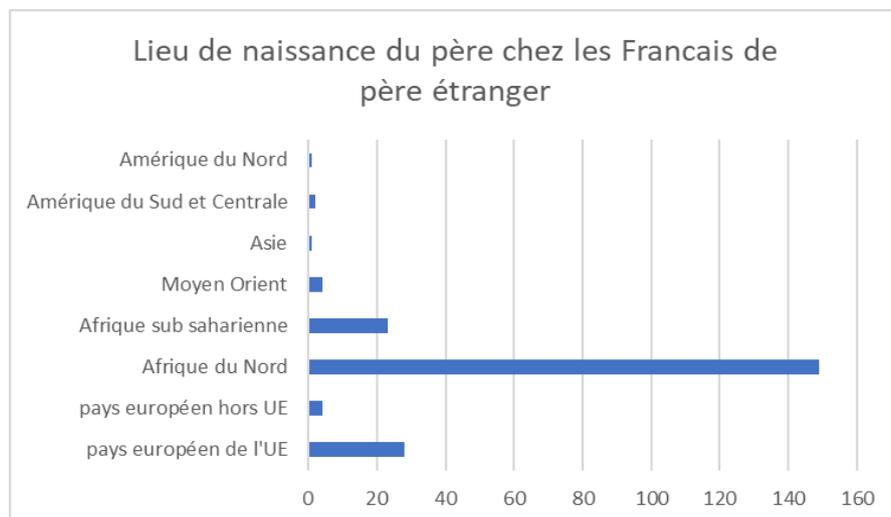
Parmi les personnes de nationalité Française, 63% avaient une mère née en France métropolitaine, 3% avaient une mère née dans les DOM-TOM et 34% avaient une mère née à l'étranger. Les mères étaient arrivées en France avant l'âge de 20 ans pour 56% d'entre elles, la médiane était de 20 ans, avec un minimum de 1 an et un maximum de 60 ans.

FIGURE 5: LIEU DE NAISSANCE DE LA MERE CHEZ LES FRANÇAIS DE MERE ETRANGERE



Parmi les personnes de nationalité Française, 55% avaient un père né en France métropolitaine, 4% un père né dans les DOM TOM et 41% avaient un père né à l'étranger. 70% des pères d'origine étrangère venaient des pays du Maghreb. Les pères étaient arrivés en France avant l'âge de 20 ans pour 42% d'entre eux, la médiane d'arrivée en France était de 24 ans, avec un minimum à 1 an et un maximum à 63 ans.

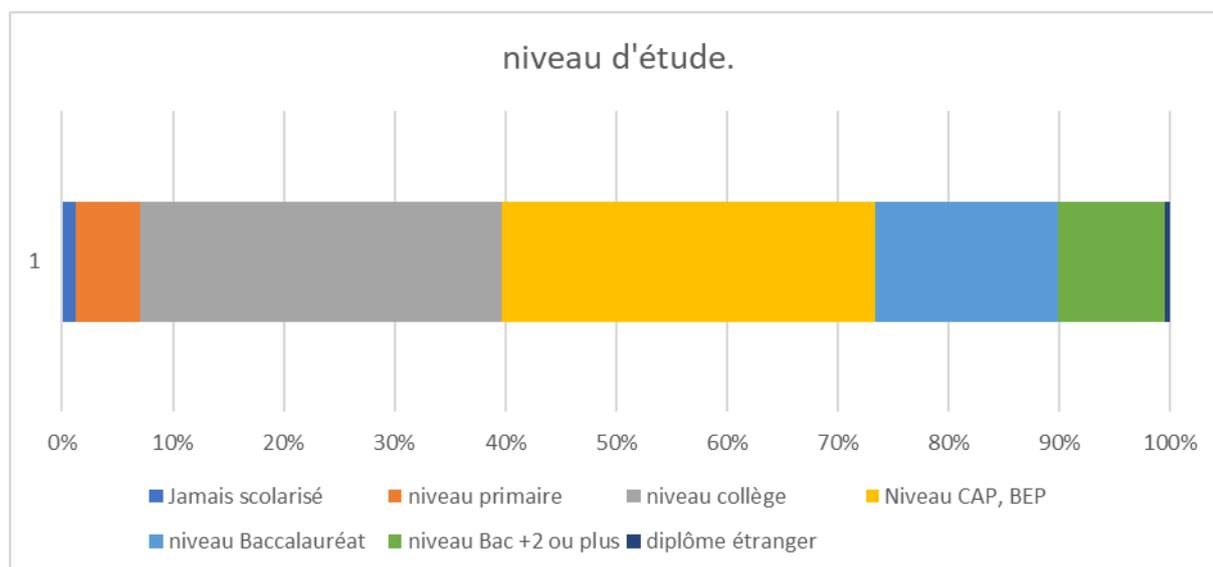
FIGURE 6: LIEU DE NAISSANCE DU PERE CHEZ LES FRANÇAIS DE PERE ETRANGER



4) Niveau d'étude

40% des participants n'avaient pas été scolarisés ou avaient arrêté leurs études avec un niveau collège ; 33,5% avaient un diplôme professionnalisant type Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) ou Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP), 16,5% avaient leur baccalauréat et 10% avaient un niveau bac+2 ou plus. 3 personnes avaient passé un diplôme à l'étranger : ingénieur, pédagogie en langue étrangère et le conservatoire.

FIGURE 7: NIVEAU D'ETUDE DE LA POPULATION

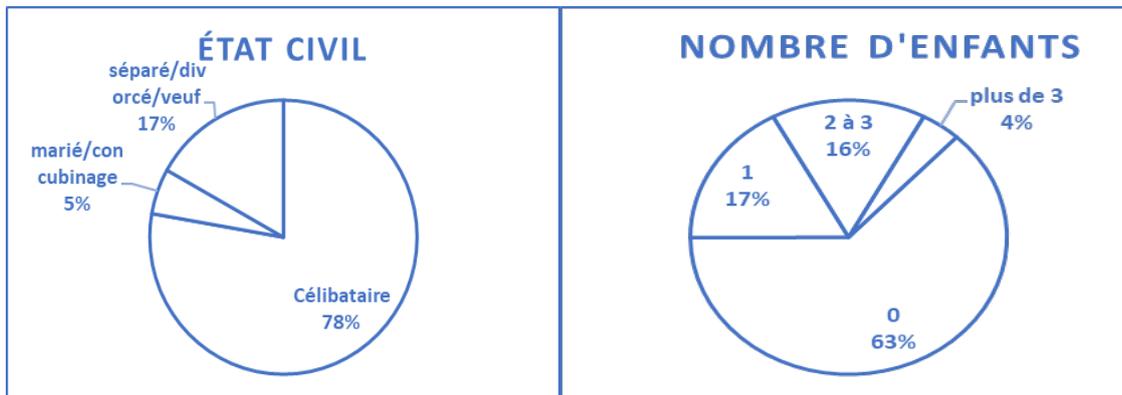


5) Etat civil

Concernant l'état civil, seuls 5,3% vivaient en couple (marié ou concubinage), 16,8% avaient vécu en couple (divorcé, veuf ou séparé) et 77,8% étaient célibataires.

On note également que 37,4% avaient des enfants : un seul enfant pour 46%, entre 2 et 3 pour 43% et plus de trois pour 11%.

FIGURE 8: ETAT CIVIL ET NOMBRE D'ENFANTS DE LA POPULATION



6) Armée

73% des participants n'avaient jamais servi dans l'armée alors que 20% avaient fait le service militaire et que 7% s'étaient engagés.

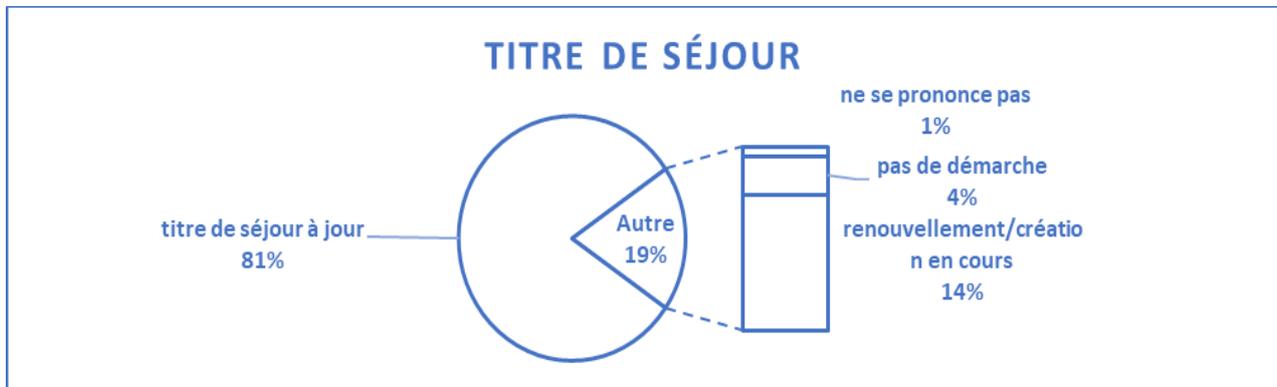
24 personnes déclaraient avoir participé à au moins un conflit armé : en Afghanistan, en Algérie, à Djibouti, au Laos, au Liban, au Rwanda, au Tchad, en Tchétchénie, en Yougoslavie, au Zaïre.

II Situation administrative

1) Titre de séjour

95 personnes n'avaient pas la nationalité française, 80 d'entre elles avaient un titre de séjour à jour. Parmi les 15 autres, 10 personnes avaient entrepris la démarche d'un renouvellement ou d'une création, 4 personnes disaient n'avoir pas entrepris ces démarches et une personne ne se prononçait pas.

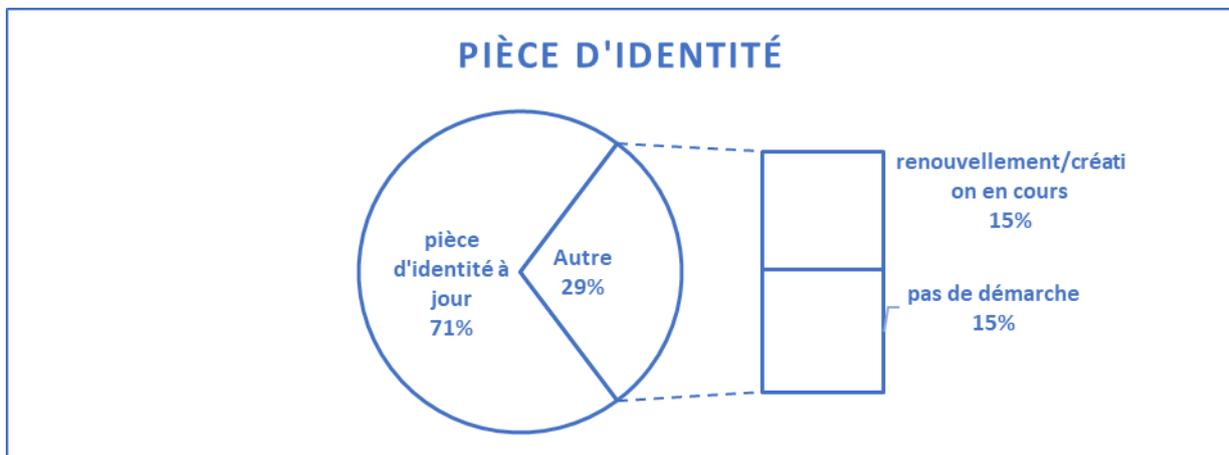
FIGURE 9: SITUATION ADMINISTRATIVE DE LA POPULATION N'AYANT PAS LA NATIONALITE FRANÇAISE



2) Pièce d'identité

70,5% des personnes avaient une pièce d'identité à jour contre 29,5% qui n'en avaient pas. Parmi ceux-là 49% avaient entrepris les démarches de renouvellement ou de création contre 51% qui n'avaient pas débuté ces démarches.

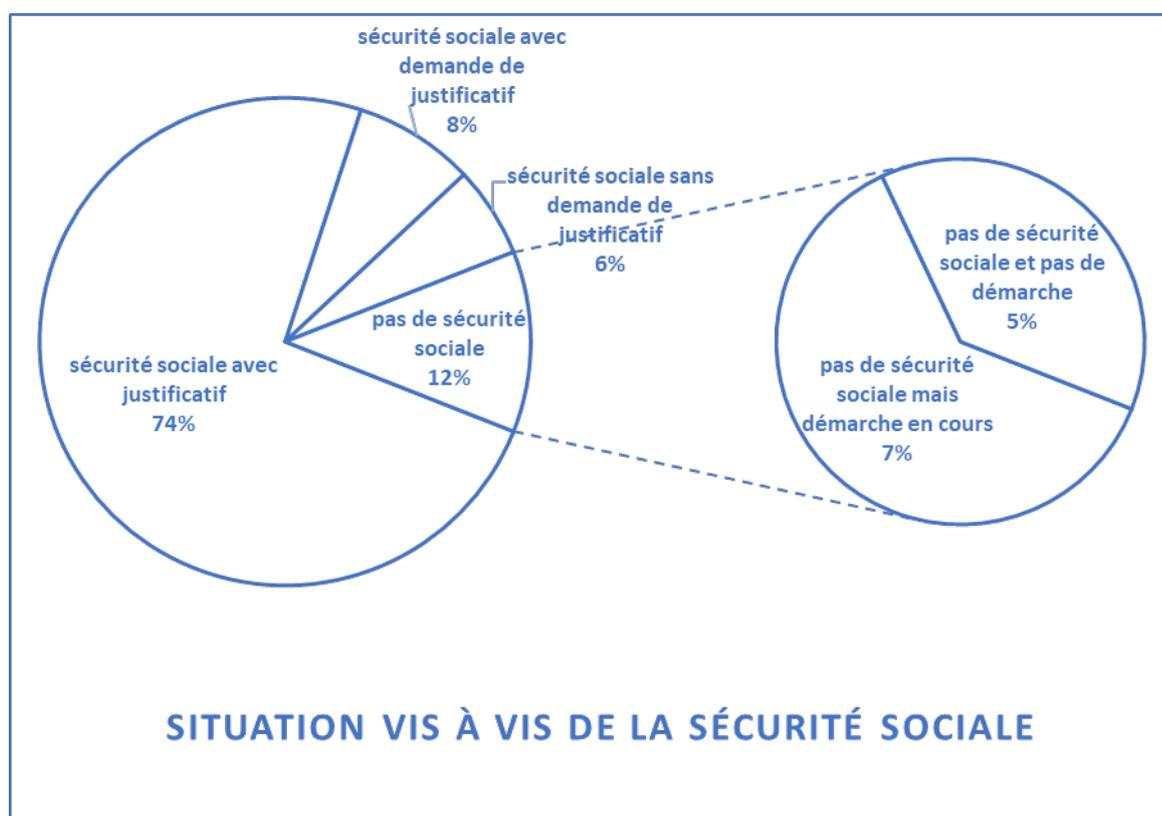
FIGURE 10: SITUATION DE LA POPULATION VIS-A-VIS DE LA PIECE D'IDENTITE



3) Sécurité sociale

88,1% des personnes étaient affiliées à la sécurité sociale, 74% étaient affiliées et pouvaient présenter un justificatif. 11,9% des personnes n'étaient donc pas affiliées à la sécurité sociale, parmi celles-là 62% avaient entrepris des démarches.

FIGURE 11: SITUATION DE LA POPULATION VIS-A-VIS DE LA SECURITE SOCIALE

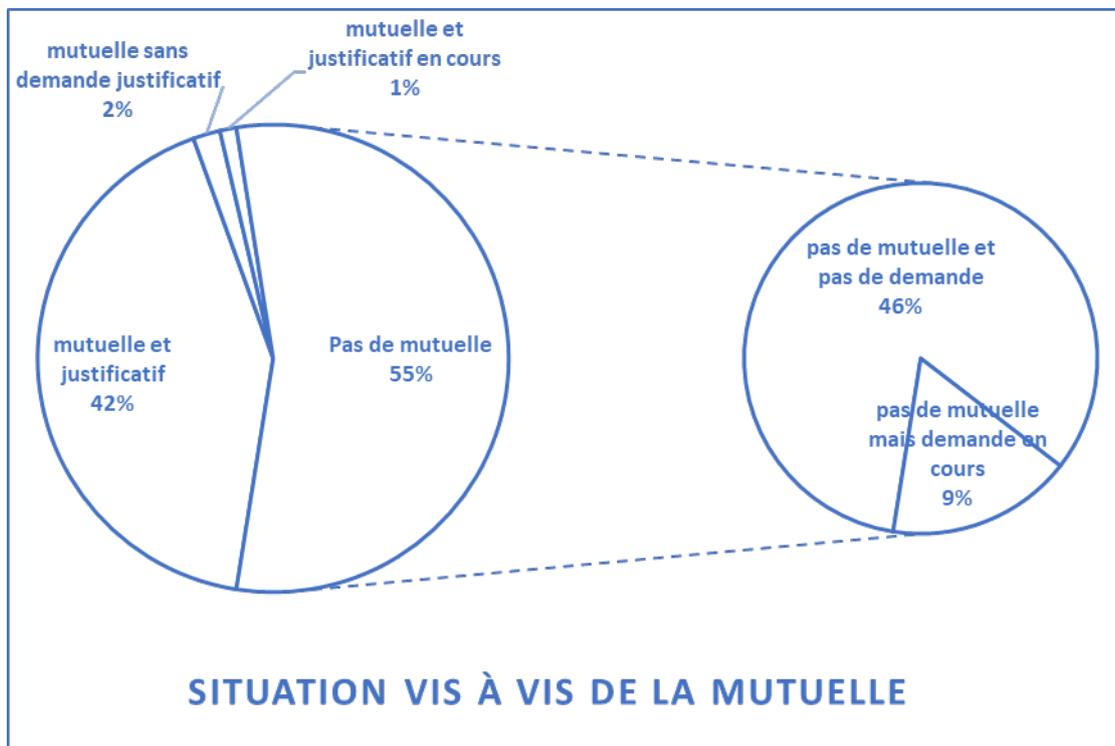


4) Mutuelle

55% des personnes n'avaient pas de mutuelle, 42% avaient souscrit une mutuelle et pouvaient en montrer un justificatif et 3% ne pouvaient pas en montrer de justificatif. Parmi ceux qui avaient une mutuelle sans justificatif, 38% avaient entrepris des démarches d'obtention d'un justificatif. Parmi ceux qui n'avaient pas de mutuelle, 17% avaient entrepris des démarches pour en souscrire une.

Au total donc 46% de la population n'avait pas de mutuelle et n'avait pas entrepris de démarche pour en souscrire une.

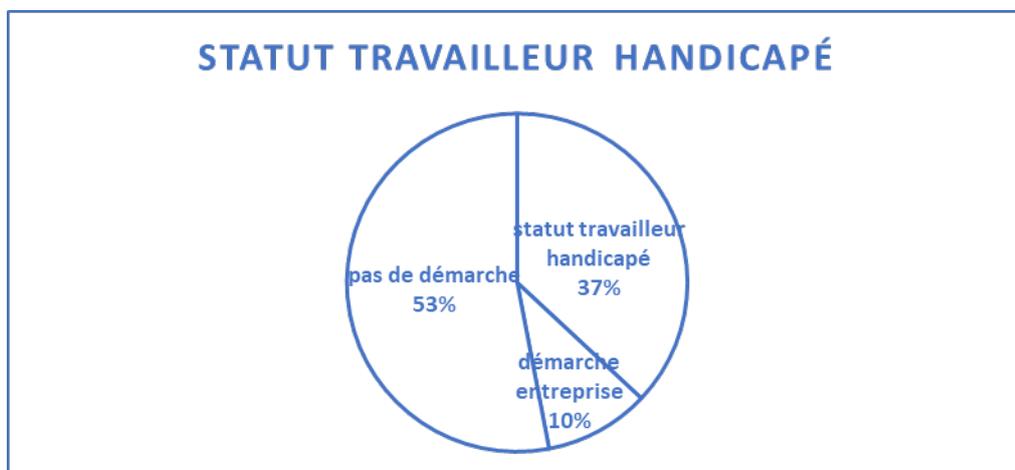
FIGURE 12: SITUATION DE LA POPULATION VIS-A-VIS DES MUTUELLES



5) Statut de travailleur handicapé

37% de la population étudiée bénéficiait à l'entrée d'un statut de travailleur handicapé, 10% avait entrepris des démarches pour obtenir ce statut et 53% n'en avait pas débuté.

FIGURE 13: SITUATION DE LA POPULATION VIS-A-VIS DU STATUT DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ



III Situation professionnelle

85,8% de la population avait déjà exercé une activité professionnelle rémunérée au cours de sa vie.

Le dernier emploi de chaque participant était demandé, on peut ainsi classer selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE (23):

- 2 agriculteurs exploitant (0,4%) (bûcheron et garde forestier).
- 2 artisans, commerçants, chefs d'entreprise (0,4%) (paysagistes).
- 8 cadres et professions intellectuelles supérieures (1,4%) (acteur, analyste en économie, musicien, professeur, comptable, cadre bancaire, ingénieur hydraulique, professeur de saxophone).
- 40 professions intermédiaires (7,4%).
- 226 employés (41,9%).
- 262 ouvriers (48,5).

1) Formations au cours des 6 derniers mois

26 personnes avaient suivi ou étaient en train de suivre une formation au cours des 6 derniers mois.

Ces formations étaient diverses : agent d'accueil bilingue dans le tourisme, formation d'anglais (6 mois), d'auxiliaire en santé animale (3 à 4 ans), brevet d'état d'éducation sportive (6 mois), CAP d'agent d'entretien (arrêté avant la fin), de cuisine (2 mois), dans les espaces vert (15 jours), de droit à l'université (1 an), de mécanique automobile (1 an), d'informatique (3 mois), d'isolation thermique (1 mois), un master d'information-communication (1 an), de formation dans le cadre du CRIC (5 jours, Centre de Rééducation des Invalides Civils), en ménage industriel, de peintre en bâtiment (3 mois pour 2 personnes), de recherche d'emploi ou de formation (2 personnes, 1 mois et 6 mois), de « remise à niveau » (2 mois), dans la restauration/hôtellerie (15 jours)

Ces formations avaient des durées diverses allant de 5 jours à 4 ans, la durée médiane de ces formations était de 3 mois.

2) Activités rémunérées déclarées au cours des 6 derniers mois

39 personnes avaient eu une activité rémunérée déclarée au cours des 6 derniers mois (incluant les éventuels arrêts de travail) soit 6% de la population.

32 personnes avaient eu une seule activité, 2 personnes en avaient eu 2 différentes, 2 en avaient eu 3 différentes et 2 en avaient eu 4 différentes. 1 personne n'avait pas répondu au nombre d'activités pratiquées.

Ces activités avaient eu des durées diverses : au minimum 1 semaine et au maximum 6 mois. La durée médiane de ces activités était de 2 mois.

3) Activités rémunérées au moment de l'interrogatoire

Sur les 39 personnes ayant travaillé au cours des 6 derniers mois, 8 étaient toujours en activité au moment du questionnaire.

Ces activités avaient commencé depuis 16 mois, 5 mois, 2 mois et 1 mois. Seules 4 personnes avaient répondu à la date de début de leur activité.

2 personnes étaient en CDD, 2 personnes étaient en CDI, 1 personne avait un contrat unique d'insertion (CUI) et 3 personnes avaient un contrat spécifique (type intérim ou apprentissage).

Les durées de travail étaient différentes : 1 personne travaillait 8 heures par semaine réparties sur 2 jours, 1 personne 15 heures sur 5 jours, 1 personne 18 heures sur 3 jours, 1 personne 20 heures sur 5 jours, 3 personnes 35 heures sur 5 jours et 1 personne 45 heures sur 5 jours.

2 personnes sur les 8 travaillaient dans un ESAT (Etablissement ou Service d'Aide par le Travail) : un en CDI et un en contrat spécifique.

4) Arrêt de travail et ennuis de santé

Au cours du dernier mois, 5 personnes sur les 8 ont eu un arrêt de travail. Ces arrêts ont duré 2 jours, 8 jours, 10 jours, 28 jours et la totalité du dernier mois.

3 des 6 personnes qui ont travaillé au cours du dernier mois estimaient que leurs ennuis de santé avaient affecté négativement leur capacité à effectuer leur travail.

2 personnes estimaient que leurs ennuis de santé avaient un peu affecté négativement leur travail. L'un disait avoir travaillé 12 jours (il avait été arrêté les 8 autres jours de travail du mois) et l'autre tout le mois en présentant des ennuis de santé. Ils estimaient respectivement à 6 et à 8 sur 10 leurs capacités à faire leur travail (10 étant le niveau habituel sans ennuis de santé).

1 personne estimait que ses ennuis de santé avaient beaucoup affecté négativement son travail. Il disait avoir travaillé 10 jours en présentant des ennuis de santé (il avait été arrêté 2 jours au cours du mois). Il estimait également que 12 heures de son travail devraient être rattrapées car il n'avait pas pu les réaliser correctement. Il estimait à 5 sur 10 sa capacité à effectuer son travail.

5) Salaire net

Les salaires mensuels de ces personnes étaient divers : 300 euros (pour 8 heures de travail hebdomadaire), 589 euros (pour 15 heures), 600 euros (pour 18 heures), 240 euros (pour 20 heures).

Les 3 personnes qui travaillaient 35 heures par semaine déclaraient gagner 500 euros par mois, 700 euros et 1200 euros par mois.

La personne qui travaillait 45 heures par semaine déclarait gagner 700 euros par mois.

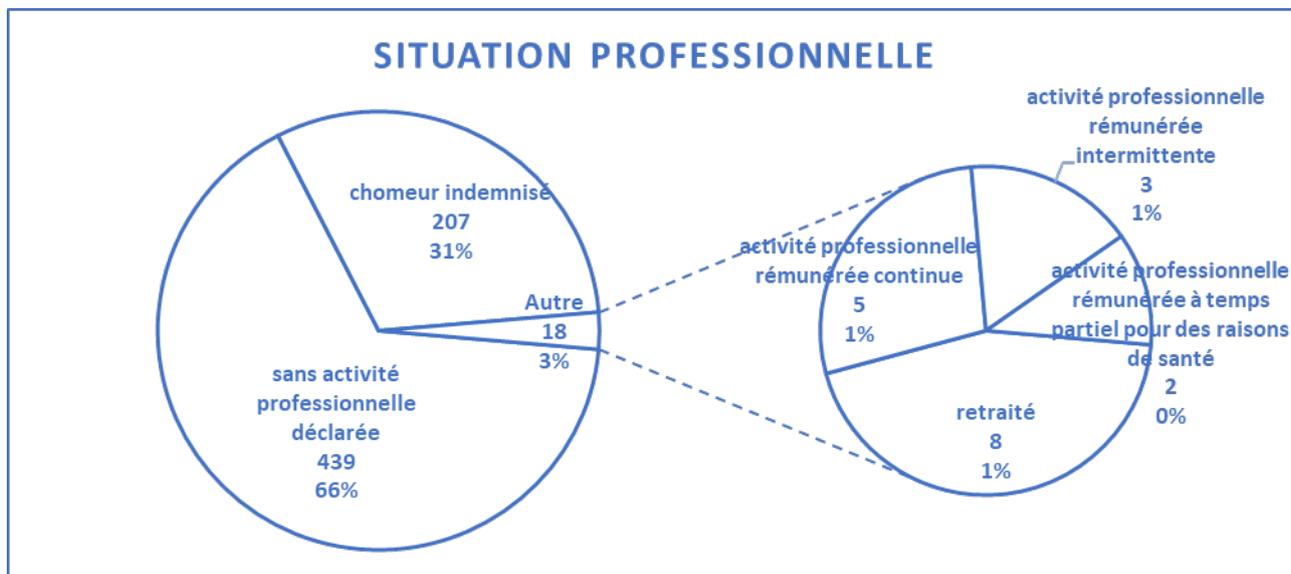
6) Situation professionnelle

Seules 16 personnes (3% de la population) étaient dans une situation de retraite (n=8) ou d'activité professionnelle continue (n=5), intermittente (n=3, c'est-à-dire au moins 3 mois sur les 6 derniers mois) ou à temps partiel (n=2).

31% de la population était en situation de chômage indemnisé incluant les allocations chômage ou un revenu de solidarité active (RSA) ou un revenu minimal d'activité.

Enfin, 441 personnes (66% de la population) étaient sans activité professionnelle rémunérée déclarée.

FIGURE 14: SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA POPULATION



Ces 441 personnes (soit 2 sur 3) sont hors de l’emploi (étant entendu comme comprenant le chômage), leurs situations étaient les suivantes : 292 (66%) bénéficiaient de l’Allocation Adulte Handicapé, 8 personnes avaient une pension d’invalidité, 2 vivaient des allocations familiales, 4 avaient une allocation de solidarité spécifique (ASS), 1 bénéficiait d’allocation aux demandeurs d’asile, 2 personnes avaient une aide jeunesse du conseil général, 2 personnes avaient leur titre de séjour non à jour et donc leurs aides interrompues, 4 personnes étaient en cours de demande de RSA et 3 de l’AAH, et 61 personnes (13,8%) se déclaraient sans revenus.

IV Situation financière

1) Sources de revenu

TABLEAU 4 : SOURCES DE REVENU DE LA POPULATION

Type de source (N)	Médiane, en €	Q1, en €	Q3, en €	Min, en €	Max, en €
Gain total (661)	700	460	776	0	3483
AAH (307)	750	727	776	30	900
RSA (192)	470	430	482	30	850
manche (112)	168	80	420	5	3000
aide des familles (33)	135	73	248	10	1000
autres (31)	80	37	250	10	5000
allocation chômage (27)	651	469	925	200	1150
travail au noir (21)	120	80	300	50	1200
allocation logement (19)	260	220	270	180	300
pension d'invalidité (16)	550	440	600	52	900
trafic de drogues (14)	280	75	980	15	2800
allocation familiale (11)	182	135	325	20	790
activités de rue (9)	350			100	1280
emploi salarié (9)	600			240	1200
retraite (8)	700			250	800
prostitution (7)	120			120	180
indemnités journalières (3)	717			500	800
revenu du capital (1)	560				
proxénétisme (0)					

Le revenu mensuel médian basé sur les réponses de 661 personnes était donc à l'interrogatoire de 700 euros, un minimum à 0 euro (concernant 60 personnes) et un maximum à 3483 euros.

50% de la population avait un revenu entre 460 euros et 776 euros, 90% de la population avait un revenu mensuel inférieur à 979 euros.

La principale source de revenus était l'AAH qui concernait 307 personnes (46%), le RSA concernait 192 personnes (29%), la manche concernait 112 personnes (17%). Les autres sources de revenus concernaient ensuite moins de 5% de la population : 33 personnes recevaient une aide de leur famille, 27 des allocations chômage, 21 travaillaient au noir, 19 des allocations logement, 16 une pension d'invalidité, 14 faisait du trafic de la drogue, 11 des allocations familiales, 9 pratiquaient des activités dans la rue (musique, jonglage...), 9 un emploi salarié, 8 une retraite, 7 se prostituaient, 3 des indemnités journalières, et 1 personne bénéficiait d'un revenu du capital.

31 personnes disaient bénéficier d'une « autre source de revenu ».

2) Autres moyens de subsistance

234 personnes, soit plus de 1 personne sur 3, disaient pouvoir bénéficier d'autres moyens de subsistance notamment par le troc ou par le don.

Par le don, 164 personnes obtenaient de la nourriture, 115 du tabac, 57 un logement, 39 du cannabis, 28 de l'alcool, 15 des drogues et 5 des relations sexuelles.

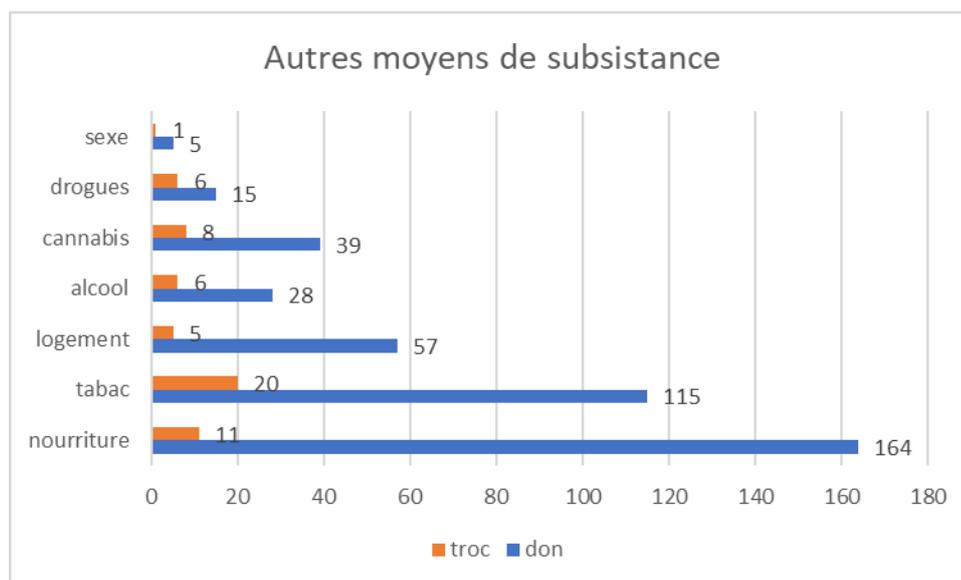
Par le troc, 11 personnes obtenaient de la nourriture, 20 du tabac, 5 un logement, 8 du cannabis, 6 de l'alcool, 6 des drogues et 1 des relations sexuelles.

L'obtention de vêtements pouvait également être liée à des dons pour 22 personnes ou à des trocs pour 7 personnes.

Les autres éléments qui pouvaient être obtenus par don étaient : de l'essence, un téléphone, des livres, des tickets restaurants ou de transport.

Les autres éléments qui pouvaient être obtenus par troc étaient : de l'argent, des médicaments, des fleurs (pour les revendre).

FIGURE 15: AUTRES MOYENS DE SUBSISTANCE



3) Les dépenses courantes

TABLEAU 5 : LES DEPENSES COURANTES

	Médiane, €	Q1, €	Q3, €	Min, €	Max, €
tabac (459)	80	45	150	6	402
nourriture (419)	160	100	300	10	800
téléphone (241)	20	15	40	2	120
alcool (231)	70	30	180	5	1200
vêtements (185)	50	30	100	2	1200
cannabis (159)	80	32	150	10	1000
hébergement (142)	120	60	212	3	650
toilette/linge (137)	30	15	50	2	300
assurances, mutuelle (72)	47	30	65	3	128
drogues (64)	100	50	350	10	2500
éducation des enfants (37)	100	80	200	20	300
médicaments (25)	25	13	80	3	300
pensions alimentaires (7)	80			45	330

Les dépenses qui concernaient le plus de personnes étaient : le tabac (459 personnes), la nourriture (n=419), le téléphone (n=241), l'alcool (n=231), les vêtements (n=185), l'hébergement (n=142), la toilette/linge (n=137), les assurances (n=72), les drogues (n=64), l'éducation de enfants (n=37), les médicaments (n=25) et les pensions alimentaires (n=7).

La nourriture et l'hébergement étaient les deux sources de dépenses les plus importantes avec des médianes respectives de 160 euros et de 120 euros.

La drogue, les vêtements, le cannabis, l'alcool étaient sources de dépenses importantes chez quelques personnes dépassant les 1000 euros par mois et allant jusqu'à 2500 euros pour une personne concernant la drogue.

Les personnes pouvaient également préciser d'autres sources de dépenses mensuelles qui leurs étaient importantes. Etaient évoqués notamment le remboursement de dettes, les sorties/loisirs (pour 15 personnes), les transports en commun (14), la nourriture pour les animaux de compagnie (8), les cafés (7), les jeux à gratter/tiercé (6), les voyages (5), les dons d'argent à la famille ou à des associations (5), les livres (4), la voiture (3), les cadeaux (3), les restaurants/PMU (3).

4) Les dettes

50% de la population avait des dettes lors de l'interrogatoire.

La médiane de ces dettes était de 1850 euros, avec 25% en dessous des 300 euros, 25% au-dessus des 5925 euros et 10% au-dessus de 18 500 euros. La dette maximale était de 250 000 euros.

La principale cause de dette était les transports (public ou SNCF) pour 83 personnes. 43 personnes avaient une dette envers une banque ou un établissement de crédit, 34 envers le Trésor public, 32 pour leur ancien logement, 34 envers l'hôpital ou l'assurance maladie, 23 avaient des frais de justice.

20 personnes avaient des dettes envers des amis/connaissances de rue et 10 envers leur famille.

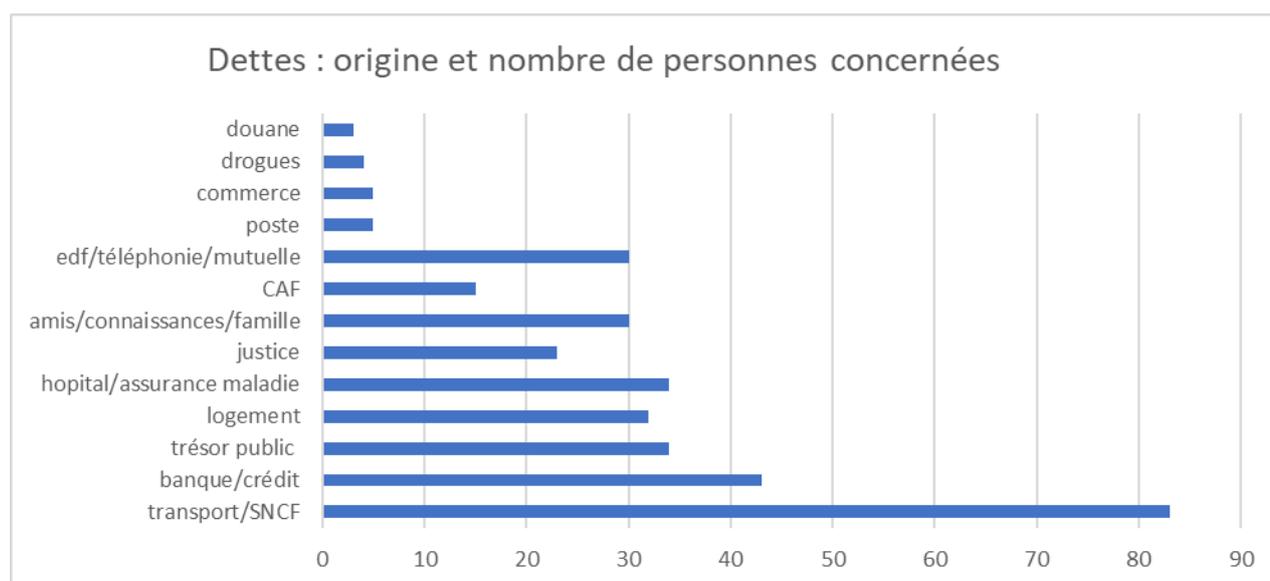
12 personnes avaient des dettes envers EDF, 10 pour leur téléphone/internet, 8 pour leur mutuelle.

15 avaient un trop perçu de la Caisse d'Allocation Familiale à rembourser (AAH, allocation familiale, Allocation pour le logement)

On notait également des dettes envers la Poste (n=5), des commerces (n=5), pour de la drogue (n=4) ou de douane (n=3).

Parmi les personnes ayant des dettes 68% en avaient une, 22% en avaient envers deux personnes ou institutions, 6% en avaient trois et 4% en avaient 4.

FIGURE 16: DETTES : ORIGINE ET NOMBRE DE PERSONNES CONCERNEES



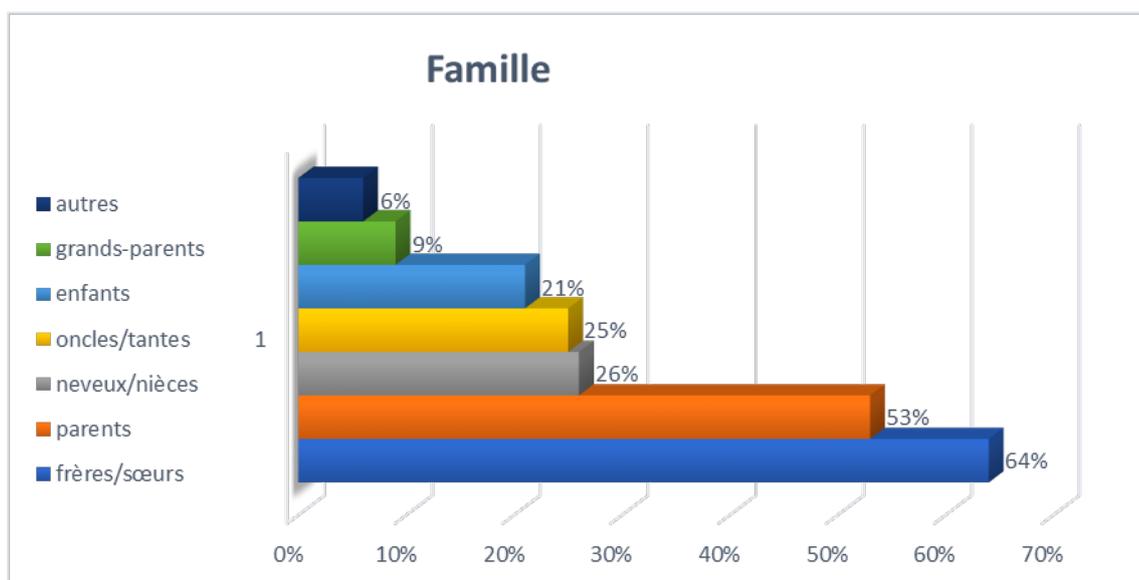
V Réseau social

1) Famille

9,2% de la population était en couple lors de la réalisation du questionnaire et 87,5% de la population disait avoir de la famille.

Plus de 1 personne sur 2 avait au moins un parent (53%), un frère et/ou une sœur (64%). Plus de 1 personne sur 5 avait au moins un(e) oncle/tante (25%), un(e) neveu/niece (26%) ou au moins un enfant (21%). Moins de 1 personne sur 10 avait encore des grands-parents (6%).

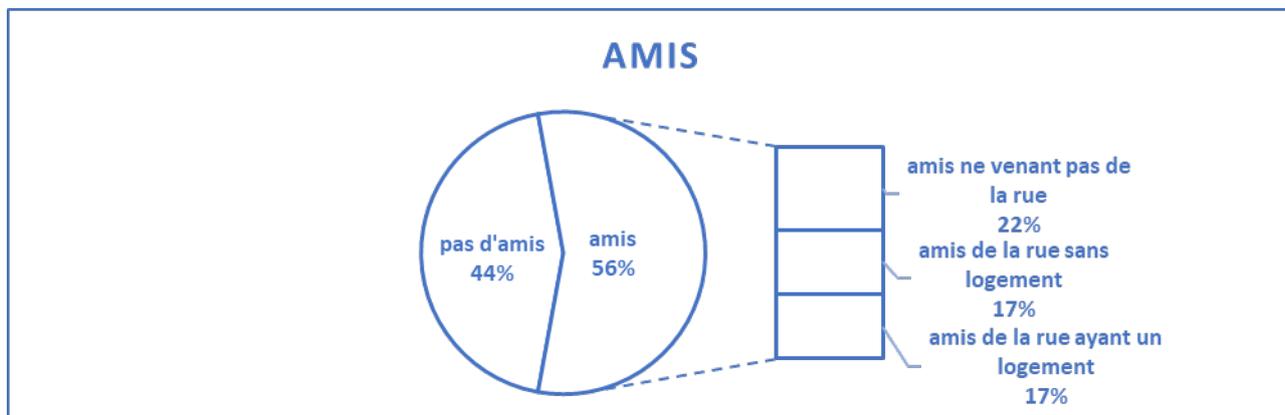
FIGURE 17: FAMILLE DE LA POPULATION



2) Amis

44,3% de la population disait n'avoir aucun ami. Parmi ceux qui avaient des amis, 61% étaient des amis rencontrés dans la rue ; ces amis avaient un logement dans 50% des cas.

FIGURE 18: LES AMIS



3) Contacts

93% de la population rencontrait un personnel soignant ou un bénévole/membre d'une association au moins une fois par mois et même 75% de la population en rencontrait un au moins une fois par semaine.

76% de la population rencontrait un riverain (voisin, commerçant) au moins une fois par mois et 66% au moins une fois par semaine.

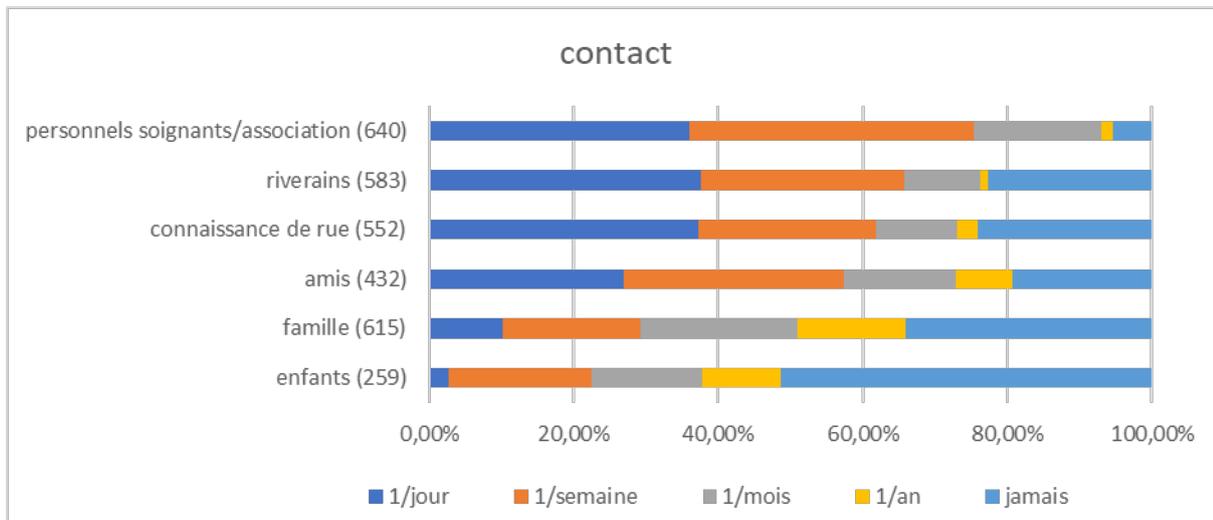
62% de la population rencontrait des connaissances de la rue au moins une fois par mois et 73% au moins une fois par semaine.

73% de la population ayant des amis déclarait les rencontrer au moins une fois par mois et 57% au moins une fois par semaine.

50% de la population ayant de la famille (hors enfants) déclarait les voir au moins une fois par mois et 26% au moins une fois par semaine. 34% de ceux qui avaient une famille déclaraient ne jamais les voir.

38% de la population ayant des enfants déclarait les voir au moins une fois par mois et 22% au moins une fois par semaine. 51% déclarait ne jamais les voir.

FIGURE 19: LES CONTACTS



4) Aide financière, matérielle et psychologique

A la question « sur qui pouvez-vous compter ? » concernant les aides financière, matérielle et psychologique on distinguait plusieurs réponses selon les besoins.

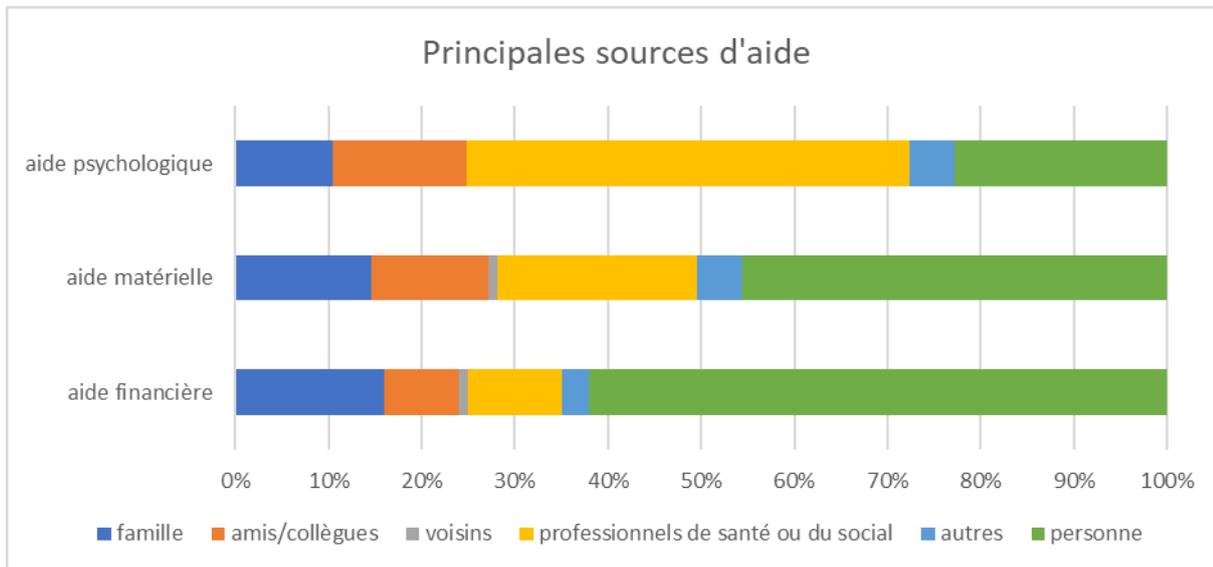
La réponse « personne » apparaissait comme largement majoritaire dans les domaines financiers et matériels : elle représentait 62% des personnes concernant l'aide financière et 47% concernant l'aide matérielle.

Concernant l'aide financière, la famille apparaissait comme le principal aidant chez 16%, suivi par les professionnels de santé ou du social chez 10% et par les amis chez 8%.

Concernant l'aide matérielle, les professionnels de santé et du social apparaissaient comme l'aidant principal, 22% les considérant comme un soutien. La famille et les amis arrivaient en second avec respectivement 15% et 13% de personnes disant pouvoir compter sur eux.

Concernant le soutien psychologique, 50% de la population disait pouvoir compter sur les professionnels de santé ou du social, contre 24% disant ne pouvoir compter sur personne. Les amis et la famille pouvaient être un soutien psychologique chez respectivement 15% et 10% des personnes.

FIGURE 20: PRINCIPALES SOURCES D'AIDE



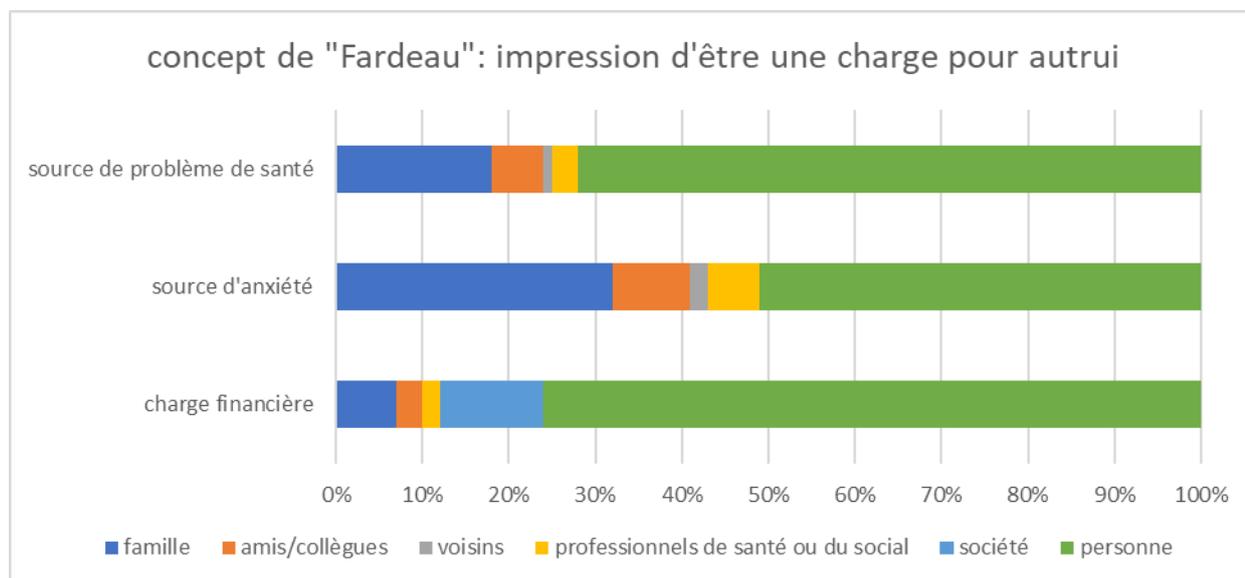
5) Concept de « fardeau » : ressentir le fait d’être une charge pour autrui

Presqu’une personne sur deux (49%) estimait être une source d’anxiété pour autrui, principalement pour leur famille (64% d’entre eux), mais également pour les amis/collègues (18%), pour les professionnels de santé (12%) et les voisins (4%).

Moins d’une personne sur quatre (24%) estimait être une charge financière pour autrui. La société (50%) et la famille (29%) apparaissaient nettement devant les amis/collègues (13%) et les professionnels de santé (8%).

28% de la population estimait être une source de problème de santé pour autrui. 65% d’entre eux estimaient être une source de problème de santé pour leur famille, 21% pour leurs amis/collègues, 10% pour les professionnels de santé et enfin 4% pour les voisins.

FIGURE 21: CONCEPT DE « FARDEAU » : IMPRESSION D'ÊTRE UNE CHARGE POUR AUTRUI



6) Animaux de compagnie

62 personnes avaient un animal de compagnie, soit un peu moins de 1 personne sur 10.

7) Participation à une activité de groupe

138 personnes disaient avoir au moins une activité de groupe, soit 1 personne sur 5.

Ces activités de groupes consistaient principalement :

- A des activités sportives/loisirs : jeux de société, jeux de cartes, football, natation, arts martiaux, musculation, squash, ping-pong, basketball, volleyball, opéra, musée, lecture, cuisine, marche à pied, voyage.
- A des activités artistiques : cinéma, peinture, musique, photographie, dessin, cirque, écriture, poterie, théâtre, cuisine, poterie.
- A des groupes de paroles.

Ces activités ou groupes de paroles pouvaient être réalisés dans le cadre de structures comme les Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), le Secours catholique, ATD quartmonde, les alcooliques anonymes, des groupes de détention, de musicothérapie.

8) Membres d'une association

50 personnes sans-abri incluses disaient faire partie d'une association, soit 7,1%.

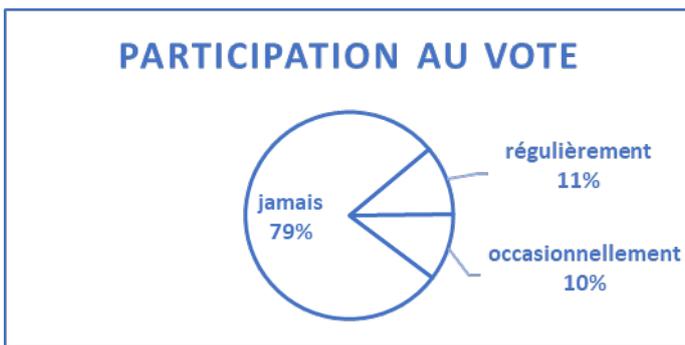
9) Citoyenneté

Seulement 123 personnes étaient inscrites sur les listes électorales au moment du questionnaire, soit moins de 1 personne sur 5.

72 personnes disaient voter régulièrement, soit 1 personne sur 10 ; et 69 personnes disaient voter occasionnellement et donc près de 4 personnes sur 5 disaient ne jamais aller voter.

42% de la population avait l'impression d'être suffisamment informée sur ses droits.

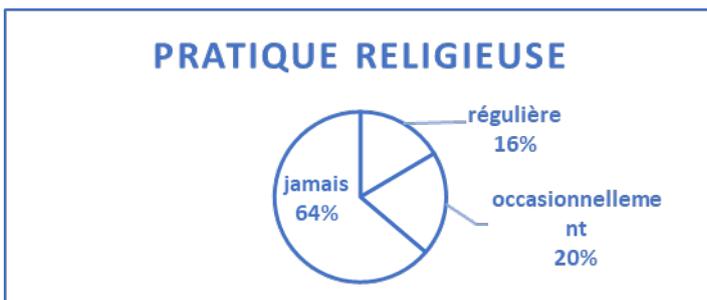
FIGURE 22: PARTICIPATION AU VOTE



10) Religion

16% de la population disait avoir une pratique religieuse régulière, 20% une pratique occasionnelle et 64% n'avait pas de pratique religieuse.

FIGURE 23: PRATIQUE RELIGIEUSE

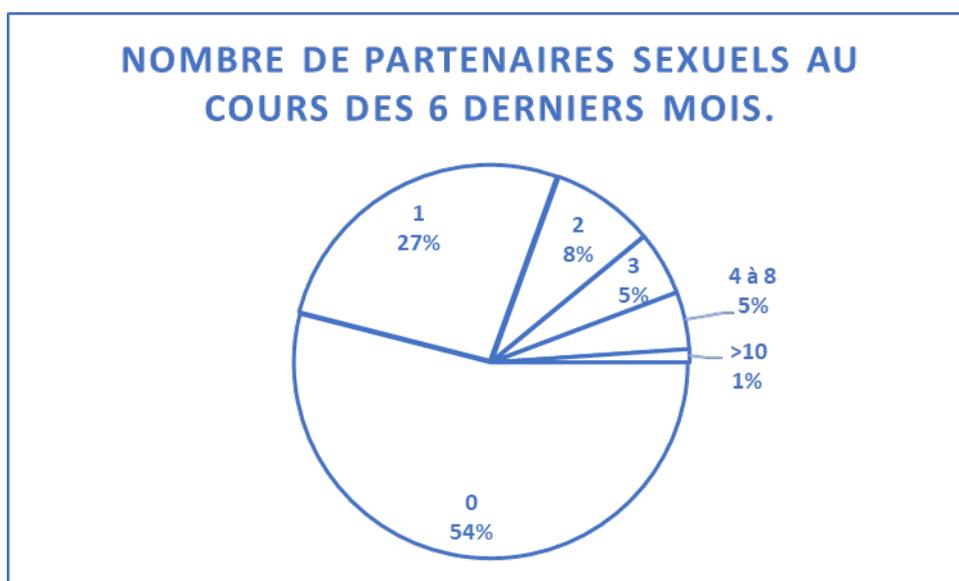


VI Sexualité

279 personnes avaient eu des relations sexuelles au cours des 6 derniers mois, soit 46% de la population.

147 personnes soit 58% de ces derniers avaient eu un seul partenaire sexuel ; 47 personnes soit 19% en avaient eu 2 ; 29 personnes soit 11% en avaient eu trois ; 12% de la population en avait eu plus de 3.

FIGURE 24: NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

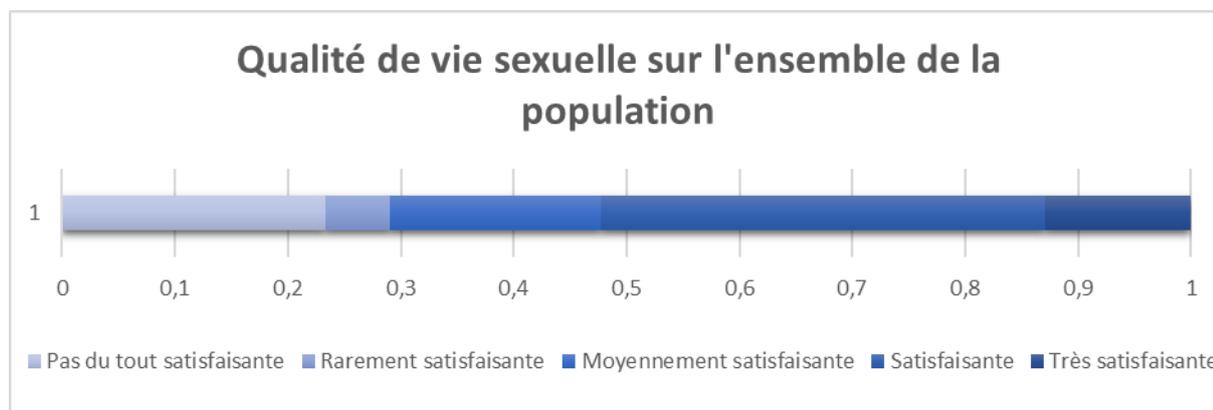


102 personnes déclaraient avoir au moment de l'interrogatoire un partenaire sexuel stable.

A la question concernant la qualité de vie sexuelle, moins de 30% de la population jugeait leur vie sexuelle comme pas du tout satisfaisante ou rarement satisfaisante ; plus de 50% de la population la jugeait satisfaisante voire très satisfaisante.

Parmi les personnes en couple, 11% jugeaient leur vie sexuelle comme pas du tout satisfaisante ou rarement satisfaisante, 9% moyennement satisfaisante et 80% satisfaisante à très satisfaisante.

FIGURE 25: QUALITE DE VIE SEXUELLE DE LA POPULATION



VII Recours aux soins

1) Antécédents psychiatriques

92% de la population avait déjà eu des contacts avec la psychiatrie pour des motifs de souffrance psychique. 85% de la population avait déjà été hospitalisée pour des motifs de souffrance psychique.

Le nombre d'hospitalisation pour souffrance psychique sur la vie entière était variable, allant d'une seule fois pour 17%, 2 fois pour 16%, 3 fois pour 13%, entre 4 et 9 fois pour 31%, entre 10 et 19 fois pour 16% et plus de 20 fois pour 8%. La médiane était de 4 fois.

58% de la population avait déjà été hospitalisée sous contrainte au cours de leur vie. Parmi ceux-là 53% avaient déjà été hospitalisés en hospitalisation d'office (soit 30% de la population totale), 63% à la demande d'un tiers (soit 36% de la population). 21% avaient fait l'objet d'une mesure de « soin sans consentement » (soit 12% de la population).

60% des personnes ayant été hospitalisées en hospitalisation d'office l'avaient vécue 1 seule fois, 22% 2 fois, 13% entre 3 et 6 fois, 5% plus de 10 fois.

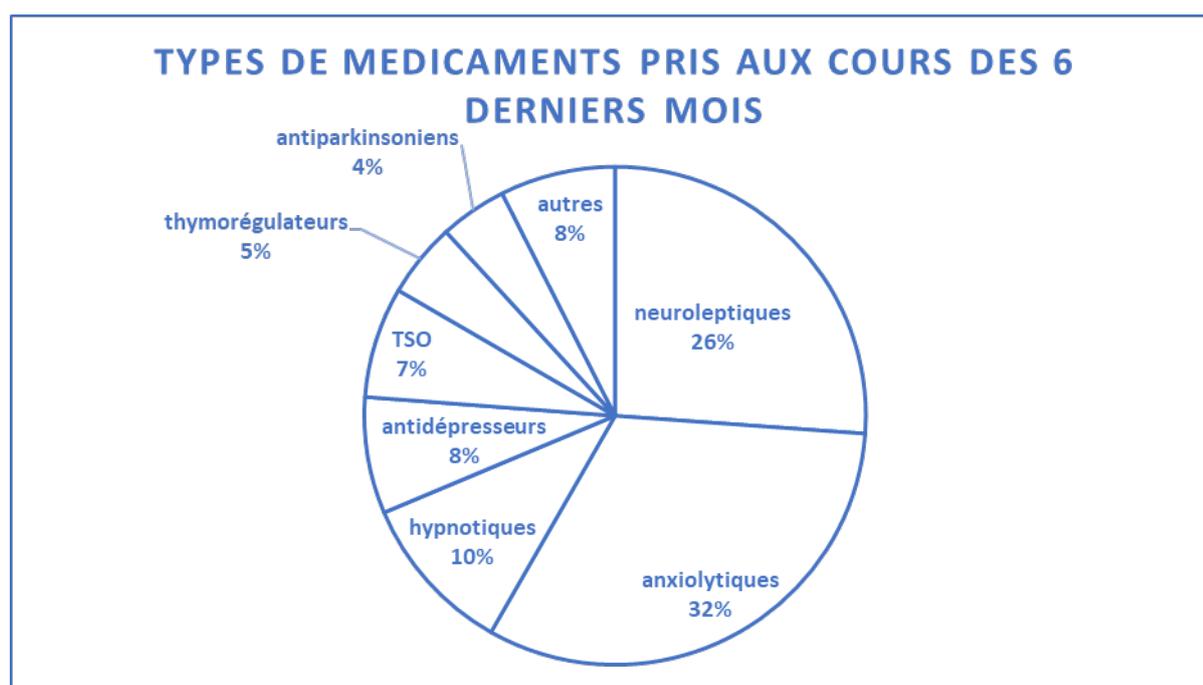
50% des personnes ayant été hospitalisées à la demande d'un tiers l'avaient vécue 1 seule fois, 20% 2 fois, 25% entre 3 et 9 fois, 5% 10 fois ou plus.

2) Traitements médicamenteux

85% de la population avait reçu des traitements médicamenteux au cours des 6 derniers mois. Ceux-ci étant listés on retrouvait des anxiolytiques, mentionnés 259 fois (210 benzodiazépine et 49 anti histaminiques) ; des neuroleptiques, mentionnés 211 fois ; des hypnotiques (84 fois) ; des antidépresseurs (61 fois), des traitements de substitution aux opiacés (TSO) (58 fois), des thymorégulateurs 39 fois (7 par lithium, 32 par antiépileptiques), des antiparkinsoniens 35 fois.

Les autres médicaments retrouvés étaient des traitements à visée antalgique (n=10), contre la dépendance à l'alcool (n=9), à visée digestive (n=7), cardiaque (n=7), anti-inflammatoire (n=6), de la BPCO (n=5), à visée thyroïdienne (n=3), anticoagulant (n=2), antirétroviral (n=2), corticoïdes (n=2), antimigraineux (n=2) antifongique (n=1), fer (n=1), gynécologique (n=1), psychostimulant (n=1), antibiotique (n=1).

FIGURE 26: TYPES DE MEDICAMENTS PRIS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS



3) Consultations médicales au cours des 6 derniers mois

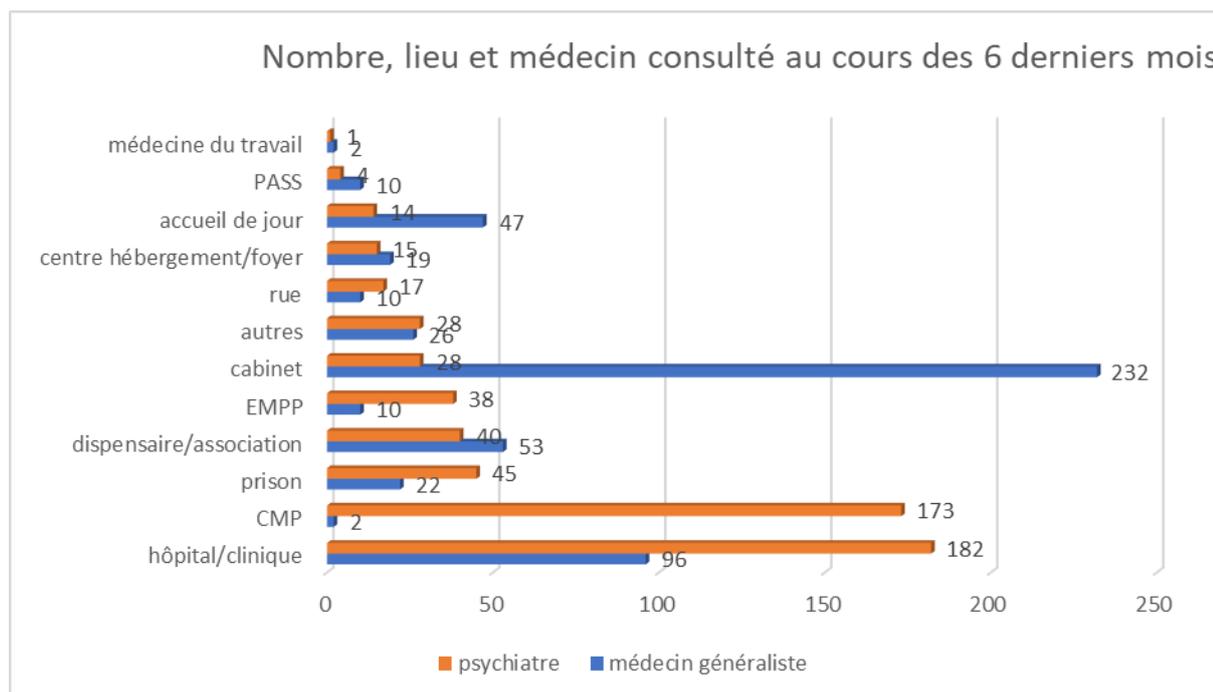
93% de la population déclarait avoir eu une consultation avec un médecin ou un professionnel paramédical au cours des 6 derniers mois. 71% de la population avait rencontré un psychiatre au moins une fois au cours des 6 derniers mois et 65% de la population avait rencontré un médecin généraliste au moins une fois au cours des 6 derniers mois.

Les médecins généralistes étaient rencontrés principalement en cabinet (232 personnes avaient consulté un médecin généraliste à son cabinet) mais également à l'hôpital ou en clinique (n=96), dans des dispensaires type Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde, Centre de Santé de la Croix Rouge ou autre (n=53).

Les médecins psychiatres avaient été rencontrés par 182 personnes en hôpital ou en clinique, par 173 personnes en Centre Médico Psychologique (CMP), mais également en prison (n=45), dans les dispensaires (n=40) ou via les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) (n=38).

Les « autres » lieux où étaient rencontrés les médecins généralistes et les psychiatres étaient les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues), diverses associations, le domicile.

FIGURE 27: NOMBRE, LIEU ET MEDECIN CONSULTE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS



4) Urgences

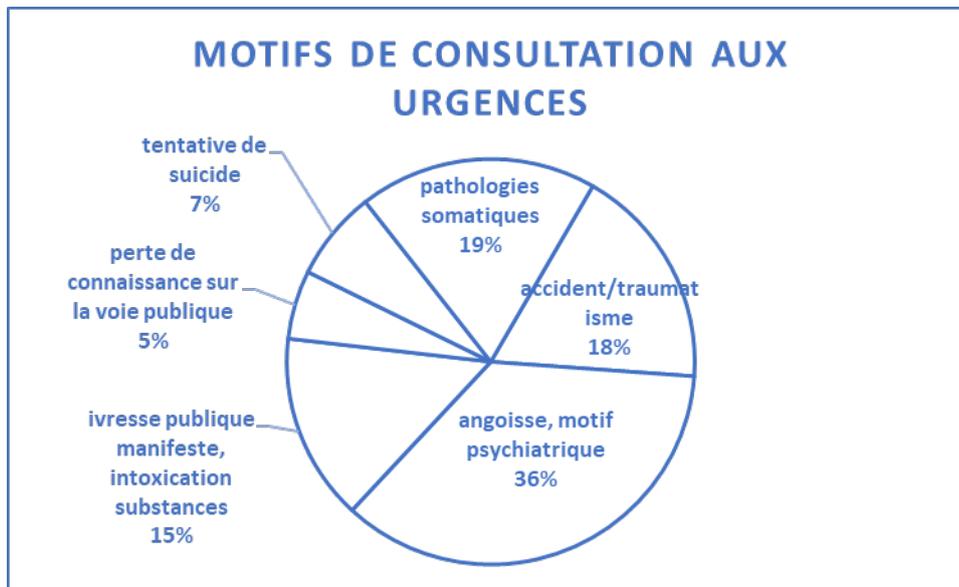
52% des participants avaient été admis aux urgences au moins une fois au cours des 6 derniers mois. 27% y étaient allés 1 fois, 11% à 2 reprises, 6% à 3 reprises, 3% à 4 reprises, 5% à plus de 4 reprises pouvant aller jusqu'à 20 admissions pour une personne.

61% de ceux qui avaient été admis aux urgences avaient été hospitalisés au moins une fois.

Les motifs de consultations aux urgences étaient multiples ; parmi les 657 motifs d'admissions recensés on trouvait des motifs psychiatriques (36%), des pathologies somatiques (19%), des accidents/traumatismes (18%), des ivresses sur voie publique/intoxication à des substances (15%), des tentatives de suicide (7%), des pertes de connaissance sur la voie publique (5%).

Les motifs de consultations des pathologies somatiques étaient : des pathologies respiratoires (embolie pulmonaire, détresse respiratoire), des crises d'épilepsie, des douleurs dentaires, des pathologies digestives (pancréatite, ulcère), des malaises/fatigue, des pathologies infectieuses (abcès), dermatologiques (gale), cardiaques.

FIGURE 28: MOTIFS DE CONSULTATION AUX URGENCES



5) Hospitalisation

61% de la population avait été hospitalisée au cours des 6 derniers mois : 244 personnes avaient été hospitalisées une fois, 109 à 2 reprises, 33 à 3 reprises, 15 à 4 reprises, 2 à 5 reprises, 6 à 4 reprises et 1 à 7 reprises.

On notera que 80% de ces séjours ont été dans des services de psychiatrie, 17% dans des services dits MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et 3% dans des services dits SSR (Soins de suites et réadaptation).

La durée moyenne d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie était de 30,4 jours, dans un service de MCO de 15,4 jours et de 35,8 jours dans un service de SSR.

6) Hôpital de jour et CATTP

Au cours des 6 derniers mois, 40 personnes avaient été suivies en hôpital de jour. Ces suivis pouvaient durer 1 semaine à 6 mois.

Au cours des 6 derniers mois, 21 personnes avaient été suivies en CATTP.

VIII Recours à l'hébergement

1) Parcours et situations antérieures face au logement

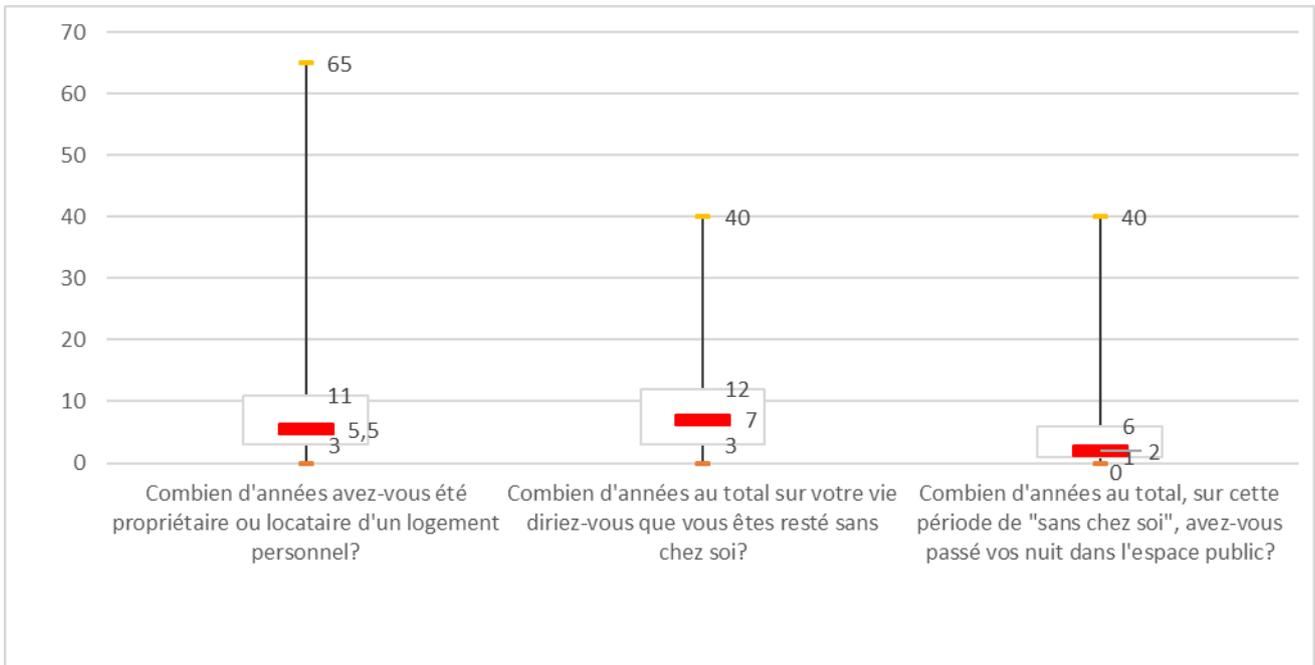
511 personnes déclaraient avoir déjà été propriétaire ou locataire d'un logement personnel soit 76% de la population.

Ces situations avaient eu des durées diverses selon les personnes, durant moins de 1 an pour 42 personnes, et plus de 11 ans pour un quart de la population. La moyenne de durée de maintien dans ces logements était de 7,6 ans et une médiane de 5,5 ans.

A la question « combien d'années au total sur votre vie diriez-vous que vous êtes resté sans chez soi ? » la médiane était à 7 ans, un minimum à quelques semaines et un maximum à 40 ans. 25% estimaient être restés sans chez soi moins de 3 ans et 25% estimaient être restés sans chez soi plus de 12 ans.

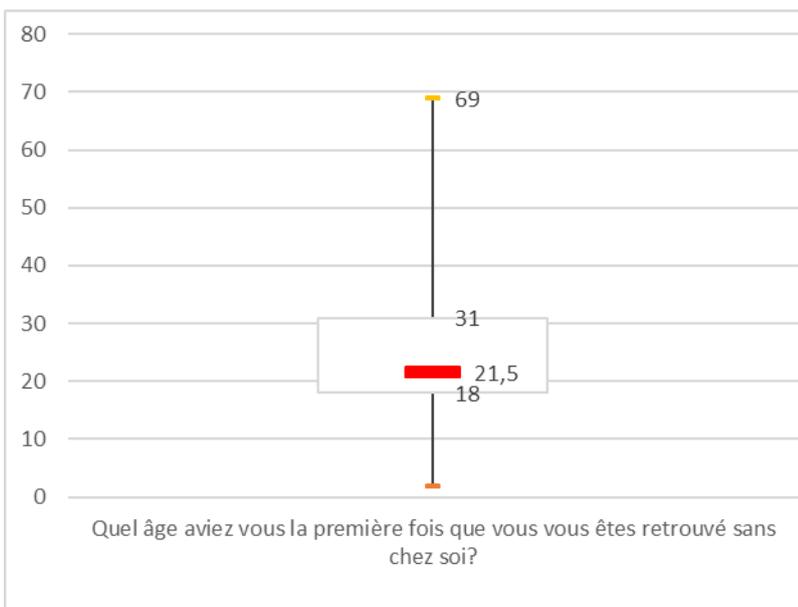
A la question « sur cette période sans chez soi, combien d'années au total avez-vous passé dans l'espace public (rue, parc, parking...) ? », 25% répondaient moins de 1 an et 50% moins de 2 ans ; 25% avaient vécu en revanche dans ces conditions entre 6 et 40 ans.

FIGURE 29 : BOITE A MOUSTACHES : NOMBRE D'ANNEES DE LOCATION/PROPRIETE D'UN LOGEMENT, DE VIE SANS CHEZ SOI ET DE VIE DANS L'ESPACE PUBLIC



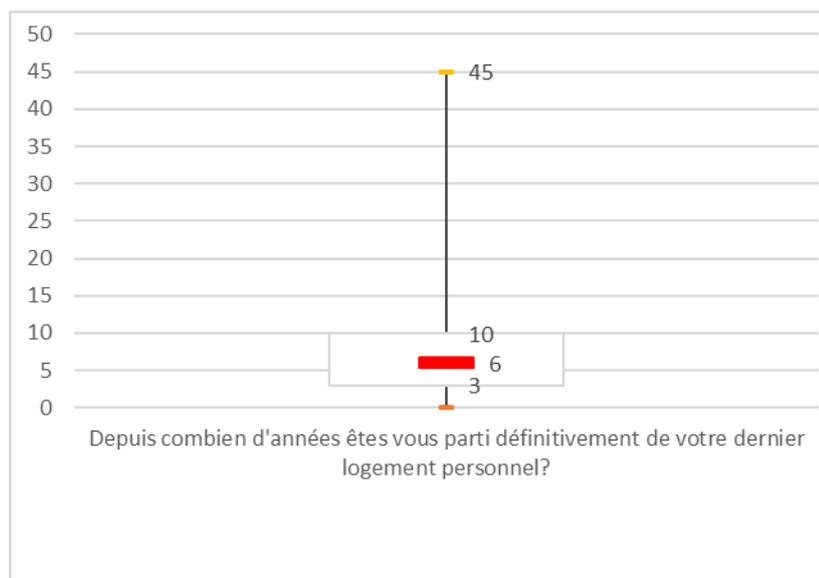
A la question « quel âge aviez-vous la première fois que vous vous êtes retrouvé sans chez soi ? » la moyenne d'âge était de 25 ans avec une médiane à 21,5 ans, un minimum à 2 ans et un maximum à 69 ans. Pour 25% d'entre eux cela s'était réalisé avant leur 18 ans.

FIGURE 30: BOITE A MOUSTACHES : AGE DE PREMIER EPISODE SANS CHEZ SOI



A la question « depuis combien d'années êtes-vous parti définitivement de votre dernier logement personnel ? » la réponse moyenne était de 7,6 ans et la médiane à 6 ans. Plus de 90% de la population avait quitté son dernier logement depuis au moins un an.

FIGURE 31: BOITE A MOUSTACHES : DUREE DEPUIS DEPART DU DERNIER LOGEMENT PERSONNEL



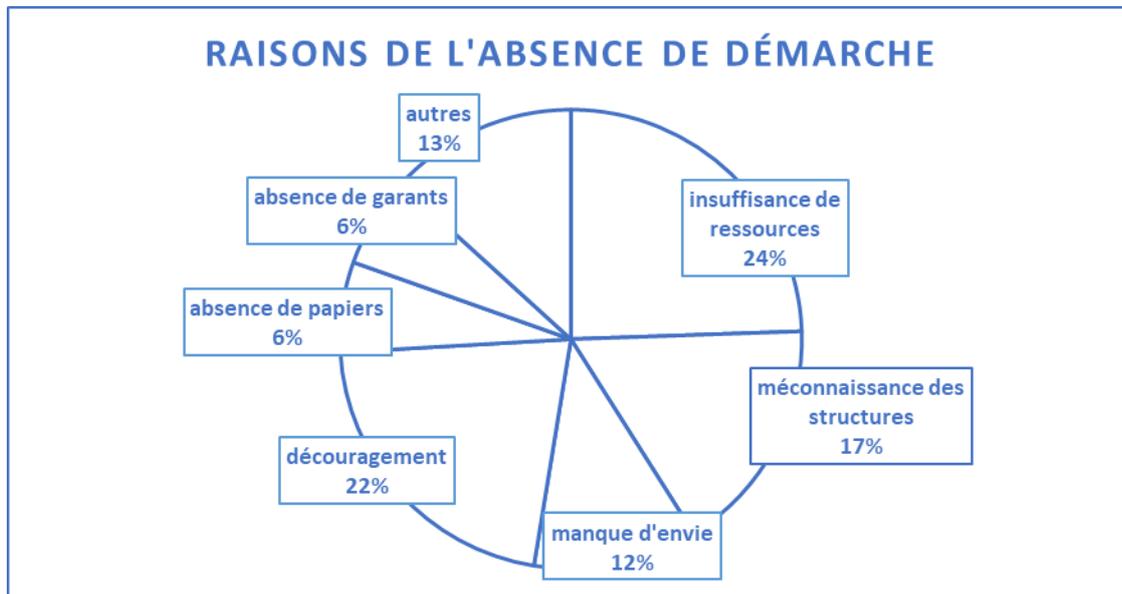
2) Recherche de logement

Au cours des 6 derniers mois, plus de la moitié (53%) de la population avait entrepris des démarches en vue de l'obtention d'un logement.

Pour les 47% qui n'avaient pas effectué de démarches en vue de l'obtention d'un logement au cours des 6 derniers mois, les raisons principales avancées pouvaient se regrouper en 3 ensembles :

- Celles liées à la personne elle-même : découragement (22%), manque d'envie (12%)
- Celles liées aux services : méconnaissance des structures (17%)
- Celles liées aux démarches administratives et aux conditions d'accès : auto-estimation d'une insuffisance de ressources (24%), absence de garants (6%), absence de papiers (6%).

FIGURE 32: RECHERCHE DE LOGEMENT : RAISONS DE L'ABSENCE DE DEMARCHES

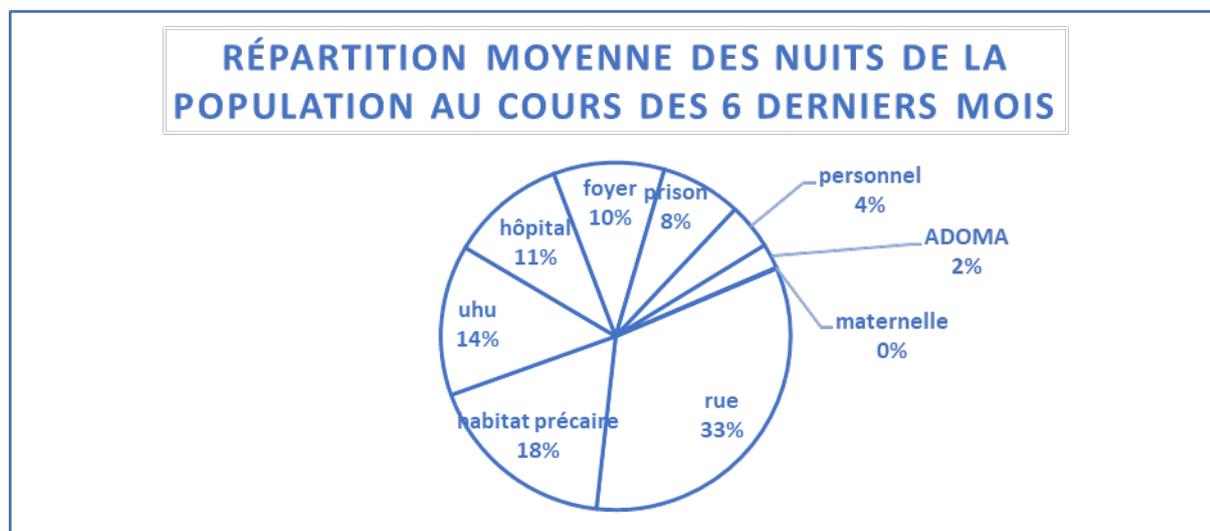


3) Hébergements au cours des 6 derniers mois

Au cours des 6 derniers mois, 57% de la population avait passé au moins une nuit dans la rue, 40% au moins une nuit dans un « habitat précaire » (squat, connaissance, parents, famille), 36% dans une unité d'hébergement d'urgence (UHU), 36% à l'hôpital, 26% en foyer, 10% en prison, 7% dans un logement personnel, 7% dans un foyer ADOMA et 1 personne dans un foyer Maternelle.

En rassemblant l'ensemble des 180 dernières nuits passées par l'ensemble de la population on retrouve qu'un tiers des nuits (33%) avaient été passées dans la rue, 18% dans un habitat précaire, 14% dans une UHU, 11% dans un hôpital, 10% dans un foyer, 8% en prison 4% dans un logement personnel 2% dans un foyer ADOMA.

FIGURE 33: REPARTITION MOYENNE DES NUITS DE LA POPULATION AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS



IX Recours aux structures médico-sociales

1) Repas chauds

Plus de 50% de la population (54%) déclarait n'avoir pas fréquenté une seule fois un lieu de distribution de repas chauds au cours des 6 derniers mois. En revanche près de 25% y allait plus de trois fois par semaine.

2) Alimentation

L'aide alimentaire sous forme de colis ou dans les épiceries sociales était peu demandée puisque 80% de la population ne l'avait pas sollicitée au cours des 6 derniers mois. Seul 2% de la population l'avait sollicitée plus de trois fois par semaine, 5% au moins une fois par semaine, 6% au moins une fois par mois et 6% moins d'une fois par mois.

3) Vêtements

69% de la population n'était jamais allée chercher de vêtements via un vestiaire. 16% y était allée au moins une fois par mois et 15% moins d'une fois par mois.

4) Accueils de jour

La question incluait tout type de services pouvant être proposés par les accueils de jour, notamment prendre un café, rencontrer une assistante sociale, utiliser une machine à laver, se doucher, etc... Pour 26% ces accueils de jour étaient un endroit privilégié puisqu'ils y allaient plus de 3 fois par semaine ; au total 51% des participants y allaient au moins une fois par mois ; en revanche 42% n'y étaient jamais allés au cours des 6 derniers mois.

5) Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)

75% de la population disait n'avoir jamais rencontré des professionnels sociaux de l'équipe mobile psychiatrie précarité. 11% les voyait au moins une fois par semaine.

6) Association de réduction de risque et d'auto-support

25% de la population consultait des associations de réduction de risque et d'auto-support au moins une fois par semaine et pour 14% plus de trois fois par semaine. 67% n'en avait consulté aucune au cours des 6 derniers mois.

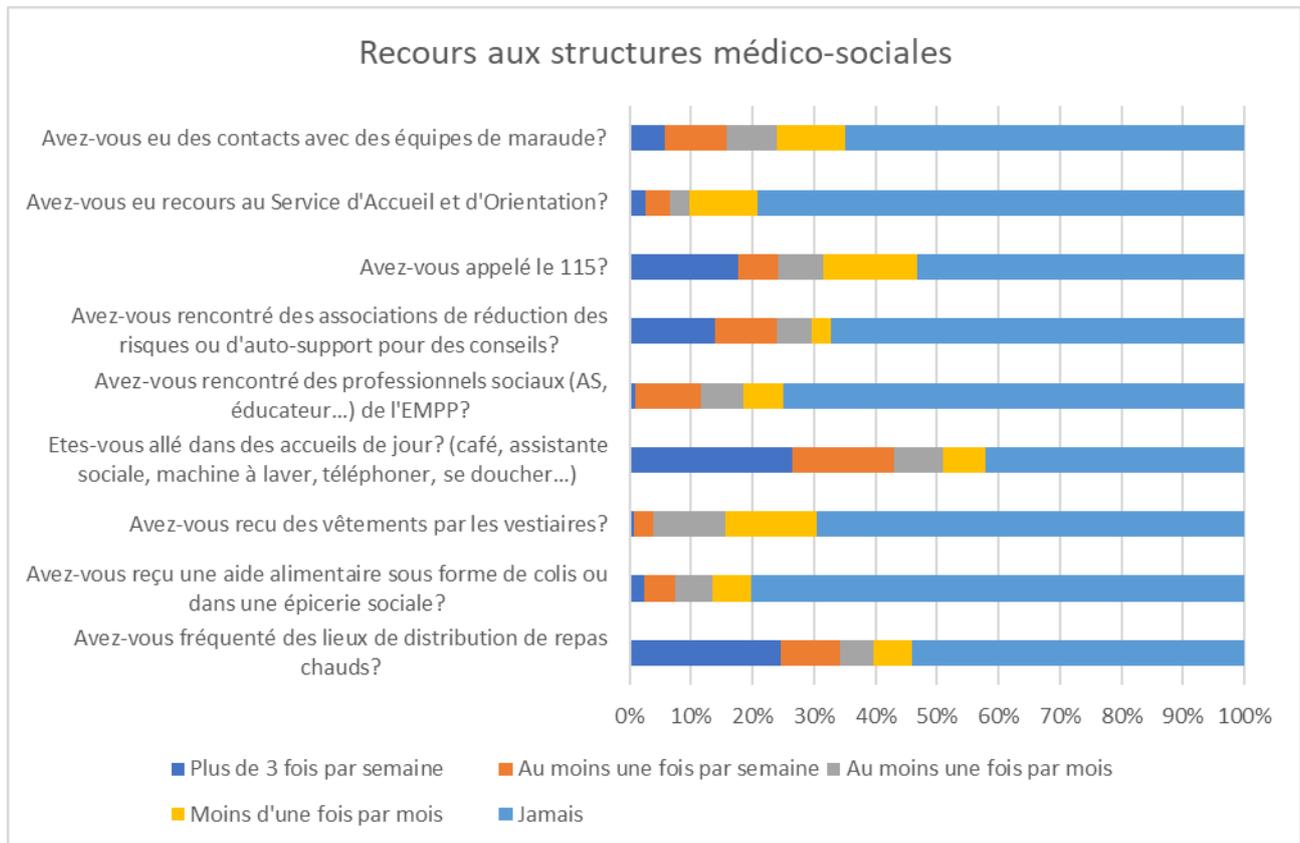
7) Urgences sociales – 115

Le 115 était appelé plus de trois fois par semaine par 18% de la population, au moins une fois par semaine par 7% de la population, au moins une fois par mois par 7% et moins d'une fois par mois par 15%. 53% de la population n'avait pas appelé le 115 au cours des 6 derniers mois.

8) Maraude

Les équipes de maraude étaient rencontrées au moins une fois par mois pour 24% de la population, moins d'une fois par mois pour 11% de la population et jamais pour 65% de la population.

FIGURE 34: FREQUENCE DE PARTICIPATION A DIFFERENTES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES



X Violences

1) Violences provoquées

106 personnes déclaraient s'être battues soit environ 15% de la population ; 14% déclaraient avoir eu des propos irrespectueux ou humiliants envers quelqu'un.

8% disaient avoir donné des coups/giflé quelqu'un, 7% disaient avoir menacé quelqu'un et 8% des personnes disaient avoir volé ou fait une tentative de vol.

1 personne déclarait avoir agressé quelqu'un sexuellement, 1 personne déclarait avoir cassé une voiture, 1 autre avoir craché sur quelqu'un.

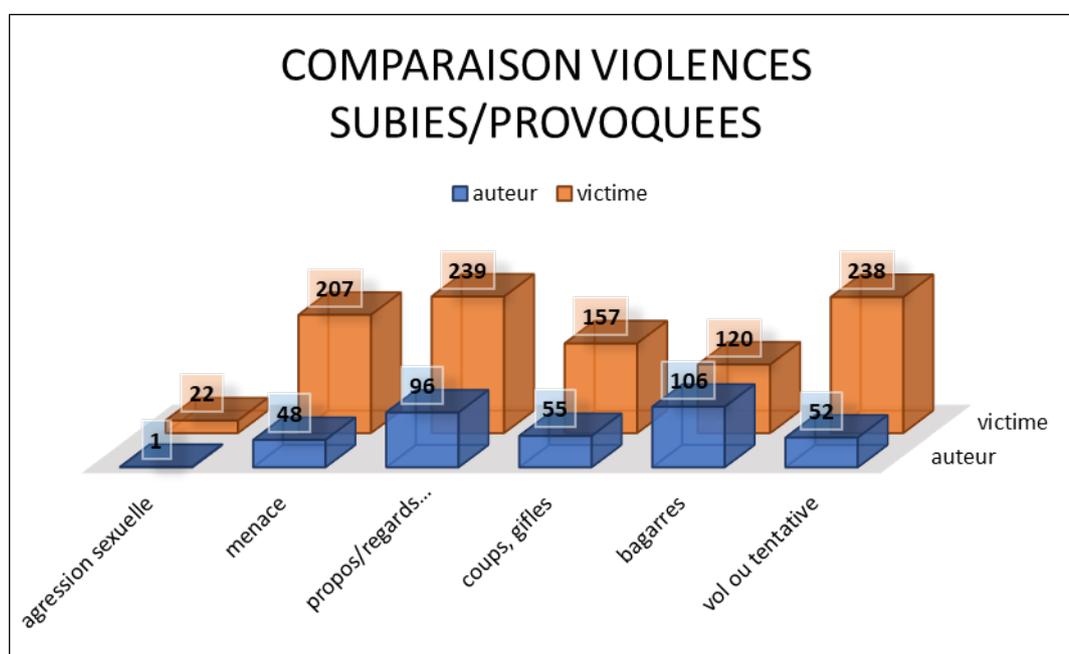
2) Violences subies

22 personnes soit plus de 3% de la population déclaraient avoir été victimes d'une agression sexuelle au cours de 6 derniers mois.

120 personnes avaient été victimes de coups lors de bagarres à plusieurs (18%) et 157 personnes avaient reçu des gifles/des coups (23%).

30% de la population décrivait avoir été victime de menaces verbales, 35% avait été victime de vols ou de tentatives de vols, 35% également avait été victime de regards ou de paroles irrespectueuses.

FIGURE 35: COMPARAISON VIOLENCES SUBIES ET VIOLENCES PROVOQUEES



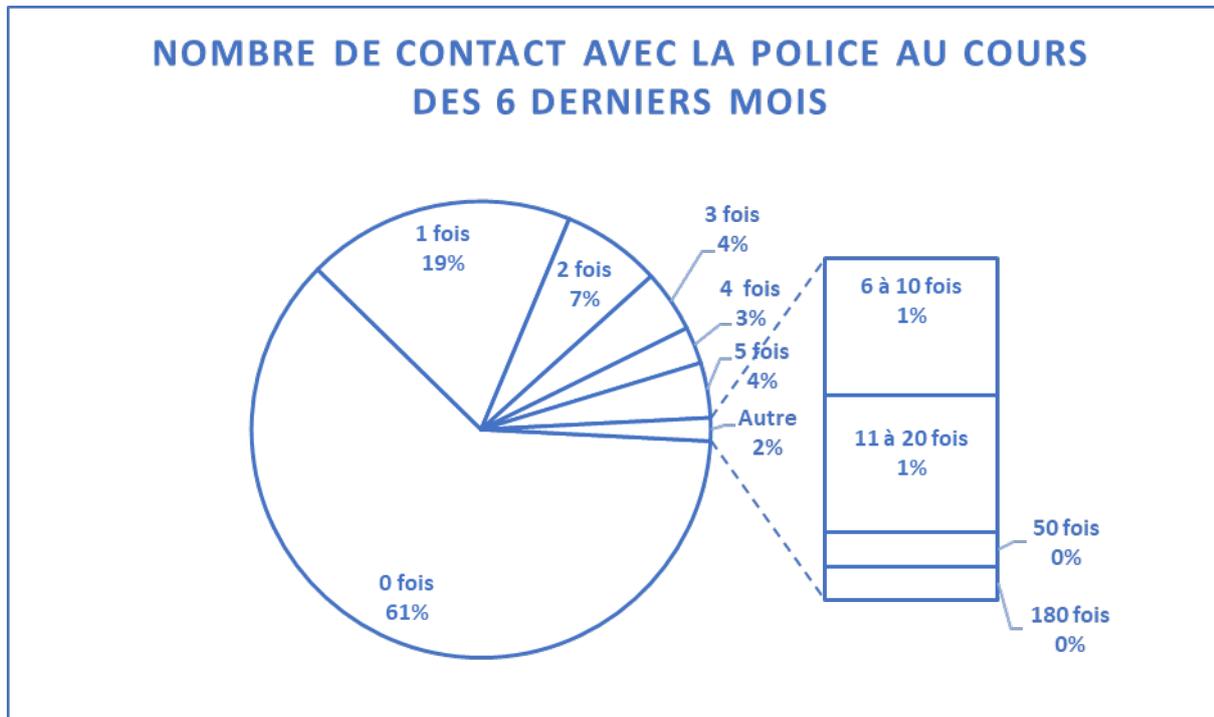
XI Problèmes judiciaires

1) Police

256 personnes déclaraient avoir eu affaire à la police au cours des 6 derniers mois soit près de 2 personnes sur 5 (39%). 49% d'entre eux avaient eu affaire à la police 1 seule fois au cours des 6 derniers mois, 18% d'entre eux à 2 reprises, 11% à 3 reprises, 7% à 4 reprises, 3% à 5 reprises, 4% à 6 reprises, 4% à 10 reprises.

2 personnes déclaraient avoir eu affaire à la police à 12 reprises, 2 autres à 15 reprises et 6 personnes déclaraient avoir eu affaires à la police plus de 15 fois au cours des 6 derniers mois : 24 fois, 25 fois, 26 fois, 30 fois, 50 fois et 180 fois.

FIGURE 36: NOMBRE DE CONTACT AVEC LA POLICE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS



Pour 132 personnes ces contacts avec la police avaient débouché à des arrestations : 83 personnes avaient été arrêtées 1 fois, 22 à 2 reprises, 6 à 3 reprises, 8 à 4 reprises, 5 à 5 reprises, 4 à 6 reprises, 10 à 2 reprises et 2 à 24 reprises.

Pour ces 132 personnes, les arrestations avaient été suivies d'une mise en garde à vue pour 111 d'entre elles : pour 71 à 1 reprise, pour 2 à 20 reprises, pour 7 à 3 reprises, pour 5 à 4 reprises, pour 3 à 5 reprises, pour 3 à 6 reprises et pour 2 à 10 reprises.

Au total environ 1 personne sur 5 avait été arrêtée au moins une fois au cours des 6 derniers mois et environ 1 personne sur 6 avait été mise en garde à vue au moins 1 fois au cours des 6 derniers mois.

Le nombre d'heures totales passées en garde à vue au cours des 6 derniers mois était égal ou inférieur à 24h pour 54 personnes (soit 53% des gardés à vue), était entre 1 et 2 jours pour 29 personnes (28%), entre 2 et 3 jours pour 7 personnes (7%), entre 3 et 4 jours pour 4 personnes, entre 4 et 5 jours pour 2 personnes, de 6 jours pour 3 personnes, de 8 jours pour 1 personne, de 10 jours pour 1 personne et de 20 jours pour 1 personne.

2) Tribunal pénal

77 personnes avaient comparu devant un tribunal pénal au cours des 6 derniers mois soit plus de 1 personne sur 10.

Plus de 80% d'entre elles n'avaient comparu qu'une seule fois, mais 4 personnes avaient comparu à 2 reprises, 6 à 3 reprises, 1 à 4 reprises et 1 à 6 reprises.

Ceux qui n'avaient comparu qu'une seule fois avaient comparu pour 85% d'entre eux devant un tribunal correctionnel, pour 10% devant une cour d'assises, et pour 5% devant un tribunal de police.

Les 4 personnes qui avaient comparu à 2 reprises, avaient au total comparu 4 fois devant un tribunal correctionnel, 3 fois devant un tribunal de police et 1 fois devant une cour d'assises.

Les personnes qui avaient comparu à 3 reprises avaient toujours comparu devant un tribunal correctionnel.

La personne qui avait comparu à 4 reprises avait toujours comparu devant une cour d'assises.

La personne qui avait comparu à 6 reprises avait toujours comparu devant un tribunal de police.

3) Incarcérations au cours des 6 derniers mois

75 personnes, soit 10,7%, avaient été incarcérées au moins une fois dans un établissement pénitentiaire au cours des 6 derniers mois dont 4 personnes qui avaient été incarcérées à 2 reprises et 1 à 3 reprises.

4) Délits impunis

105 personnes déclaraient avoir commis un ou plusieurs délits, infractions ou crimes sans avoir été interpellées par la police.

XII Santé déclarative

1) Vaccination

77% des répondants disaient être à jour de leurs vaccinations. A noter que 28% des participants n'avaient pas répondu à cette question.

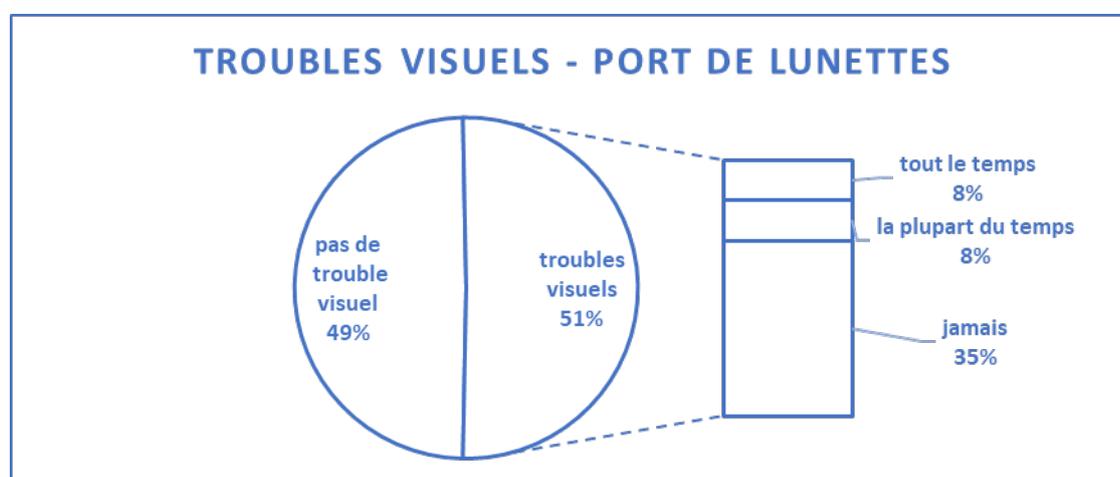
2) Troubles visuels

A la question « avez-vous des problèmes de vue pour lesquels vous devriez porter des lunettes/lentilles de contact » 51% des participants répondaient par l'affirmative.

35% de la population avait des troubles visuels et ne portait jamais de correction, 16% de la population avait des troubles visuels et portait une correction la plupart du temps ou tout le temps.

Plus d'une personne sur 2 avait donc des problèmes de vue et moins d'une personne sur 3 ayant des problèmes de vue bénéficiait d'une correction.

FIGURE 37: TROUBLES VISUELS ET PORT DE CORRECTION

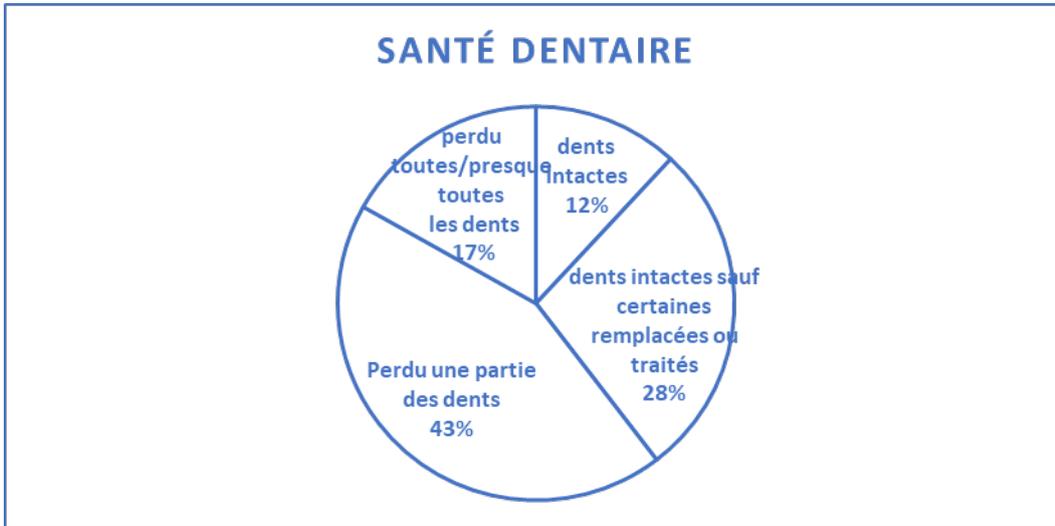


3) Problèmes dentaires

12% des participants avaient toutes les dents intactes et 26% avaient toutes leurs dents dont certaines avaient été traitées ou remplacées. 41% avaient perdu une partie des dents et 17% les avaient toutes perdues ou presque toutes.

72% de la population répondait par l'affirmative à la question « avez-vous certaines dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer ».

FIGURE 38: SANTE DENTAIRE



4) Sommeil

La moyenne de sommeil sur la nuit précédant le questionnaire était de 6,41 soit 6 heures et 25 minutes. La durée minimale de sommeil était de 0 heure et la durée maximale de 15 heures.

On notera que la différence entre le nombre d'heures de sommeil pour les personnes ayant dormi sans abri la nuit précédant le questionnaire était significativement plus bas que pour les personnes ayant eu un abri avec respectivement 5,73 heures de sommeil moyen (n=258) et 6,93 heures (n=335) ($p < 0,005$)

5) Repas

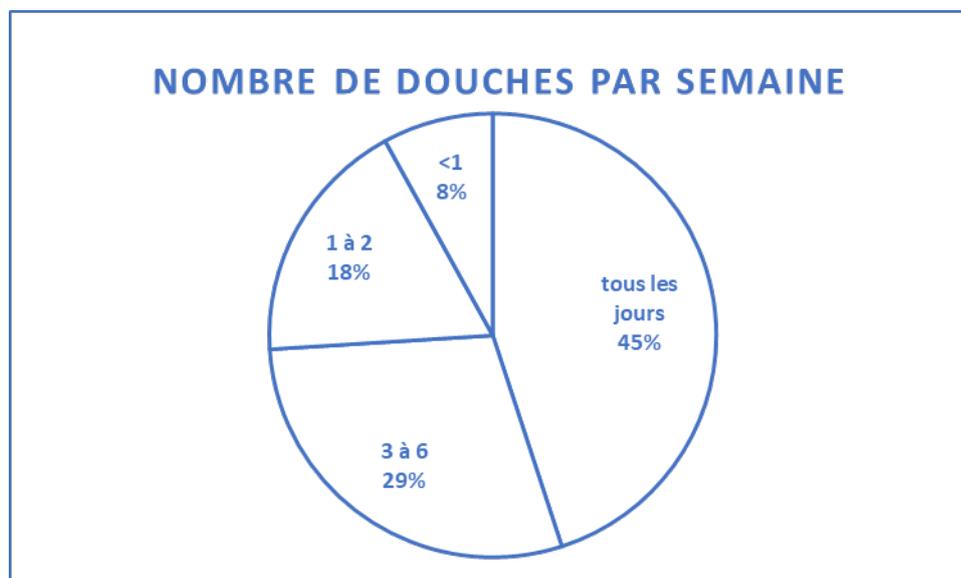
21% de la population ne faisait pas de vrai repas par jour, 40% n'en faisait qu'un seul. 24% en faisait 2 par jour, 14% en faisait 3 par jour, et 2% en faisait 4 par jour.

10% prenait moins de 1 repas chaud par semaine, contre 45% au moins un par jour et 23% plusieurs fois par jour. 23% n'en prenait pas tous les jours mais plusieurs fois par semaine.

6) Hygiène corporelle

45% de la population prenait une douche tous les jours contre 8% qui en prenait moins d'une par semaine. 18% prenait une douche 1 à 2 fois par semaine et 29% 3 à 6 fois par semaine.

FIGURE 39: NOMBRE DE DOUCHES PAR SEMAINE



12% avait eu au cours des 6 derniers mois des poux sur la tête, des poux sur la peau, la gale ou des morpions.

7) Rapports sexuels

A la question « avez-vous utilisé des préservatifs lors de vos relations sexuelles au cours des 6 derniers mois » la réponse était affirmative pour 46% des personnes concernées. 45% des personnes répondaient par la négation et 9% répondaient « pas toujours ».

A la question « avez-vous utilisé des moyens de contraception autre que les préservatifs », 75% répondaient que non, 4% répondaient « pas toujours » et 21% répondaient oui.

66% n'étaient pas concernés par la question.

8) Traumatismes

Au cours des 6 derniers mois : 12% des personnes avaient eu au moins une entorse, 8% avaient eu au moins une fracture et 22,5% avaient eu des plaies ouvertes. Ces traumatismes étaient fréquemment liés à des violences subies : c'était le cas de 30% des entorses, de 58% des fractures, de 47% des plaies ouvertes.

16 personnes déclaraient avoir eu des jours d'ITT (Incapacité Totale de Travail). Seules 8 avaient répondu à la durée de ces ITT : 1 jour, 7 jours pour 3 personnes, 8 jours, 19 jours, 28 jours et 30 jours. 81% des certificats d'ITT étaient consécutifs à des violences subies.

9) Tentative de suicide

13% de la population avait fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours des 6 derniers mois. 39% d'entre eux déclaraient n'avoir pu en parler à personne.

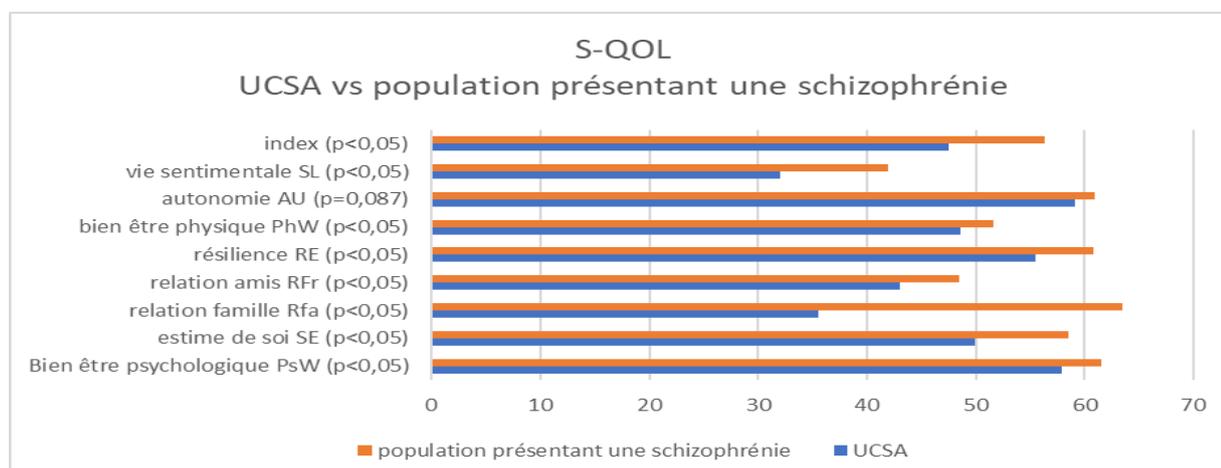
40 personnes avaient fait 1 tentative de suicide, 38 en avaient fait plus d'une : 14 en avaient fait 2, 9 en avaient fait 3, 6 en avaient fait 4, 3 en avaient fait 5, 2 en avaient fait 6, 1 en avait fait 10, 1 en avait fait 12 et 2 en avaient fait 20.

XIII Scores de qualité de vie

1) S-QOL

Le S-QOL est un score de qualité de vie spécifique des personnes présentant une schizophrénie. Celui-ci a également été validé chez les personnes présentant des troubles bipolaires. La comparaison des résultats de l'étude UCSA avec les scores chez la population présentant une schizophrénie (24) retrouve des différences significatives dans tous les domaines sauf concernant l'autonomie ($p=0,087$).

FIGURE 40: S-QOL : COMPARAISON DE LA POPULATION UCSA AVEC LA POPULATION PRESENTANT UNE SCHIZOPHRENIE (BOYER 2001)

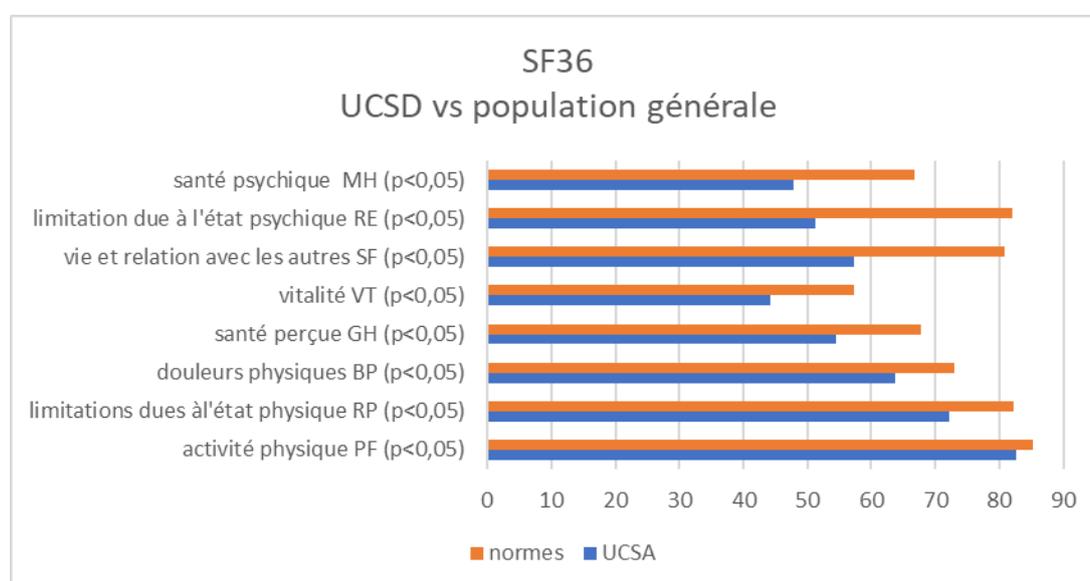


2) SF 36

Le score SF36 est un score de qualité de vie non spécifique. Il s'articule autour de 8 grands domaines : santé psychique, limitation due à l'état psychique, vie et relation avec les autres, vitalité, santé perçue, douleurs physiques, limitations dues à l'état physique, activité physique. Il permet également à partir de ces domaines la réalisation de deux scores composites (PCS : Physical Composite Score et MCS : Mental Composite Score).

Dans chacun des 8 domaines le score est significativement plus bas chez les personnes de l'étude UCSA que dans la population générale (25).

FIGURE 41: SF36 : COMPARAISON DE LA POPULATION UCSA AVEC LA POPULATION GENERALE FRANÇAISE



3) EuroQol-5D

L'EuroQol-5D est également un score de qualité de vie non spécifique. Il s'articule autour de questions concernant la mobilité, l'autonomie, les activités courantes, les douleurs/gênes et l'anxiété/dépression. Pour chaque dimension trois réponses sont possibles : aucun problème, quelques difficultés et incapacité/extrême.

Une auto-évaluation de l'état de santé est également réalisée via une échelle visuelle analogique.

A partir de ces résultats est calculé un score « index » qui sera le composite des différents domaines (26).

FIGURE 42: EURO-QOL : RESULTATS DANS LA POPULATION UCSA SELON LES 5 DIMENSIONS

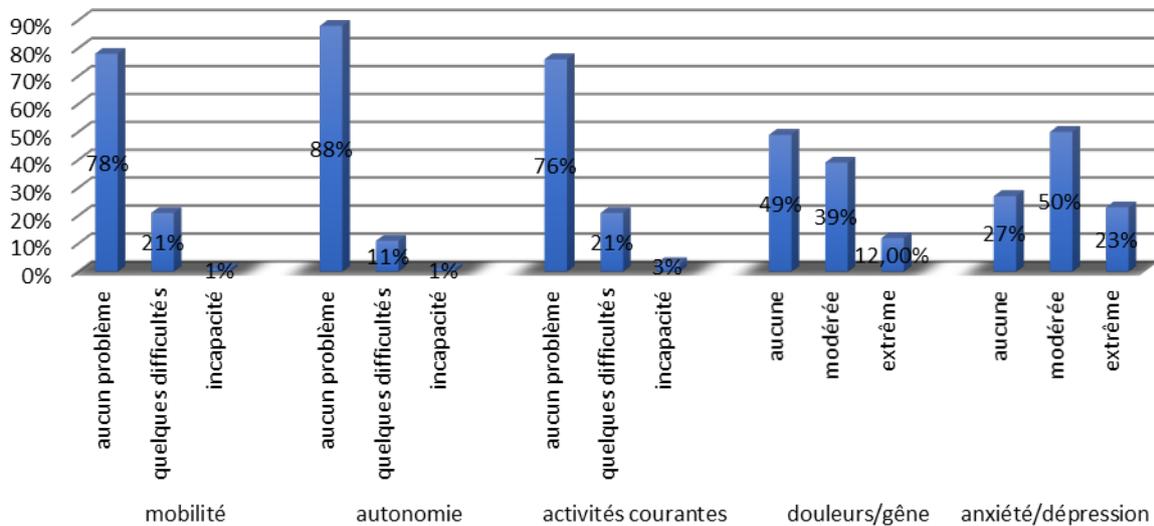
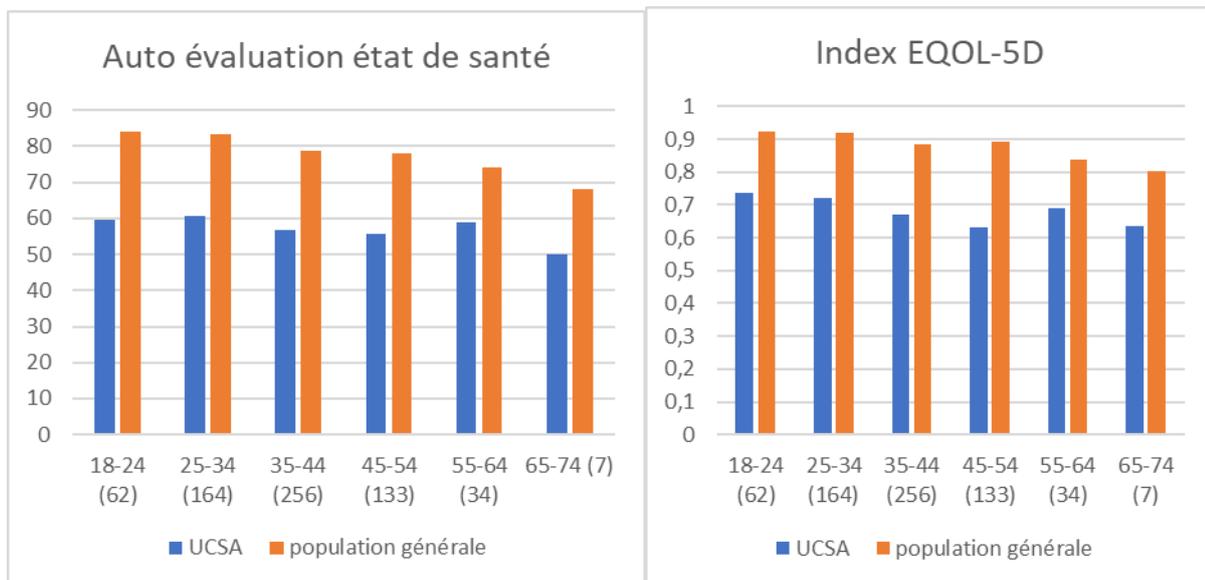


FIGURE 43: EURO-QOL : AUTO EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE ET INDEX : COMPARAISON ENTRE LA POPULATION UCSA ET LA POPULATION GENERALE FRANÇAISE SELON LES TRANCHES D'AGES



Discussion

Nous discuterons tout d'abord des résultats principaux afin de faire ressortir l'importance qu'ils peuvent avoir et les difficultés qu'ils peuvent annoncer quant au relogement. Certains résultats ayant déjà pu être analysés après les 2 ans d'étude, nous évoquerons ceux qui sont en rapport avec nos résultats principaux.

Nous chercherons à voir si après deux ans de relogement les personnes suivies dans le bras UCSA présentent, selon certains critères, des différences significatives avec les personnes suivies dans le bras Offre Habituelle (OH). Ensuite les résultats seront comparés avec les données de la littérature française sur le sujet des sans-abri et de la santé mentale. Ils seront également discutés avec les données d'inclusions qui ont pu être publiées concernant le projet canadien « At home/Chez soi » qui suit le même modèle d'intervention et a aussi été évalué au moyen d'un essai randomisé.

Enfin, nous évoquerons les limites et les forces de cette analyse des résultats du questionnaire à l'inclusion des personnes sans-abri, présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires, dans le programme de recherche « Un chez soi d'abord ».

Le modèle canadien

L'étude Canadienne « At home/Chez soi » a débuté en 2009 et précède de peu l'étude française. Le protocole de recherche français s'est largement inspiré du protocole canadien et ceux-ci sont comparables sur de nombreux points. Les situations politiques, géographiques, sociales divergent entre les deux pays mais nous allons comparer les populations à l'admission dans l'étude concernant les principales données recueillies.

L'étude proposée au Canada sur le modèle Housing First est également une étude randomisée, expérimentale, multicentrique (5 sites) (27). Les personnes éligibles à l'étude étaient :

- âgées de 18 ans ou plus, le critère d'âge étant porté à 19 ans à Vancouver ;
- dans une situation d'itinérance absolue ou dans une situation de logement précaire avec des antécédents récents d'itinérance absolue ;
- atteinte de trouble mental sévère ;
- en mesure de recevoir une aide publique au Canada ;
- ne participant pas à un autre programme de suivi intensif.

Les deux principales distinctions entre les protocoles français et canadien sont :

- Le critère psychiatrique d'inclusion au Canada était « Severe Mental Illness » correspondant à un diagnostic d'épisode dépressif majeur actuel ou à un épisode maniaque actuel ou à un syndrome de stress post-traumatique actuel ou à un trouble panique actuel ou à un trouble de l'humeur

actuel avec des caractéristiques psychotiques ou à un trouble psychotique actuel. En France, le critère psychiatrique a été restreint à la schizophrénie ou aux troubles bipolaires.

- L'étude canadienne faisait le distinguo à l'inclusion entre les personnes à « besoins élevés » et les personnes à « besoins modérés ». Dans le protocole français il fallait présenter des « besoins élevés » pour être inclus dans l'étude.

Etaient considérées comme à « besoins élevés » (28) :

- Les personnes qui ont une mauvaise insertion sociale, définie par un score MCAS <62
- et qui présentent des caractéristiques psychiatriques correspondant à des troubles psychotiques, définis comme correspondant à l'une des conditions suivantes : épisode maniaque actuel, troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, trouble psychotique actuel ; ou présenter deux comportements évocateurs : idées bizarres, syndrome d'influence, trouble du cours de la pensée, repli extrême et abattement, automutilation et passage à l'acte.
- et présentant un abus ou une dépendance vis-à-vis de l'alcool ou de la drogue au sens du DSM-IV ; ou ayant été hospitalisées plus de deux fois dans une année au cours des 5 dernières années ; ou ayant été arrêtées ou incarcérées au cours des 6 derniers mois.

Dans les analyses suivantes nous essayerons de nous intéresser uniquement aux résultats concernant les personnes présentant des « besoins élevés », correspondant aux critères d'inclusion français. Cependant, ceux-ci n'ont pas toujours été distingués des résultats des personnes présentant des « besoins modérés » ; auxquels cas nous le mentionnerons dans la comparaison.

Au total 2148 personnes ont été incluses dans l'étude Canadienne (29), dont 950 personnes dans le groupe « besoins élevés » : 469 dans le groupe « relogé » et 481 dans le groupe « offre habituelle ».

I Discussion des résultats principaux, avec leur mise en perspective à M24

1) Données socio-démographiques, diagnostics et parcours de rue.

Les principales caractéristiques de la population de l'étude Française peuvent être comparées à celles de la population de l'étude Canadienne.

La moyenne d'âge de la population de l'étude Française était de 38,8 ans et celle de la population Canadienne ayant des besoins élevés de 39,5 ans (30). La population comptait 17,5% de femme en France et 31% au Canada. La moyenne de vie sans chez soi était de 8,5 ans en France, 5,2 ans au Canada.

Concernant l'alcool, 39,3% de la population Française présentait une dépendance et 6,4% un abus ; ces chiffres étaient respectivement de 35,7% et 22,7% dans la population Canadienne. Concernant l'utilisation de substance psychoactives, 46,3% de la population Française présentait une dépendance et 10,3% un abus ; ces chiffres étaient respectivement de 52,7% et 26% dans la population Canadienne.

Concernant le risque suicidaire, les personnes ne présentant pas de risque suicidaire représentaient 36,5% de la population Française et 23,8% de la population Canadienne. Respectivement en France et au Canada on retrouvait un risque suicidaire léger chez 29,6% et 23,8% de la population, un risque suicidaire moyen chez 6,1% et 17,5% et un risque suicidaire élevé à 27,6% et 18,8%.

2) Situation administrative et professionnelle.

a) Analyse des résultats à MO

On notera que seulement 37% de la population a un statut de travailleur handicapé (RQTH). La demande de la RQTH se fait notamment lors d'une demande d'Allocation Adulte Handicapé à la MDPH. La Reconnaissance de Qualité de travailleur Handicapé (RQTH) est reconnue à toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions : physique, sensorielle ou psychique (31).

Elle permet de bénéficier de dispositifs dédiés à l'insertion professionnelle, de bénéficier de l'obligation d'emploi, d'aménagement d'horaires et de poste de travail, et de soutiens spécialisés pour la recherche d'emploi.

On retrouve une différence significative ($p < 0,05$) en termes de formation : 5,8% des personnes bénéficiant du statut RQTH avaient eu une formation contre 2,3% de ceux n'ayant pas la formation.

Par contre, on note que parmi les 37 personnes qui avaient eu un travail au cours des 6 derniers mois, 28 ne bénéficiaient pas du statut RQTH soit 78%. De même, seuls 4,1% de ceux qui bénéficiaient de ce statut avait eu un emploi alors que 7,4% de ceux qui n'avaient pas ce statut travaillaient, cependant il n'y avait pas de différence significative entre les deux.

Ces résultats pourraient s'expliquer par la meilleure autonomie des personnes (qui donc ne relèveraient pas de ce dispositif), par l'auto-disqualification consécutive à une demande à la MDPH ou par l'incapacité du système actuel à proposer de l'emploi à ces personnes.

Nous pouvons par les critères d'inclusion exclure la première proposition. En effet, les scores de fonctionnement nécessaires pour accéder au programme (MCAS<62) placent d'emblée les personnes dans le registre de celles qui ont une autonomie faible et relèveraient de la RQTH. La combinaison des deux autres hypothèses plaide en faveur de dispositifs spécialisés de type IPS (Individual Placement and Support) permettant de contrer les effets d'auto-stigmatisation et d'encourager les personnes ayant des troubles psychiatriques sévères à accéder à l'emploi direct. Les équipes UCSA ont d'ailleurs montré leur intérêt en développant de petites initiatives dans ce sens (par exemple programme Working First 13).

b) Analyse des résultats à M24

Après les 2 ans d'étude sur le programme UCSA, on retrouve des différences, mais non significatives, entre les deux bras UCSA et OH dans plusieurs domaines en termes d'emploi, de formation et de statut :

- Formation au cours des 6 derniers mois : 3,3% (UCSA) vs 3,1% (OH)
- Emploi actuel : 4,1% (UCSA) vs 4,7% (OH)
- Emplois dans les 6 derniers mois : 9% (UCSA) vs 6,8% (OH)
- Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé : 48% (UCSA) vs 43,4% (OH)

c) Données de la littérature

En France, l'étude SAMENTA a retrouvé qu'en région parisienne 11,4% des sans-abri présentant des troubles psychotiques étaient en activité professionnelle lors de l'enquête. Cette différence s'explique par le fait que les personnes recrutées pour l'étude UCSA présentaient de critères de besoins élevés (sortaient d'incarcération ou d'hospitalisations répétées). Dans l'étude HYTPEAC (32), étaient distinguées les personnes rencontrées exclusivement dans l'espace public des personnes rencontrées dans les centres. Il n'y avait pas de critères de troubles psychiatriques pour l'inclusion à cette étude, seulement des critères de mal logement. Cette étude retrouvait que 10,6% des personnes rencontrées dans l'espace public déclaraient travailler (légalement ou non) lors de l'enquête. Dans les centres ce chiffre augmentait à 24,4%. Par ailleurs, seuls 2,1% des personnes vivant dans l'espace public et 0,04% des personnes rencontrées dans des centres n'avaient jamais travaillé.

Au Canada (34), le taux de personnes sans emploi à l'admission était de 96% (besoins élevés et besoins modérés). Ce taux est similaire à celui retrouvé pour l'étude UCSA (97%). En revanche, on notera qu'à l'admission à l'étude canadienne, seulement 66% disaient avoir eu un emploi stable dans sa vie contre 86% dans l'étude UCSA. Cette différence pouvant être expliquée par le fait qu'un emploi stable au Canada avait été défini comme étant un travail poursuivi pendant au moins un an alors qu'en France aucune définition d'emploi stable n'avait été proposée.

3) Situation financière

a) Analyse des résultats à MO

Ressources et dépenses

En 2010, le seuil de pauvreté à 60% était fixé à 960 euros pour une personne seule (33). Dans notre étude, 90% de la population vivait donc sous le seuil de pauvreté. Les aides sociales ne suffisent donc pas aux personnes présentant un trouble psychique sévère et cela implique une obligation de faire la manche pour 17% de la population, de la prostitution pour 7 personnes, vendre de la drogue pour 14 personnes. En découle alors deux grands risques : un problème de dignité chez ces personnes rendant difficile le rétablissement, ainsi qu'un risque judiciaire accru.

Malgré un faible revenu, il est également intéressant de constater que celui-ci n'était pas toujours utilisé pour des besoins essentiels : 459 personnes (65%) disaient dépenser de l'argent pour du tabac, avec une médiane de 80 euros (soit 11,5% du salaire médian), 231 personnes (33%) dépensaient de l'argent pour de l'alcool, 159 personnes (23%) pour du cannabis et 64 personnes (9%) pour des drogues.

Par ailleurs, on note que 115 personnes obtiennent du tabac par don impliquant de la même façon que précédemment la question de la dignité.

La prise en charge de la dépendance au tabac doit donc être essentielle dans la prise en charge globale des personnes, celle-ci ayant une répercussion sur la santé, l'économie et sur la dignité des personnes.

Les dettes

Le taux de personnes présentant une dette est particulièrement élevé (50%) et cela pose des problèmes en termes de relogement. En effet, l'obtention d'une adresse par le relogement implique le règlement de ces

dettes avec risque de passage d'un huissier. La prise en charge de celles-ci est donc indissociable du relogement et des mesures doivent être proposées pour répondre au surendettement.

Des associations existent pour aider les personnes à planifier la prise en charge de ces dettes comme l'association Crésus (35). Cependant, il doit aussi être discuté une prise en charge financière d'une partie de ces dettes.

b) Analyse des résultats à M24

Les revenus entre les deux bras UCSA et OH sont très différents après 2 ans d'étude. En effet, on retrouve des revenus moyens à 973 euros dans le bras UCSA et 580 euros dans le bras OH. Cependant, la seule différence significative retrouvée en termes de source de revenus est la perception d'allocation logement 72,6% (UCSA) vs 46,3% (OH) ($p < 0,001$).

On notera que 80% des personnes du bras UCSA percevaient l'AAH contre 76% du bras OH et que 30% du bras UCSA percevaient le RSA contre 24% du bras OH cependant pour l'AAH comme pour le RSA ces différences ne sont pas significatives.

En termes de dépenses on retrouve deux différences significatives concernant le loyer 79% (UCSA) et 57% (OH) et concernant le cannabis 44% (UCSA) et 25% (OH). Toutes les autres différences d'effectifs concernant les dépenses liées au tabac, à l'alcool, à la nourriture, au téléphone, aux vêtements, au linge, aux assurances, aux drogues, à l'éducation, aux médicaments n'étaient pas significatives entre les deux groupes.

c) Données de la littérature

En France, dans l'étude HYTPEAC, 47,1% des personnes rencontrées dans l'espace public et 30% des personnes rencontrées dans les centres disaient ne percevoir ni salaire ou rémunération, ni aucune prestation sociale. Cette étude inclut cependant toutes les personnes de la rue, y compris ceux qui n'ont pas de droits potentiels (étrangers non régularisables).

L'analyse des recettes à l'admission des personnes présentant des troubles psychiques inclus dans l'étude canadienne est très similaire à celle retrouvée en France. On retrouve notamment un revenu médian à 700 euros pour UCSA pour un revenu médian à 713\$ au Canada, 17% de la population incluse en France avait un revenu inférieur à 300 euros contre 15% au Canada inférieur à 300\$. Les principales sources de revenus

étaient les aides sociales et les pensions d'invalidité au Canada, la principale différence était liée à la pratique de la manche pour 17% des personnes de l'étude française contre 7% des personnes au Canada. Ces résultats concernaient toutes les personnes incluses dans l'étude Canadienne qu'elles aient des besoins élevés ou modérés.

4) Réseau social

a) Analyse des résultats à M0

Les résultats principaux concernant le réseau social à l'inclusion montraient que le principal contact des personnes incluses se faisait avec des personnels soignants ou des membres d'associations alors que la famille et les enfants étaient finalement peu contactés.

Cela se ressentait également sur les aides matérielles et psychologiques où les professionnels de la santé et du social apparaissaient comme les principaux interlocuteurs. La famille apparaissait comme soutien principal en termes d'aide financière mais seulement pour 16% des participants. On trouve notamment dans les résultats le sentiment d'isolement des personnes incluses avec l'impression de ne pouvoir compter sur personne de façon largement majoritaire concernant les aides financières et matérielles.

Les questions liées à la religion, à l'information sur les droits, à la participation au vote concernaient le sentiment d'appartenance à une communauté et à la société. Nous verrons selon les données de la littérature que la population a un faible sentiment d'appartenance à une communauté.

b) Analyse des résultats à M24

On ne retrouve pas de différence entre les deux bras, après deux ans d'étude, concernant la fréquentation des familles, enfants, amis, riverains et professionnels de santé.

On retrouve en revanche quelques différences en termes de soutien pour les aides. Les deux différences significatives concernent les aides matérielles et psychologiques. En effet, 58,7% du bras UCSA estime à M24 pouvoir obtenir une aide matérielle de la part de quelqu'un (famille, professionnel, amis...) contre 49% du bras OH ($p=0,03$). On note également concernant l'aide psychologique que les professionnels de santé ou du social apparaissent comme plus aidant de manière significative : 51,4% du bras UCSA disait pouvoir compter sur un soutien psychologique de la part des professionnels contre 43% du bras OH ($p=0,049$).

Concernant l'impression d'être une charge, on retrouve une seule différence significative à M24 et elle concerne la charge financière ; en effet, 6,5% du bras USCA pense être une charge financière pour les professionnels de santé contre 1% du bras OH ($p=0,003$). On ne retrouve en revanche aucune différence sur les autres possibles personnes pouvant être une charge financière, ni aucune différence sur les sentiments d'être une source d'anxiété ou de problème de santé.

Une autre différence significative est retrouvée entre les deux bras et elle concerne l'adhésion à une association qui concerne 10,9% du bras UCSA contre 4,9% du bras OH ($p=0,031$). Il n'y a en revanche pas de différence sur l'impression d'être bien informé de ses droits, sur la participation au vote, sur le nombre de couple, sur la présence d'animaux de compagnie.

c) Données de la littérature

En France, l'étude SIRS (36) s'est intéressée aux inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. L'étude compare principalement les Zones d'Urbaines Sensible (ZUS) au non ZUS ouvrier et au non ZUS des classes moyennes et supérieures.

Les données concernant le soutien social retrouvent des résultats assez similaires dans les différents groupes avec notamment une réponse positive entre 89% et 91% à la question « pouvez-vous compter sur de la famille pour être aidé ». De même concernant les amis/collègues on retrouve des chiffres entre 79% et 84% à la même question ; les voisins apparaissent en revanche moins comme une aide potentielle avec des chiffres allant de 25% à 33%.

Ces résultats présentent l'important contraste avec les personnes de notre étude pour qui au maximum 16% répondent pouvoir avoir une aide financière de la famille, de même les amis/collègues ne représentent une source d'aide que pour au maximum 15% comme aide psychologique. Ces chiffres témoignent de l'isolement majeur des personnes incluses dans l'étude UCSA notamment avec leur famille.

Par ailleurs, le sentiment d'appartenir à une communauté est important pour casser le sentiment d'isolement. Ainsi dans l'étude SIRS 19% de la population totale avait une pratique religieuse régulière et 18% avait une pratique occasionnelle, ces chiffres sont assez similaires dans notre étude avec respectivement 16% et 20%. On notera cependant que ce chiffre est franchement plus élevé dans les ZUS avec 30% et 17% et que la religion apparaît comme un lien social plus important chez les populations plus précaires.

5) Sexualité

a) Analyse des résultats à M0

Concernant la qualité de vie sexuelle moins de 30% de la population déclarait avoir une vie sexuelle pas du tout satisfaisante à rarement satisfaisante. Cependant, 54% de la population n'avait pas eu des relations sexuelles au cours des 6 mois précédant l'inclusion.

b) Analyse des résultats à M24

Une seule différence significative apparaît entre les deux bras concernant le fait d'avoir eu des rapports sexuels au cours des 6 derniers mois : 51,3% dans le bras UCSA contre 39,1% dans le bras OH ($p=0,025$). Il n'y a pas de différence significative sur le fait d'avoir un partenaire stable et le taux de répondant ayant une vie sexuelle pas du tout satisfaisante à rarement satisfaisante était de 25% dans les deux bras.

c) Données de la littérature

Une étude BVA (37) réalisée en 2000 s'est intéressée à la santé sexuelle des couples français. 95% de la population française en couple se dit « très satisfait » à « plutôt satisfait » de leur vie sexuelle, les résultats de notre échantillon retrouvant 80% chez les personnes en couple. Le manque d'intimité dans la rue et l'absence de foyers pour couples rend difficile un épanouissement de la santé sexuelle et la vie en couple.

Les violences subies, le risque d'agressions sexuelles et de vols peuvent cependant pousser à vivre en couple afin de se protéger. On note qu'il existe une différence significative entre le nombre de femmes et d'hommes se déclarant en couple (respectivement 21% et 6,7%, $p<0,001$).

Par ailleurs, les médicaments antipsychotiques et antidépresseurs peuvent avoir un retentissement important sur la santé sexuelle. Ils peuvent ainsi affecter l'érection, l'orgasme, la libido et la satisfaction sexuelle générale. Cela peut alors impliquer des problèmes d'observance allant jusqu'à l'arrêt complet de prise médicamenteuse. Une revue cochrane (38) reprenant 4 études relate l'importance de ces effets indésirables, les solutions proposées étant le changement d'antipsychotique pour un antipsychotique atypique comme l'olanzapine et l'utilisation de molécule comme le sildénafil. Dans tous les cas la question

de la vie sexuelle doit être évoquée par le psychiatre ou le médecin généraliste auprès des patients qui peuvent éprouver des difficultés à en parler.

Concernant l'étude canadienne, la question de la vie sexuelle n'était pas évoquée dans le questionnaire.

6) Recours aux soins

a) Analyse des résultats à M0

Traitements médicamenteux

Nous avons vu dans l'introduction que les co-morbidités chez les sans-abri étaient nombreuses et que l'espérance de vie était très largement diminuée par rapport à la population générale. Les causes de décès pouvaient être multiples et les pathologies cardiaques (notamment liées aux antipsychotiques), digestives, pulmonaires, endocriniennes (diabète) avaient une très forte prévalence. L'analyse des types de traitements médicamenteux met clairement en évidence une sous-estimation de ces risques chez les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères. En effet, seuls 8% des médicaments cités par la population ont une vocation autre que psychiatrique. De plus, seuls 2 médicaments sur 5 parmi ces 8% ont une vocation de traitement chronique.

La prise en charge des pathologies somatiques reste un grand problème chez les personnes présentant des troubles psychiatriques et la coordination entre médecin généraliste et psychiatrique doit être largement améliorée (39).

Consultations

Les résultats précédents peuvent aussi être analysés avec le nombre de consultations pratiquées : en effet, il y a eu au total 529 consultations répertoriées avec des médecins généralistes et 585 avec des psychiatres soit très peu de différences pour une prise en charge essentiellement axée sur les pathologies psychiatriques.

b) Analyse des résultats à M24

Les résultats analysés après 2 ans d'étude ne retrouvent pas de différences significatives en termes de nombre d'hospitalisations, ni de type de service fréquenté (psychiatrique, somatique ou SSR), ni en termes de nombre d'admissions aux urgences. En revanche, si la différence entre le nombre de personnes ayant

été hospitalisées au cours des 6 derniers mois entre les 2 bras n'était pas significative (34% UCSA vs 28% OH $p=0,2$), la durée des hospitalisations pour ces personnes était plus que divisée par deux dans le bras UCSA (durée moyenne d'hospitalisation de 37 jours vs 75 jours $p<0,001$).

Concernant les médicaments, on notera à M24 que 10% des médicaments pris par le bras UCSA et 9% par le bras OH avaient vocation à une prise en charge somatique. Parmi ces médicaments 3 sur 5 pris avaient un objectif cardiovasculaire, endocrinien (diabète, thyroïde), digestif, infectieux (VIH, hépatite C, tuberculose).

c) Données de la littérature

Dans l'étude SAMENTA, on retrouve que chez les personnes sans logement en Ile de France 39,5% déclarent avoir une maladie chronique : 7,4% ont une pathologie respiratoire ou ORL, 6,2% ont du diabète, 5,2% de l'hypertension, 4,3% une maladie cardiovasculaire, 3,8% une pathologie digestive chronique, 3% de l'épilepsie, 1% une infection par le VIH, 1,4% un cancer. Il est intéressant de noter que dans l'étude SAMENTA les personnes présentant des troubles psychotiques déclarent significativement moins de pathologies chroniques (14,7%) : de façon significative ils déclaraient moins de maladies respiratoires ou ORL (1,2%), moins de diabète (1,2%), moins d'hypertension (1,2%). En revanche, ces différences n'étaient pas significatives concernant les maladies cardiovasculaires, les pathologies digestives, le VIH et les maladies articulaires ou osseuses.

Les chiffres semblent assez similaires dans l'étude HYTPEAC concernant les maladies chroniques avec 42,8% des personnes sans domicile vivant dans l'espace public et 46% des personnes rencontrées en centre. Les maladies psychiques étaient incluses et représentaient respectivement 15,3% et 28,3% des pathologies décrites par les personnes rencontrées dans l'espace public et dans les centres.

Par ailleurs, 73% de la population sans-abri interrogée dans l'étude SAMENTA avait consulté un médecin au cours des 6 derniers mois contre 93% à l'inclusion de l'étude UCSA.

Concernant les personnes présentant des troubles psychotiques dans l'étude SAMENTA (diagnostiquées à partir du MINI) 36,9% avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie, 34,1% d'entre elles avaient déjà été hospitalisées sous contrainte, 47,7% prenaient des médicaments. Des résultats très en dessous de la cohorte UCSA où 85% avaient déjà été hospitalisées pour des motifs psychiatriques, 58% au moins une fois sous contrainte et 85% prenaient des médicaments. Ces différences peuvent s'expliquer par des critères d'inclusion dans le programme UCSA impliquant des besoins médico-sociaux élevés. De plus, les personnes

éligibles au programme UCSA étaient repérées initialement par un psychiatre ou un médecin et donc plus probablement déjà dans une démarche de soin.

7) Recours à l'hébergement

a) Analyse des résultats à M0

L'âge de premier épisode de vie sans « chez soi » était particulièrement jeune avec une médiane à 21,5 ans, une moyenne à 25 ans, 25% avant 18 ans et 75% avant 31 ans. On note également une durée prolongée de vie sans chez soi avec une médiane à 7 ans, une moyenne à 8,5 ans et seulement 25% qui sont restés dans cette situation moins de 3 ans.

b) Analyse des résultats à M24

Après 2 ans d'étude, 91% du bras UCSA avait dormi au moins une nuit dans son logement personnel au cours des 6 derniers précédant la fin de l'étude contre 31% du bras OH. Seulement 1% du bras UCSA avait passé au moins une nuit dans la rue, et 8% du bras OH.

Le nombre moyen de nuits passées dans un logement personnel au cours des 6 derniers mois est de 142 jours pour le bras UCSA et de 46 jours pour le bras OH ($p < 0,001$). De façon significative les personnes du bras UCSA ont moins dormi dans la rue ($p < 0,001$), en hébergement d'urgence ($p < 0,001$), en hôtel/foyer ($p < 0,001$), en foyer Adoma/lits Haltes ($p < 0,001$), en squat/famille/connaissances ($p < 0,001$). Le seul « logement » où on ne retrouvait pas de différence significative en termes de moyenne de nuits passées est la prison ($p = 0,7$).

c) Données de la littérature

En France, dans l'étude SAMENTA, on retrouve pour la population sans-abri d'Ile de France une moyenne de 4 ans sans domicile depuis la perte du premier logement. Dans l'étude HYTPEAC, il s'était déroulé en moyenne 10,5 ans depuis la perte de leur premier logement chez les personnes rencontrées uniquement dans les espaces publics. Dans la même étude, chez les personnes sans logement rencontrées dans des centres, la durée moyenne écoulée depuis le premier épisode sans « chez soi » était de 6,6 ans avec une différence significative entre les hommes et les femmes (7,5 ans vs 5,1 ans $p = 0,03$).

Au Canada, l'étude « At Home » retrouvait chez les personnes présentant des « besoins élevés » une médiane de vie sans chez soi à 3 ans et une moyenne à 5,2 ans. L'âge moyen de premier épisode de vie sans « chez soi » était à 33 ans dans l'ensemble de la population incluse (besoins élevés et modérés) soit 8 ans plus tard que dans la population UCSA. Ces différences peuvent probablement être expliquées par un plus grand nombre de personnes issues de l'immigration dans l'étude française (25% n'étaient pas nés en France vs 15% n'étaient pas nés au Canada). Le rapport homme/femme différent entre les deux études (31% de femmes au Canada et 17,5% en France) peut également expliquer ces différences, les femmes restant en moyenne moins longtemps sans domicile.

8) Violences

a) Analyse des résultats à M0

Les résultats montrent que la population présentant des troubles de santé mentale sévères et sans-abri est beaucoup plus souvent victime de violence qu'auteur de violence : 22 fois plus d'agressions sexuelles, 4 fois plus de menaces verbales, 2 fois plus de propos/regards irrespectueux ou humiliants et 4,5 fois plus de vols ou tentatives de vols.

b) Analyse des résultats à M24

La comparaison entre les deux bras UCSA et OH ne montre aucune différence significative entre les deux bras concernant chaque type de violence. Le fait d'être relogé ne diminue pas le nombre ni le type de violences que les personnes peuvent subir ni ne majore leurs actes violents.

c) Données de la littérature

L'étude EVS (Violences et Santé en France) (40) est une étude qui a été réalisée par des enquêteurs de l'INSEE pour recenser les différentes violences subies, au cours des deux années précédant l'enquête, dans la population générale française. L'étude SAMENTA s'est également intéressée à la violence subie, au cours des 12 mois précédant l'enquête, en distinguant notamment les personnes sans-abri ne présentant pas de troubles psychiatriques et les personnes sans-abri présentant des troubles psychotiques. Seules les données concernant les vols ou tentatives de vols ont été retrouvées dans l'étude canadienne At Home.

TABLEAU 6 : VIOLENCES SUBIES SELON DIFFERENTS TYPES DE POPULATION DANS LES ETUDES EVS, SAMENTA, UCSA ET AT HOME

Types de violence	population générale: étude EVS (n=9953)	SAMENTA: population sans-abri d'Ile de France ne présentant pas de troubles psychiatriques sévères (n=303)	SAMENTA: population sans-abri d'Ile de France présentant des troubles psychotiques	UCSA (n=703)	At Home (Canada, n=2148)
Vols ou tentatives de vols	12%	12.5%	33%	35%	32%
menaces verbales, insultes	18%	10.5%	53%	30.7%	
regards, paroles irrespectueux ou humiliants	11%	27.3%	50%	35.4%	
coups/gifles	3%	7.3%	8.9%	23.3%	
bagarres à plusieurs		3.9%	10.3%	17.8%	
agressions sexuelles	0.4%	0.3%	2%	3.3%	

Les personnes présentant des troubles de santé mentale présentent donc systématiquement des prévalences de violences subies plus importantes que ce soit comparé avec la population générale ou avec la population sans-abri ne présentant pas de troubles psychiatriques. Ceci est vrai qu'il s'agisse de violences physique, psychologique, sexuelle ou matérielle.

9) Santé déclarative

a) Analyse des résultats à M0

Les problèmes concernant la prise en charge des troubles visuels et pathologies dentaires étaient très importants. En effet, plus d'une personne sur trois présentait des troubles visuels mais ne portait jamais de lunettes et 72% de la population déclarait avoir des dents à soigner ou à remplacer. Les soins dentaires et les lunettes relèvent de prises en charge par les mutuelles et ce sont des soins coûteux. Pour lutter contre le renoncement à ces soins dans cette population particulièrement touchée, il conviendrait de mettre en place des dispositifs spécifiques.

La prévalence importante de poux/gale/morpions semble bien plus liée aux mauvaises conditions d'hébergement (promiscuité) qu'au manque d'hygiène corporelle puisque 45% prenaient des douches tous les jours et 74% plus de 3 par semaines.

La prévalence de fractures (8%), d'entorses (12%), de plaies ouvertes (22,5%) peut s'expliquer en grande partie par les violences subies, responsables d'un cas sur deux à un cas sur trois, mais également par la prise de substances, le risque de chute, les marches répétées de jour comme de nuit.

b) Analyse des résultats à M24

On ne retrouvait pas de différences significatives entre les deux bras concernant le nombre de douches prises par semaine, le nombre de fractures, le nombre de plaies ouvertes, la proportion de personnes ayant des problèmes de vue et ne portant jamais de lunettes, le nombre de personnes ayant fait au moins une tentative de suicide, l'utilisation de préservatifs, le nombre d'heures moyen de sommeil la nuit précédant l'enquête et le nombre de personnes à jour de ses vaccinations.

On retrouvait en revanche des différences significatives :

- Moins d'entorses répertoriées dans le bras UCSA (3,9% vs 9,5% $p=0,02$).
- Moins de poux/gale/morpions dans le bras UCSA (1,7% vs 6,7% $p=0,01$).

c) Données de la littérature

L'étude SIRS s'est intéressée aux types de soins auxquels les personnes avaient pu renoncer pour des raisons financières. La seule différence significative retrouvée concernait les lunettes et on trouvait un taux de renoncement à ces soins croissant entre les classes moyennes/supérieures, les classes ouvrières puis les zones urbaines sensibles. Le deuxième soin qui n'était pas réalisé pour des raisons financières était les soins dentaires.

A la question « actuellement, avez-vous certaines dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer ? » l'étude SIRS montrait de même une réponse positive croissante entre les classes moyennes/supérieures (33,4%), les classes ouvrières hors ZUS (38,5%) et les résidents des ZUS (39,9%). La différence était significative entre les résidents des ZUS et les « hors ZUS » ($p=0,002$). Ces chiffres peuvent donc être témoins des inégalités sociales et ils sont largement inférieurs à ceux de l'étude UCSA où le taux de personnes répondant positivement à la question était de 72%.

10) Scores de qualité de vie

a) Analyse des résultats à M0

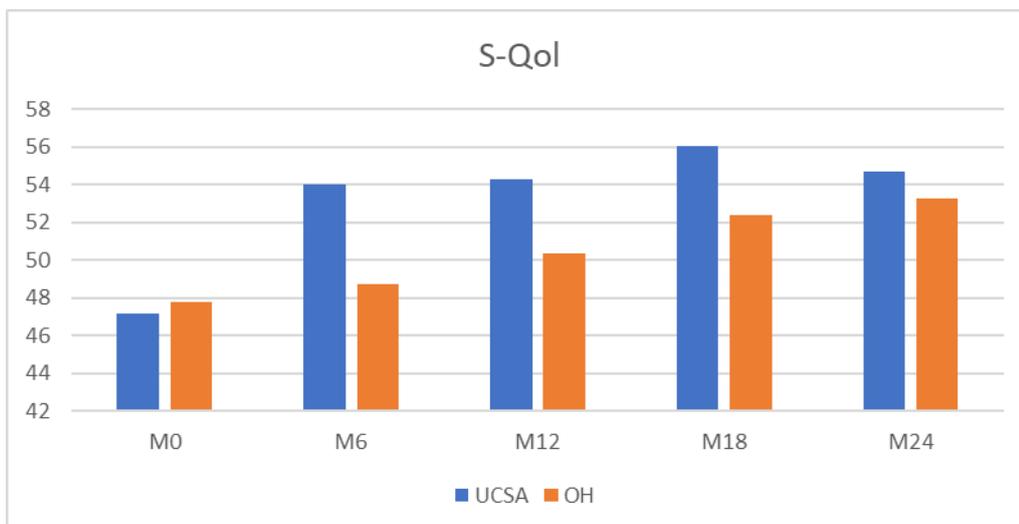
Les résultats de scores de qualité de vie ont été comparés initialement aux résultats de la population générale (EuroQol-5D et SF-36) et aux résultats dans des populations spécifiques (S-QOL). Ils ont tous montré des différences significatives avec des scores largement diminués au sein de la population UCSA. Cependant, l'intérêt de ces scores réside plutôt dans l'évolution de ceux-ci au cours du temps, ce que nous verrons dans le paragraphe suivant.

b) Analyse des résultats à M6-M12-M18-M24

S-QOL

Le S-QOL est un score de qualité de vie spécifique des personnes présentant une schizophrénie et qui a pu être validé également chez les personnes présentant un trouble bipolaire. C'est donc le score le plus intéressant concernant la population de l'étude. Les différences entre les deux bras sont rapidement significatives entre les deux bras à M6 (54,02 vs 48,71 ; $p=0,005$) et M12 (54,3 vs 50,3 ; $p=0,03$) mais celles-ci vont s'atténuer et ne seront plus significatives à M18 et M24 (54,7 vs 53,27 ; $p=0,43$).

FIGURE 44: S-QOL: COMPARAISON DES RESULTATS A M0 M6 M12 M18 ET M24

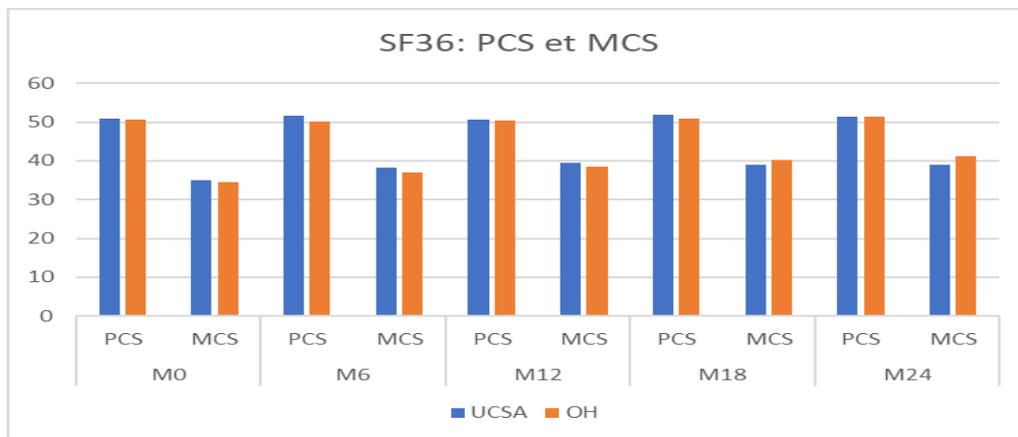


SF-36

Concernant le score SF-36, ont été comparés les deux scores composites PCS et MCS concernant l'état global physique et l'état global mental entre les deux bras.

Sur les 24 mois d'évolution on ne retrouve qu'une seule différence significative : à M24 le score MCS du bras OH est significativement plus élevé que pour le bras UCSA (39,03 UCSA vs 41,26 ; $p=0,032$). Des résultats qui semblent donc plutôt discordants avec le S-QoI, ce dernier ayant a priori plus de sensibilité car a été conçu pour étudier la population analysée.

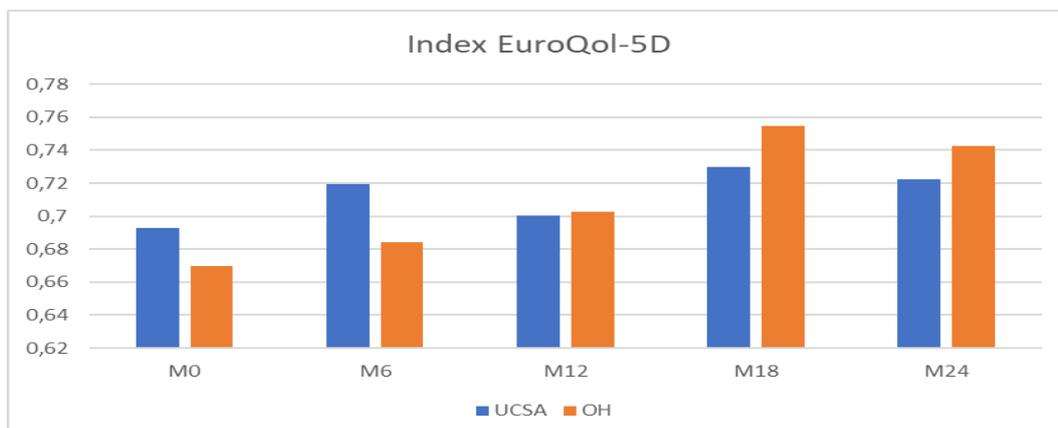
FIGURE 45: SF36: COMPARAISON ENTRE LES DEUX BRAS DES SCORES COMPOSITES PCS ET MCS A M0 M6 M12 M18 ET M24



EuroQol 5D

Concernant le score de qualité de vie non spécifique EuroQol-5D, on ne retrouve aucune différence significative entre les deux bras OH et UCSA que ce soit à M6 ($p=0,265$), à M12 ($p=0,942$), à M18 ($p=0,413$) ou à M24 ($p=0,501$).

FIGURE 46: EQOL: COMPARAISON DU SCORE INDEX ENTRE LES DEUX BRAS A M0 M6 M12 M18 ET M24



II Limites et forces de l'étude

1) Les limites

L'analyse descriptive des données recueillies à l'inclusion dans le programme « Un chez soi d'abord » s'est heurtée à plusieurs limites.

La quantité de données particulièrement importante (plus de 1000 variables) a rendu difficile l'analyse multivariée dans le cadre de ce travail. Cela aurait pu permettre de mettre en évidence des corrélations entre des situations de recours à l'hébergement, de problèmes sanitaires, de recours aux réseaux de soins. Plutôt que de s'intéresser à un seul de ces indicateurs, nous avons choisi de commencer par une description générale, un « panorama ». L'analyse détaillée de chacun de ces indicateurs pourra faire l'objet d'un travail ultérieur.

Une autre limite de ce travail est liée à la représentativité de l'échantillon. En effet, compte tenu des critères d'inclusion, nous ne pouvons pas extrapoler ces résultats à l'ensemble des sans-abri présentant des troubles psychiatriques sévères, encore moins à l'ensemble des sans-abri. Par exemple, seules les personnes suivies par certaines équipes, dites équipes d'amont, ayant un diagnostic psychiatrique bien défini par un psychiatre ont pu être recrutées. La sélection de critères d'inclusion « de besoin élevé » (haute consommation de services ou addictions ou incarcération récente) excluait aussi un certain nombre de personnes sans-abri. La possibilité de consentir de manière éclairée ou l'acceptation du procédé de la recherche était un autre obstacle. La problématique des personnes étrangères en situation irrégulière, croissante à la rue, n'est pas non plus abordée, puisque l'inclusion dans le programme était conditionnée par l'accès aux aides sociales françaises ; et que plus largement toute inclusion dans un programme de recherche clinique repose depuis les lois Nuremberg sur l'affiliation au système de santé de l'expérimentateur (pas d'essai biomédical sur des populations étrangères).

De plus, le questionnaire était réalisé pour une analyse comparative et prospective, et non pour faire un état des lieux de la situation des sans-abri présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires. Cela implique que certaines données n'ont pas été étudiées (score de symptomatologie psychiatrique) ou révèlent peu d'intérêt lorsqu'elles sont analysées de façon isolée (score de qualité de vie).

Par ailleurs, plusieurs questions font appel aux événements passés, cela implique l'apparition d'un biais de mémorisation. Les parties concernant le recours aux soins, le recours à l'hébergement, les problèmes judiciaires, les violences, le recours aux structures médicaux-sociales sont analysées en fonction des événements des 6 derniers mois et impliquent donc ce biais de mémoire.

Certaines questions sont sensibles : celles liées à la violence ou à la sexualité sont classiquement sous-enseignées. Le fait de comparer deux groupes randomisés dans le temps permet de compenser ce biais, qui est présent dans les deux groupes, mais c'est un problème pour l'analyse de données baseline.

Cette question rejoint celle d'un autre biais sans doute important dans cette étude : celui de désirabilité sociale, qui implique que la personne réponde en fonction de son interlocuteur pour se montrer sous son meilleur jour et sortir de la stigmatisation. Les enquêteurs étaient formés à cette question et connaissaient bien la vie à la rue.

Pour toutes ces raisons, la possibilité d'une passation avec un système informatisé a été envisagé : des questions préenregistrées écoutées dans un casque, et une réponse directe sur l'ordinateur par la personne. Cependant, compte tenu du manque d'expérience du service avec ce dispositif, du niveau d'accès faible de cette population au numérique, de certaines difficultés avec la lecture et de la nécessité de remobiliser les personnes pour un entretien long, l'idée a été abandonnée.

La population étudiée pose aussi la question de la fiabilité des réponses (41). En effet, près de 80% présentent des comorbidités addictives et les pathologies psychiatriques peuvent altérer le jugement. Cependant, à l'entrée dans le programme, les personnes devaient signer un consentement éclairé et leur état devait donc permettre l'inclusion, ce qui limite ce problème pour le questionnaire d'inclusion. A la suite du questionnaire les enquêteurs avaient évalué les informations recueillies comme « a priori fiables » à 89%, fiables en partie à 10% et pas fiables du tout à 1%. Les enquêteurs notaient également que 96% des personnes interrogées étaient coopérantes et que 93% ne semblaient pas avoir consommé des substances susceptibles d'entraver le raisonnement.

Enfin, le questionnaire est long, parfois compliqué ou délicat, et faisant appel à la mémoire, ce qui augmente le risque de données manquantes.

2) Les forces

Bien que le programme « Un chez soi d'abord » n'ait pas une vocation d'analyse descriptive de la population sans-abri présentant des troubles mentaux, elle représente la plus grande cohorte de personnes schizophrènes ou bipolaires, sans abri, et ayant des besoins élevés jamais analysée en France. Aucune étude n'a pu obtenir autant de données concernant un échantillon aussi important de cette population vulnérable et difficilement accessible. Cette étude permet de dresser un tableau complet de leur situation sociale et sanitaire et pourra s'avérer utile pour les pouvoirs publics afin de proposer de nouvelles réponses adaptées.

Par exemple, des problèmes très peu connus comme celui des dettes sont documentés de manière inédite et donnent des pistes pour améliorer l'accès au logement des personnes.

Les difficultés posées par la complexité et la vulnérabilité des personnes à interroger ont pu être palliées par le recrutement d'enquêteurs psychologues ou socio-anthropologues formés. En effet, ces professionnels destinés à suivre les personnes tous les 6 mois pendant 2 ans ont principalement été recrutés sur leur pratique du travail de rue, leur habitude à travailler avec des sans-abris et leur capacité à instaurer un climat de confiance, d'empathie, d'écoute souple et bienveillante.

Conclusions

L'étude SAMENTA, menée en France en 2009, a montré que la prévalence de troubles psychotiques dans la population sans-abri était 8 à 10 fois plus élevée que dans la population générale. Cette concentration dans la rue signe l'insuffisance des politiques sanitaires et sociales en direction de ce public.

Le programme "Un chez soi d'abord" a constitué à partir de 2011 une alternative innovante pour les personnes sans-abri présentant des maladies mentales sévères. Ce programme, basé sur les principes du rétablissement et de l'« Housing first » a proposé de reloger, sans condition, des personnes sans-abri présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires. L'intervention a été évaluée au moyen d'une étude randomisée, comparative, multicentrique menée sous la direction du laboratoire de recherche du Pr P. Auquier à Marseille, dans une démarche de recherche interventionnelle.

Entre août 2011 et mars 2014, 703 personnes ont pu être incluses dans l'étude : 353 personnes ont été relogées et 350 ont intégré le groupe témoin. Il y avait notamment 123 femmes et 580 hommes, 69% de personnes avec schizophrénie et 31% de personnes avec un trouble bipolaire, l'âge moyen était de 39 ans.

A l'inclusion dans l'étude, chaque individu répondait à un questionnaire renseignant de nombreux paramètres : situation sanitaire, sociale, économique et de logement.

L'étude descriptive de ces résultats à baseline constitue l'objet de cette thèse, et a pour objectif une meilleure connaissance de cette population spécifique particulièrement vulnérable.

Sur le plan sanitaire, 85% des personnes avaient déjà été hospitalisées pour des raisons de souffrance psychique dans leur vie et 58% avaient déjà été hospitalisées sous contrainte. Au cours des 6 mois précédant l'enquête : 85% avaient pris des médicaments, 61% avaient été hospitalisées au moins une fois,

50% avaient consulté au moins une fois aux urgences et 13% avaient fait au moins une tentative de suicide. 92% des médicaments pris par la population avaient une indication psychiatrique (antipsychotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, substitution aux opiacés, anti parkinsoniens). 35% de la population avait des troubles visuels mais ne portait jamais de lunettes, 72% avait des problèmes dentaires en cours de traitement ou à traiter, 60% ne faisait pas 2 vrais repas par jour.

Concernant le logement 25% des individus se sont retrouvés sans chez soi pour la première fois avant ses 18 ans, et 50% avant ses 21,5 ans. En moyenne ils étaient restés 8,5 ans sans logement, avec une moyenne de 4,4 ans à dormir dans l'espace public. 33% des nuits des 703 personnes, au cours des 6 mois précédant l'enquête, avaient été passées dans la rue.

Au niveau du réseau social, les principaux contacts se faisaient avec du personnel soignant et des membres d'associations (75% en rencontrait un au moins une fois par semaine), bien devant les amis (57%), la famille (26%), les enfants (22%). Cependant, le recours aux différentes structures médico-sociales était faible avec plus de 50% n'ayant jamais appelé le 115, ni fréquenté des lieux de distribution de repas chauds. Les violences subies étaient importantes avec au cours des 6 mois précédant l'enquête : 3% déclarant avoir subi une agression sexuelle, 30% déclarant avoir subi des menaces verbales, 35% déclarant avoir été volé ou avoir subi une tentative de vol.

Au niveau financier la médiane de revenus était de 700 euros (principalement grâce à l'Allocation Adulte Handicapé). 50% de la population avait au moins une dette dont la médiane était à 1850 euros. Seules 8 personnes exerçaient une activité professionnelle lors de l'enquête, mais 86% de la population avait déjà exercé un emploi. On retrouve également un niveau d'étude faible avec 73,5% n'ayant pas le baccalauréat.

L'analyse descriptive des données recueillies à l'inclusion dans le programme « Un chez soi d'abord » s'est heurtée à plusieurs limites. Tout d'abord, le questionnaire était réalisé pour une analyse comparative et prospective, non pour faire un état des lieux de la situation des sans-abri présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires. Cela implique que certaines données n'ont pas été étudiées (score d'observance, de symptomatologie psychiatrique) ou ont peu d'intérêt lorsqu'elles sont analysées de façon isolée (score de qualité de vie). Cependant, la cohorte du programme « Un chez soi d'abord » est la plus grande étudiée en France concernant cette population difficilement accessible et son étude permet de dresser un tableau riche de la situation des sans-abri avec schizophrénie ou troubles bipolaires. L'abondance de données n'a pas permis de réaliser des analyses multivariées pour tous les paramètres dans le cadre de ce travail. En revanche, elle pourra s'avérer utile pour les pouvoirs publics afin de proposer de nouvelles réponses au problème du sans-abrisme chez les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères. Les difficultés rencontrées par la réalisation d'un questionnaire long, intrusif, faisant appel à la mémoire, chez

des personnes vulnérables ont pu être compensées par le recrutement d'enquêteurs habitués au travail de rue et capables d'empathie et d'écoute bienveillante.

En 2016, le programme "Un chez soi d'abord" a été évalué par un comité d'experts national (42), sous la présidence de M. Sylvain Mathieu, délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL), qui avait piloté le projet au niveau national. Il a été conclu que celui-ci répond à un besoin réel en termes de politiques publiques, qu'il a une réelle efficacité en termes de stabilité dans le logement et d'amélioration de l'état de santé, qu'il apporte une plus-value par rapport à l'offre existante. Il a ainsi été préconisé la pérennisation et le déploiement du programme sur le territoire en poursuivant un accompagnement évaluatif rigoureux. Le programme devrait s'étendre sur 16 autres sites d'ici 2022.

Bibliographie

1. Fiche 1 - Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ? [Internet]. Conférence de consensus pour les sans-abri. Disponible à : http://sans-abri.typepad.fr/conference_de_consensus/2007/10/fiche-n1---les-.html
2. Clanche F. Le classement des situations de logement : les sans-domiciles dans des nomenclatures générales. Notes méthodologiques. Sociétés contemporaines. 1998 ; 30(1):181-96.
3. ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement [Internet]. Disponible à : <http://www.feantsa.org/fr/resource/toolkit/2012/07/12/ethos-typologie-europeenne-de-l-exclusion-liee-au-logement>
4. Définition - Sans-domicile | Insee [Internet]. Disponible à : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>
5. 21e rapport sur l'état du mal-logement en France 2016 | Fondation Abbé Pierre [Internet]. Disponible à : <http://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-publications/etat-du-mal-logement/les-rapports-annuels/21e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2016>
6. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455 [Internet]. Disponible à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
7. Introduction de cadrage : les sans-domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012—Économie et Statistique n° 488-489 | Insee [Internet]. Disponible à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2123142?sommaire=2123156>
8. Insee Sante SDF [Internet]. Disponible à : <https://www.scribd.com/document/142545597/Insee-Sante-SDF>
9. Fiche 2 - La santé des personnes sans domicile [Internet]. Conférence de consensus pour les sans-abri. Disponible à : http://sans-abri.typepad.fr/conference_de_consensus/2007/10/fiche-n2---la-s.html

10. Samenta- SAnTé MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens [Internet]. Samu Social de Paris. 2014 Disponible à : <https://www.samusocial.paris/samenta-sante-mentale-et-addictions-chez-les-sans-domicile-franciliens>
11. Données statistiques, articles - Collectif Morts de la Rue [Internet]. Disponible à : <http://www.mortsdelarue.org/spip.php?article127>
12. étude mortalité sans abris Marseille - etude_mortalite_sans_abris_Marseille.pdf [Internet]. Disponible à : http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/etude_mortalite_sans_abris_Marseille.pdf
13. ORS Rhône-Alpes - Documentation [Internet]. Disponible à : <http://www.ors-rhone-alpes.org/documentation.asp?search=searchm&num=26529>
14. La santé des personnes sans chez soi - Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen [Internet]. Disponible à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000014/index.shtml>
15. Lovell A.M., Cook L., Velpry L., La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 56, 197-207, 2008.
16. The Housing First Model | Pathways to Housing PA [Internet]. Disponible à : <https://pathwaystohousingpa.org/housing-first-model>
17. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv. avr 2000;51(4):487-93.
18. Le « rétablissement » au pays des mangeurs de grenouilles ... et de la psychothérapie institutionnelle.... | Congrès Français de Psychiatrie [Internet]. Disponible à : https://www.congresfrançaispsychiatrie.org/n15_8/
19. Kertesz SG, Crouch K, Milby JB, Cusimano RE, Schumacher JE. Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching? Milbank Q. juin 2009;87(2):495-534.

20. Tinland A, Fortanier C, Girard V, Laval C, Videau B, Rhenter P, et al. Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 24 sept 2013;14:309.
21. Tinland A. Un essai d'intervention randomisé comparant deux stratégies de prise en charge des personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale sévère: le programme « un chez-soi d'abord » [Thèse d'exercice]. [1970-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine; 2011.
22. Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. *JAMA*. 6 mai 2009;301(17):1771-8.
23. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee [Internet]. Disponible à : <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>
24. Boyer L, Simeoni M-C, Loundou A, D'Amato T, Reine G, Lancon C, et al. The development of the S-QoL 18: a shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. août 2010;121(1-3):241-50.
25. Le questionnaire MOS SF-36 : manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores LEPLÈGE [Internet]. Librairie Lavoisier. Disponible à : https://www.lavoisier.fr/livre/autre/le-questionnaire-mos-sf-36-manuel-de-l-utilisateur-et-guide-d-interpretation-des-scores/leplege/descriptif_2174598.
26. Self-Reported Population Health: An International Perspective | Agota Szende | Springer [Internet]. Disponible à : <https://www.springer.com/br/book/9789400775954>
27. Latimer EA, Rabouin D, Cao Z, Ly A, Powell G, Aubry T, et al. Costs of services for homeless people with mental illness in 5 Canadian cities: a large prospective follow-up study. *CMAJ Open*. 18 juill 2017;5(3):E576-85.

28. Goering PN, Streiner DL, Adair C, Aubry T, Barker J, Distasio J, et al. The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000323.
29. National At Home/Chez Soi Final Report | Mental Health Commission of Canada [Internet]. Disponible à: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/24376/national-homechez-soi-final-report>
30. Stergiopoulos V, Gozdzik A, O'Campo P, Holtby AR, Jeyaratnam J, Tsemberis S. Housing First: exploring participants' early support needs. *BMC Health Serv Res*. 13 avr 2014;14:167.
31. Comment être reconnu « travailleur handicapé » ? [Internet]. Disponible à: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1650>
32. HYTPEAC : une étude pour en finir avec les idées reçues sur l'hygiène des sans-abri [Internet]. Samu Social de Paris. 2014. Disponible à: <https://www.samusocial.paris/actualite/hytpeac-une-etude-pour-en-finir-avec-les-idees-recues-sur-lhygiene-des-sans-abri>
33. Les niveaux de vie en 2010 - Insee Première - 1412 [Internet]. Disponible à: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1283651>
34. Poremski D, Distasio J, Hwang SW, Latimer E. Employment and Income of People Who Experience Mental Illness and Homelessness in a Large Canadian Sample. *Can J Psychiatry*. sept 2015;60(9):379-85.
35. Crésus 2017 : Un plaidoyer contre le surendettement [Internet]. Disponible à: <http://www.cresus-france.org/>
36. Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers (...) [Internet]. Ville.gouv.fr - Ministère de la Cohésion des territoires. Disponible à: http://www.ville.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=0
37. BVA - Sondages : Les Couples Face à leur Sexualité [Internet]. Disponible à: http://www.bva.fr/fr/sondages/les_couples_face_a_leur_sexualite.html

38. Prise en charge des problèmes sexuels dus à un traitement médicamenteux antipsychotique | Cochrane [Internet]. Disponible à: <http://www.cochrane.org/fr/CD003546/prise-en-charge-des-problemes-sexuels-dus-a-un-traitement-medicamenteux-antipsychotique>
39. Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI (2016) Improving the physical health of adults with severe mental illness: essential actions (OP100). Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/OP100.pdf>.
40. Violences et santé en France : état des lieux - Ouvrages thématiques - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible à: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/violences-et-sante-en-france-etat-des-lieux>
41. Williams, Anne M. Issues of consent and data collection in vulnerable populations ; Journal of Neuroscience Nursing; Park Ridge 34.4 (Aug 2002): 211-7.
42. Avis et recommandations du comité d'évaluation du programme expérimental « un chez-soi d'abord » -
avis_et_recommandations_du_comite_devaluation_du_programme_un_chez_soi_dabord.pdf [Internet]. Disponible à: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/avis_et_recommandations_du_comite_devaluation_du_programme_un_chez_soi_dabord.pdf

Annexe 1 : classification ETHOS

	Catégorie opérationnelle	Situation de vie	Définition générique	
v Catégorie Conceptuelle v	SANS ABRÍ	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
		2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
	SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
			3.2 Logement provisoire	
			3.3 Hébergement de transition avec accompagnement	
		4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1 Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		5 Personnes en hébergement pour immigrants	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
	5.2 Hébergement pour travailleurs migrants			
	6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération	
		6.2 Institutions médicales (*)		
	7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	6.3 Institutions pour enfants / homes	Pas de logement identifié (p.ex. au 18 ^e anniversaire)	
		7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)	
	7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri			
LOGEMENT PRÉCAIRE	8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal	
		8.2 Sans bail de (sous-)location		
		8.3 Occupation illégale d'un terrain		
	9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels	
9.2 Avis de saisie (propriétaire)		Quand le prêteur possède un avis légal de saisie		
10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques		
LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel Abri, baraquement ou cabane de fortune Baraque ou cabane de structure semi permanente	
		11.2 Construction non conventionnelle		
		11.3 Habitat provisoire		
12 Personnes en logement indigne	12.1 Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction		
13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables		

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.

Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

(*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.

Annexe 2 : le questionnaire

EVALUATION INITIALE ENQUETEUR

1.	Caractéristiques socio-démographiques	2
2.	Situation administrative	3
3.	Situation professionnelle – Short Form Health and Labour Questionnaire (SF-HLQ)	4
4.	Situation financière	7
5.	Réseau social.....	8
6.	Sexualité	11
7.	Recours aux soins	12
8.	Recours à l’hébergement	16
9.	Recours aux structures médico-sociales/sociales	21
10.	Violences.....	23
11.	Problèmes judiciaires.....	24
12.	Santé déclarative	25
13.	Colorado Symptom Index Modifié (MCSI)	27
14.	Recovery Assessment Scale (RAS)	29
15.	EuroQol-5D	31
16.	SF36v2.....	33
17.	S-QOL.....	38
18.	Medication Adherence Rating Scale (MARS).....	41
19.	Appréciation de l’enquêteur sur l’information recueillie	42

Date du jour ____/____/____

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- 1.1. Sexe Masculin Féminin NSP NVPR
- 1.2. Année de naissance _____ OU Quel âge avez-vous ? _____ NSP NVPR
- 1.3. Nationalité actuelle :
 Française NSP NVPR
 Autre (*à préciser*) :..... NSP NVPR
- 1.4. Votre pays de naissance ? NSP NVPR
 France métropolitaine, ville de naissance
 DOM-TOM, ville de naissance
 A l'étranger (*à préciser*)..... Age d'arrivée en France
- 1.5. Si la personne est française : NSP NVPR
Quel est le pays de naissance de votre mère?
 France métropolitaine
 DOM-TOM
 A l'étranger (*à préciser*) Age d'arrivée en France
- 1.6. Si la personne est française : NSP NVPR
Quel est le pays de naissance de votre père?
 France métropolitaine
 DOM-TOM
 A l'étranger (*à préciser*) Age d'arrivée en France
- 1.7. Votre niveau d'études (*ne pas énoncer*) NSP NVPR
 Jamais été à l'école
 Niveau primaire
 Niveau collège
 Niveau CAP, BEP
 Niveau Bac
 Niveau Bac+2 et plus
 Diplôme étranger (*à précisez*) :.....
- 1.8. Votre état civil : NSP NVPR
 Célibataire
 En concubinage
 Pacsé
 Marié
 Séparé
 Divorcé
 Veuf
- 1.9. Avez-vous des enfants ? NSP NVPR
 Oui, combien ?.....
 Non

1.10. Avez-vous servi dans l'armée ?

- Non
 Appelé (service militaire)
 Engagé

1.11. Avez-vous participé à un conflit armé ?

- Oui, le(s)quel(s) :
 Non

2. SITUATION ADMINISTRATIVE

2.1. Si vous êtes étrangers, avez-vous un **titre de séjour** à jour ?

- Oui
 Non
 Non concerné

Si non avez-vous entrepris des démarches de création / de renouvellement ?

- Oui Non

2.2. Avez-vous une **pièce d'identité** à jour ?

- Oui Non

Si non avez-vous entrepris des démarches de création / de renouvellement ?

- Oui Non

2.3. Etes-vous **assuré social** (carte vitale, AME, CMU) ?

- Oui, êtes-vous en Affection Longue Durée (ALD) ? Oui Non
 Non

Si oui, avez-vous un justificatif de ce statut (carte vitale, attestation) ?

- Oui Non

Si non à l'une des deux questions précédentes, avez-vous entrepris des démarches de création / de renouvellement / de demande de duplicata ?

- Oui Non

2.4. Avez-vous une **mutuelle** ?

- Oui Non

Si oui, avez-vous un justificatif de ce statut (carte vitale, attestation) ?

- Oui Non

Si non à l'une des deux questions précédentes, avez-vous entrepris des démarches de création / de renouvellement / de demande de duplicata ?

- Oui Non

2.5. Bénéficiez-vous d'une **Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)** ?

- Oui, depuis ____ / ____
 Non

Si non avez-vous entrepris des démarches pour l'obtenir ?

- Oui
 Non

NSP NVPR

3. SITUATION PROFESSIONNELLE – SHORT FORM HEALTH AND LABOUR QUESTIONNAIRE (SF-HLQ)

<p>3.1. <u>Au cours de votre vie</u>, avez-vous déjà eu une activité professionnelle rémunérée déclarée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>3.2. Si oui, quel est votre dernier emploi rémunéré déclaré ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>3.3. <u>Au cours des 6 derniers mois</u>, avez-vous commencé à suivre un programme de formation ou commencé à suivre des cours ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, depuis quelle date ? |_|_| / |_|_|_|_|_| Quelle formation/quels cours suivez-vous ?..... Combien de temps devrait durer cette formation?</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>3.4. <u>Au cours des 6 derniers mois</u> (et jusqu'à aujourd'hui), avez-vous eu une activité professionnelle rémunérée déclarée (<i>même si vous êtes ou avez été en arrêt de travail pour maladie</i>) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non (<i>continuer à la question 3.12.</i>) <input type="checkbox"/> Oui, une seule <input type="checkbox"/> Oui, plusieurs, combien ?.....</p> <p>Si oui, pendant combien de semaines/mois au total sur les 6 mois avez-vous occupé un emploi rémunéré déclaré ? semaines OU mois</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>3.5. <u>A l'heure actuelle</u>, avez-vous une activité professionnelle rémunérée déclarée (<i>même si vous êtes en arrêt de travail pour maladie</i>) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non (<i>continuer à la question 3.12.</i>) <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>A quelle date avez-vous débuté cette activité professionnelle ? |_|_| / |_|_|_|_|_|</p> <p>Combien d'heures de travail sont mentionnées sur votre contrat de travail ? heures par semaine</p> <p>Sur combien de jours de la semaine effectuez-vous ce nombre d'heures ? jours</p> <p>Etes-vous en <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CUI (Contrat unique d'insertion) <input type="checkbox"/> Contrat spécifique (interim, apprentissage...)</p> <p>Exercez-vous votre activité professionnelle rémunérée déclarée en Etablissement ou service d'aide par le travail (Esat) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>

3.6. Au cours du dernier mois écoulé, vos ennuis de santé vous ont-ils contraint à arrêter de travailler au moins une fois (y compris pour visites médicales et/ou hospitalisations)? (*choisir le cas adapté*)

Non

Oui, j'ai manqué jours de travail (*une semaine est constituée de 5 jours max de travail*)

Oui, j'ai été en arrêt de travail sur la totalité du dernier mois et je suis en arrêt de travail pour maladie depuis le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_| (*continuez à la question 3.11.*)

Oui, j'ai été en arrêt de travail sur la totalité du dernier mois et je suis en incapacité totale de travail depuis le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_| (*continuez à la question 3.11.*)

Certaines personnes avec des ennuis de santé continuent d'aller travailler, mais ne parviennent pas à effectuer leur travail comme elles voudraient à cause de leurs ennuis de santé. Les questions 3.7. à 3.9. portent sur ces aspects.

3.7. Au cours du dernier mois écoulé, est-ce que votre capacité à effectuer votre travail correctement a été affectée négativement par vos ennuis de santé ?

Non, pas du tout (*continuer à la question 3.11.*)

Oui, un peu

Oui, beaucoup

3.8. Combien de jours avez-vous travaillé au cours du dernier mois écoulé malgré vos ennuis de santé ?

..... jours (*Merci de ne pas comptabiliser les jours pendant lesquels vous étiez en arrêt de travail pour maladie*)

(*Rappel : une semaine est constituée de 5 jours maximum de travail*)

3.9. Merci d'indiquer sur l'échelle ci-dessous votre niveau de capacité à effectuer votre travail correctement sur ces jours travaillés malgré vos ennuis de santé ?

(*1 indique le niveau le pire de capacité à effectuer son travail correctement et 10 le niveau habituel qui n'a pas été affecté par des ennuis de santé*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.
niveau le pire					niveau habituel				

3.10. Si vous deviez rattraper le travail que vous n'avez-vous pas pu faire correctement santé au cours du dernier mois écoulé à cause de vos ennuis de santé, combien d'heures de travail estimeriez-vous devoir faire ?

..... heures (*Merci de ne pas comptabiliser les jours pendant lesquels vous étiez en arrêt de travail pour maladie*)

(*Rappel : une semaine est constituée de 5 jours maximum de travail*)

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

3.11. Quel est votre revenu net pour votre activité professionnelle rémunérée déclarée ? (Il s'agit du montant que vous recevez à l'heure actuelle. Nous voulons connaître uniquement votre propre revenu sans comptabiliser celui de votre conjoint).

- € par semaine
- € pour 4 semaines
- € par mois
- € par année

NSP NVPR

3.12. Laquelle des situations décrites ci-dessous s'applique à votre cas personnel (si plusieurs cas, choisir le plus important) ?

- J'ai une activité professionnelle rémunérée continue, depuis le |_|_| / |_|_|_|_|_|
- J'ai une activité professionnelle rémunérée intermittente (au moins 3 mois sur les 6 derniers mois), depuis le |_|_| / |_|_|_|_|_|
- J'ai une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour des raisons de santé, depuis le |_|_| / |_|_|_|_|_| et mon incapacité à travailler a été estimée à %
- Je suis une personne au foyer
- Je suis retraité(e), depuis le |_|_| / |_|_|_|_|_|
- Je suis chômeur indemnisé (Allocations chômage, Revenu Solidarité Active (RSA), Revenu Minimum d'Activité (RMA)), depuis le |_|_| / |_|_|_|_|_|
- Je suis élève, étudiant
- Je suis sans activité professionnelle rémunérée déclarée pour d'autres raisons (dont chômage non indemnisé, chômeur non inscrit, travail au noir, bénévole, AAH, ...). *A préciser* :

NSP NVPR

4. SITUATION FINANCIERE

4.1. Mensuellement, combien gagnez-vous ?

NSP NVPR

4.2. D'où proviennent vos ressources financières? (*énoncer la liste, plusieurs réponses possibles*)

NSP NVPR

- | | Montant | | | |
|---|----------------|----|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi rémunéré déclaré |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Allocation chômage |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Allocation logement |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Allocation familiale |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> RSA |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> AAH (avec ou sans compléments) |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Indemnités journalières |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Retraite |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Pension invalidité |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Revenu de capital |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Aide de la famille, entourage |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Travail au noir |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Travail de rue (musique, jonglerie etc...) |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Manche |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Prostitution |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Proxénétisme |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Deal |/ semaine | OU |/ mois | |
| <input type="checkbox"/> Autres (vol, recel, etc.)..... |/ semaine | OU |/ mois | |

Faire le total et vérifier s'il correspond à la somme annoncée à la question 4.1. Si non, en discuter avec le patient pour essayer de corriger.

4.3. Avez-vous d'autres moyens de subsistance ?

NSP NVPR

- Oui
 Non

4.4. Si oui (*plusieurs réponses possibles*)

NSP NVPR

- | En général, vous obtenez... | Grâce à un don | Grâce à un troc |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nourriture | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Logement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Drogues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sexe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.5. A combien s'élèvent vos dépenses courantes (au choix, plusieurs réponses possibles) ?

	Montant	
Nourriture	...../ semaine OU	...../ mois
Tabac	...../ semaine OU	...../ mois
Alcool	...../ semaine OU	...../ mois
Cannabis	...../ semaine OU	...../ mois
Drogues	...../ semaine OU	...../ mois
Médicaments	...../ semaine OU	...../ mois
Toilette / linge	...../ semaine OU	...../ mois
Vêtements	...../ semaine OU	...../ mois
Hébergement (hôtel,...)	...../ semaine OU	...../ mois
Téléphone	...../ semaine OU	...../ mois
Assurances, mutuelle	...../ semaine OU	...../ mois
Pensions alimentaires	...../ semaine OU	...../ mois
Education des enfants	...../ semaine OU	...../ mois
Autres, précisez.....	...../ semaine OU	...../ mois
Autres, précisez.....	...../ semaine OU	...../ mois

4.6. Avez-vous des dettes ?

- Oui
 Non

Si oui lesquelles ?

A quel montant s'élèvent ces dettes ?

5. RESEAU SOCIAL

5.1. Actuellement, êtes-vous en couple ?

- Oui
 Non

5.2. Avez-vous de la famille ?

- Oui
 Non

5.3. Si oui, cette famille est composée de ...

- parents (*biologiques/adoptifs*)
 enfants
 grands-parents
 oncles/tantes
 frères/sœurs
 neveux / nièces
 autre,

5.4. Diriez-vous que vous avez des amis ?

- Oui Non

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

5.5. Si oui, ces amis sont-ils... (*plusieurs réponses possibles*)

- des amis de la rue ayant un logement
- des amis de la rue sans logement
- des amis d'autres environnements que celui de la rue

5.6. Actuellement, vous diriez que vous avez des contacts avec...

Votre (vos) enfant(s) (<i>au moins un(des) enfant(s)</i>)	
<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par mois
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par jour	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par an
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Jamais
Au moins un membre de votre famille (en dehors de vos enfants)	
<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par mois
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par jour	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par an
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Jamais
Au moins un de vos amis	
<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par mois
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par jour	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par an
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Jamais
Des connaissances de la rue, que vous pouvez apprécier ou non	
<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par mois
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par jour	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par an
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Jamais
Riverains (commerçants, voisins, passants...)	
<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par mois
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par jour	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par an
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Jamais
Personnel soignant, bénévoles, associations	
<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par mois
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par jour	<input type="checkbox"/> Au moins une fois par an
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Jamais

5.7. Sur qui pouvez-vous compter pour avoir une aide financière ?

- Personne
- Votre famille
- Des amis, des collègues
- Vos voisins
- Des professionnels de santé ou du social
- Autres (*à préciser*) :

5.8. Sur qui pouvez-vous compter pour avoir une aide matérielle (transport, hébergement, repas, etc.) ?

- Personne
- Votre famille
- Des amis, des collègues
- Vos voisins
- Des professionnels de santé ou du social
- Autres (*à préciser*) :

NSP NVPR

<p>5.9. Sur qui pouvez-vous compter pour avoir une aide "psychologique" (écoute, réconfort, conseil, etc.) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Personne</p> <p><input type="checkbox"/> Votre famille</p> <p><input type="checkbox"/> Des amis, des collègues</p> <p><input type="checkbox"/> Vos voisins</p> <p><input type="checkbox"/> Des professionnels de santé ou du social</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (<i>à préciser</i>) :</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>5.10. Avez-vous le sentiment d'être une charge financière pour :</p> <p><input type="checkbox"/> Personne</p> <p><input type="checkbox"/> Votre famille</p> <p><input type="checkbox"/> Des amis, des collègues</p> <p><input type="checkbox"/> Vos voisins</p> <p><input type="checkbox"/> Des professionnels de santé ou du social</p> <p><input type="checkbox"/> La Société</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>5.11. Avez-vous le sentiment d'être une source d'anxiété pour :</p> <p><input type="checkbox"/> Personne</p> <p><input type="checkbox"/> Votre famille</p> <p><input type="checkbox"/> Des amis, des collègues</p> <p><input type="checkbox"/> Vos voisins</p> <p><input type="checkbox"/> Des professionnels de santé ou du social</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>5.12. Avez-vous le sentiment d'être une source de problèmes de santé pour :</p> <p><input type="checkbox"/> Personne</p> <p><input type="checkbox"/> Votre famille</p> <p><input type="checkbox"/> Des amis, des collègues</p> <p><input type="checkbox"/> Vos voisins</p> <p><input type="checkbox"/> Des professionnels de santé ou du social</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>5.13. Avez-vous des animaux de compagnie ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>5.14. Participez-vous à une (ou plusieurs) activité en groupe ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, la(es)quelle(s) ?.....</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>5.15. Etes-vous membre d'une association ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>5.16. Etes-vous inscrit sur les listes électorales ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>
<p>5.17. En règle générale, votez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Régulièrement</p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p><input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>

5.18. Avez-vous le sentiment d'être suffisamment informé sur vos droits ?
 Oui
 Non

NSP NVPR

5.19. Avez-vous une pratique religieuse ?
 Régulière
 Occasionnelle
 Pas de pratique

NSP NVPR

6. SEXUALITE

6.1. Au cours des 6 derniers mois avez-vous eu des relations sexuelles ?
 Oui
 Non

NSP NVPR

6.2. Si oui, combien avez-vous eu de partenaires au cours des 6 derniers mois ?

NSP NVPR

6.3. Actuellement, avez-vous un(e) partenaire sexuel(le) stable ?
 Oui
 Non

NSP NVPR

6.4. Diriez-vous que votre sexualité est :
 Pas du tout satisfaisante
 Rarement satisfaisante
 Moyennement satisfaisante
 Satisfaisante
 Très satisfaisante

NSP NVPR

7. RECOURS AUX SOINS

7.1. Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu un contact avec la psychiatrie pour des motifs de souffrance psychique ?

- Oui
 Non

NSP NVPR

7.2. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été hospitalisé pour des motifs de souffrance psychique ?

- Oui
 Non

NSP NVPR

Si oui, combien de fois au total ?

Si oui, combien de temps au total ?

7.3. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été hospitalisé sous contrainte ou sans consentement ?

- Oui
 Non

NSP NVPR

7.4. Si oui, était-ce en HDT ?

- Oui, combien de fois au total ?

Non

NSP NVPR

Etait-ce en HO ?

- Oui, combien de fois au total ?

Non

Etait-ce « une mesure de soins sans consentement » ?

- Oui, combien de fois au total ?

Non

7.5. Actuellement, faites-vous l'objet d'une mesure de « soins sans consentement » ?

- Oui, depuis quelle date ? |_|_| / |_|_|_|_|

Non

NSP NVPR

Si Non, a-t-elle été levée sur les 6 derniers mois ?

- Oui, à quelle date ? |_|_| / |_|_|_|_|

Non

7.6. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu un ou des traitements médicamenteux ?

- Oui
 Non

NSP NVPR

7.7. Si oui, remplir le tableau ci-dessous

Lequel ? (<i>nom en clair</i>)	Depuis (sur les 6 derniers mois) :
.....	_ _ / _ _ _ _
.....	_ _ / _ _ _ _
.....	_ _ / _ _ _ _
.....	_ _ / _ _ _ _

NSP NVPR

7.8. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une consultation avec un médecin/ professionnel paramédical ?

- Oui NSP
 Non NVPR

7.9. Si oui, remplir le tableau ci-dessous

Nombre de consultations médecin / professionnel paramédical au cours des 6 derniers mois	Médecin Généraliste	Médecin Psychiatre	Autre professionnel 1 <i>(Précisez en clair et le nombre de consultations)</i>	Autre professionnel 2 <i>(Précisez en clair et le nombre de consultations)</i>	Autre professionnel 3 <i>(Précisez en clair et le nombre de consultations)</i>
Dans un cabinet de médecine privée	___	___ _ _ _
A la consultation d'un hôpital ou d'une clinique	___	___ _ _ _
Dans un CMP	___	___ _ _ _
A la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	___	___ _ _ _
Dans un dispensaire, une association (MDM, Croix Rouge, CIDAG, CLAT, planning familial...)	___	___ _ _ _
Dans un accueil de jour	___	___ _ _ _
Dans un centre d'hébergement, un foyer	___	___ _ _ _
Dans un centre de soins dentaires	___	___ _ _ _
En prison	___	___ _ _ _
A la médecine du travail	___	___ _ _ _
Dans la rue (EMPP)	___	___ _ _ _
Autre,	___	___ _ _ _

7.10. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été admis aux urgences d'un hôpital ?

- Oui NSP
 Non NVPR

Combien de fois au total ? _____

Combien ont été suivis d'une hospitalisation ? _____

7.11. Si oui, remplir le tableau ci-dessous

	Motif 1 Accident, traumatisme 2 Angoisse, motif psy 3 Ivresse publique manifeste, intoxication alcool ou substances 4 Perte de connaissance sur la voie publique 5 Tentative de suicide 6 Autre (<i>préciser en clair</i>)	Mode de transport 1 Par vos propres moyens 2 Pompiers 3 SAMU 4 Autre (<i>préciser en clair</i>)	Choisi ou subi 1 Choisi 2 Subi	Passage aux urgences psy 1 Oui 2 Non	Suivi par une hospitalisation 1 Oui 2 Non
Passage 1	___,	___,	___	___	___
Passage 2	___,	___,	___	___	___
Passage 3	___,	___,	___	___	___
Passage 4	___,	___,	___	___	___
Passage 5	___,	___,	___	___	___
Passage 6	___,	___,	___	___	___
Passage 7	___,	___,	___	___	___
Passage 8	___,	___,	___	___	___
Passage 9	___,	___,	___	___	___

7.12. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été hospitalisé ?

- Oui NSP
 Non NVPR

7.13. Si oui, remplir le tableau ci-dessous

	Lieu	Type de service	Nb de jours
	1 EPSM Lille-Métropole (Armentières) 2 EPSM Agglomération-Lilloise (Saint-André-lez-Lille) 3 CHRU – Clinique FONTAN 4 GHICL Saint PHILIBERT 5 GHICL Saint VINCENT DE PAUL 6 Centre Hospitalier Gustave Dron TOURCOING 7 Centre Hospitalier de ROUBAIX 8 Clinique, maison de repos, post cure (<i>précisez en clair</i>) 9 Autre, (<i>précisez en clair</i>)	1 Psychiatrie 2 Somatique 3 Soins de suite et de réadaptation	
Séjour 1	_____ /	_____	_____
Séjour 2	_____ /	_____	_____
Séjour 3	_____ /	_____	_____
Séjour 4	_____ /	_____	_____
Séjour 5	_____ /	_____	_____
Séjour 6	_____ /	_____	_____
Séjour 7	_____ /	_____	_____

7.14. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été suivi en hôpital de jour ?

- Oui NSP
 Non NVPR

7.15. Si oui, pendant combien de semaines au cours des 6 derniers mois ? _____

A quelle fréquence ?

- 1 fois par semaine
 2 fois par semaine
 3 fois par semaine
 4 fois par semaine
 5 fois par semaine

7.16. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été suivi en CATTP ? (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) ?

- Oui NSP
 Non NVPR

7.17. Si oui, pendant combien de semaines au cours des 6 derniers mois ? _____

A quelle fréquence ?

- 1 fois par semaine
 2 fois par semaine
 3 fois par semaine
 4 fois par semaine
 5 fois par semaine

8. RECOURS A L'HEBERGEMENT

8.1. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été locataire (/sous-locataire) ou propriétaire d'un logement personnel ?

- Oui
 Non

Si oui, combien de temps au total ?

8.2. Depuis quand êtes-vous parti définitivement de votre dernier logement personnel (propriétaire ou locataire) ?

.....années ou mois

8.3. Quel âge aviez-vous la première fois que vous vous êtes retrouvés « sans chez soi » (c'est-à-dire à la rue ou dans un centre d'hébergement en dehors de vacances ou de fugues) ?

..... ans ou depuis..... années

8.4. Combien de temps au total sur toute votre vie diriez-vous que vous étiez « sans chez-soi » (c'est-à-dire à la rue ou dans un lieu d'accueil en dehors de vacances ou de fugues) ?

.....années ou mois

8.5. Sur cette période de « sans chez soi », combien de temps au total avez-vous passé vos nuits dans l'espace public : rue, gare, parc, plage, cabane, véhicule, tente... ?

.....années ou mois

8.6. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que vous avez entrepris des démarches en vue de l'obtention d'un logement ?

- Oui
 Non

Si Oui, auprès de qui ?.....

Si Non, pourquoi ?

- Insuffisance de ressources
 Méconnaissance des structures
 Pas envie
 Découragement
 Absence de papiers
 Absence de garants
 Autres,

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

NSP NVPR

Rétrospectif : se munir d'un calendrier et de la liste des hébergements

8.7. La dernière nuit, où avez-vous dormi ?

- Dans l'espace public (rue, gare, abri de fortune, parc, plage, cabane, véhicule, tente...)
- Dans un squat
- Chez des connaissances
- Chez des amis
- Chez ses parents / chez ses enfants
- Chez de la famille autre que parents/enfants
- Dans un hôtel standard à vos frais
- Dans un hôtel meublé à vos frais (marchand de sommeil)
- Placement d'urgence ou dans un hôtel

Qui est à l'origine du placement ?

- 115
- Autre,
- Hébergement d'urgence avec départ le matin
 - Quelle structure ?
 - Comment êtes vous allé dans cette structure ?
 - par vos propres moyens
 - par le 115
- Foyer collectif d'insertion sans départ le matin
 - Quelle structure ?
 - Structure d'insertion
 - Structure de stabilisation
- Hôtel social - résidence hôtelière à vocation sociale – Adoma - Maison relais
 - Quelle structure ?
- Centres maternels
- Lits Halte soins santé
- Hôpital
- Prison
- Logement personnel
- Autre,

8.8. Combien de nuits avez-vous passé dans ces conditions?

NSP NVPR

NSP NVPR

Reporter sur le calendrier, si la période de 6 mois n'est pas couverte, répéter le module

8.13. Et avant cet épisode, où dormiez-vous?

- Dans l'espace public (rue, gare, abri de fortune, parc, plage, cabane, véhicule, tente...)
- Dans un squat
- Chez des connaissances
- Chez des amis
- Chez ses parents / chez ses enfants
- Chez de la famille autre que parents/enfants
- Dans un hôtel standard à vos frais
- Dans un hôtel meublé à vos frais (marchand de sommeil)
- Placement d'urgence ou dans un hôtel

Qui est à l'origine du placement ?

- 115
 - Autre,
 - Hébergement d'urgence avec départ le matin
- Quelle structure ?
- Comment êtes vous allé dans cette structure ?
- par vos propres moyens
 - par le 115

Foyer collectif d'insertion sans départ le matin

Quelle structure ?

- Structure d'insertion
- Structure de stabilisation

Hôtel social - résidence hôtelière à vocation sociale – Adoma - Maison relais

Quelle structure ?

- Centres maternels
- Lits Halte soins santé
- Hôpital
- Prison
- Logement personnel
- Autre,

8.14. Combien de nuits avez-vous passé dans ces conditions?

NSP NVPR

NSP NVPR

9. RECOURS AUX STRUCTURES MEDICO-SOCIALES/SOCIALES

<p>9.1. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous fréquenté des lieux de distribution de repas chauds ?</p>	<p>Plus de 3 fois par semaine</p>	<p>Au moins une fois par semaine</p>	<p>Au moins une fois par mois</p>	<p>Moins d'une fois par mois</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>				
<p>Lesquels ? (Lire la liste ci-dessous et cocher quelles structures ont été fréquentées) :</p>				
<p><input type="checkbox"/> Restos du cœur (Le Wagon : Mi-dec à Mars) <input type="checkbox"/> AIDA 58/60 Rue de la Justice Lille <input type="checkbox"/> UNIVERS 93 rue de l'Epeule ROUBAIX (Metro epeule) <input type="checkbox"/> LA CLE ; 28 rue saint Blaise (Mardi et vendredi midi) <input type="checkbox"/> FRATERNITE DOMINICAINE 1 rue Saint Blaise <input type="checkbox"/> Autres, (précisez la structure):.....</p>				
<p>9.2. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous reçu une aide alimentaire sous forme de colis ou dans une épicerie sociale ?</p>	<p>Plus de 3 fois par semaine</p>	<p>Au moins une fois par semaine</p>	<p>Au moins une fois par mois</p>	<p>Moins d'une fois par mois</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>				
<p>Par quelle(s) structure(s) ? (Lire la liste ci-dessous et cocher les structures concernées)</p>				
<p><input type="checkbox"/> CROIX ROUGE FRANCAISE 10/12 place Guy Dampiere Lille <input type="checkbox"/> FREDERIC OZANAM 81 rue Bathélémy Delespaul Lille <input type="checkbox"/> RESTO DU CŒUR (Plusieurs antennes) <input type="checkbox"/> SECOURS POPULAIRE FRANÇAIS ; 18 rue Cabanis Lille <input type="checkbox"/> Autres (précisez la structure):.....</p>				
<p>9.3. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des vêtements par les vestiaires ?</p>	<p>Plus de 3 fois par semaine</p>	<p>Au moins une fois par semaine</p>	<p>Au moins une fois par mois</p>	<p>Moins d'une fois par mois</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>				
<p>Par quelle(s) structure(s) ? (Lire la liste ci-dessous et cocher les structures concernées)</p>				
<p><input type="checkbox"/> CROIX ROUGE FRANCAISE (VESTIBOUTIQUE) <input type="checkbox"/> ARMEE DU SALUT <input type="checkbox"/> Secours populaire (espace solidarité internationale) <input type="checkbox"/> ENTRAIDE PROTESTANTE <input type="checkbox"/> AIDA <input type="checkbox"/> Autres, (précisez la structure):.....</p>				
<p>9.4. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence êtes-vous allé dans des accueils de jour pour prendre un café, voir une assistante sociale, faire une machine à laver, téléphoner ou vous doucher ?</p>	<p>Plus de 3 fois par semaine</p>	<p>Au moins une fois par semaine</p>	<p>Au moins une fois par mois</p>	<p>Moins d'une fois par mois</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>				
<p>Lesquels ? (Lire la liste ci-dessous et cocher quelles structures ont été fréquentées)</p>				
<p><input type="checkbox"/> ABEJ – POINT DE REPERE Place ST Hubert LILLE <input type="checkbox"/> ABEJ – SOLIDARITES Rue Solferino LILLE <input type="checkbox"/> AIDA Rue Justice LILLE <input type="checkbox"/> BAINS DOUCHES MUNICIPAUX Rue Dupuytren Lille <input type="checkbox"/> MAGDALA rue sarrazins Lille <input type="checkbox"/> FREDERIC OZANAM <input type="checkbox"/> Autres, (précisez la structure):.....</p>				

<p>9.5. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré des associations de réduction des risques ou d'auto- support pour des conseils, des délivrances de produits, ou prendre un café, voir une AS etc...?</p>	<p>Plus de 3 fois par semaine <input type="checkbox"/></p>	<p>Au moins une fois par semaine <input type="checkbox"/></p>	<p>Au moins une fois par mois <input type="checkbox"/></p>	<p>Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>				
<p>Lesquelles ? (<i>Lire la liste ci-dessous et cocher quelles structures ont été fréquentées</i>)</p>				
<p><input type="checkbox"/> ABEJ-SOLIDARITES Centre de Santé rue Solferino Lille</p>				
<p><input type="checkbox"/> CENTRE DE PREVENTION SANTE Rue de Valmy Lille</p>				
<p><input type="checkbox"/> MEDECINS SOLIDARITES rue Edouard Herriot Lille</p>				
<p><input type="checkbox"/> CEDRE BLEU SLEEP'IN 247 BLVD Victor Hugo Lille</p>				
<p><input type="checkbox"/> FREDERIC OZANAM</p>				
<p><input type="checkbox"/> LES PORTES DU SOLEIL rue Philippe Lebon 59250 Hellemmes</p>				
<p><input type="checkbox"/> Autres, (<i>précisez la structure</i>):.....</p>				
<p>9.6. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous appelé le 115?</p>	<p>Plus de 3 fois par semaine <input type="checkbox"/></p>	<p>Au moins une fois par semaine <input type="checkbox"/></p>	<p>Au moins une fois par mois <input type="checkbox"/></p>	<p>Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>				
<p>9.7. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu recours au Service d'Accueil et d'Orientation (SAO)?</p>	<p>Plus de 3 fois par semaine <input type="checkbox"/></p>	<p>Au moins une fois par semaine <input type="checkbox"/></p>	<p>Au moins une fois par mois <input type="checkbox"/></p>	<p>Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>				
<p>9.8. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des contacts avec des équipes de maraude ?</p>	<p>Plus de 3 fois par semaine <input type="checkbox"/></p>	<p>Au moins une fois par semaine <input type="checkbox"/></p>	<p>Au moins une fois par mois <input type="checkbox"/></p>	<p>Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR</p>				

10. VIOLENCES

Nous ne sommes pas ici pour porter un jugement sur vous, tout ce que vous nous direz restera strictement confidentiel.

Les questions suivantes concernent les violences que vous avez subies et/ou que vous pourriez avoir commises, quelque soit leur contexte, puis si vous avez eu affaire à la police et à la justice.

10.1. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été victime : (*plusieurs réponses possibles*)

- De vol, de tentative de vol, (*de cambriolage si la personne a un appartement*)
- De menaces verbales
- De regards ou de paroles irrespectueuses ou humiliantes
- D'agression sexuelle
- De gifles, de coups ou d'autres brutalités physiques
- De coups reçus lors de bagarre entre plusieurs personnes
- Autres (*précisez*)

NSP NVPR

10.2. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous :

- Volé ou tenté de voler quelqu'un ?
- Menacé quelqu'un ?
- Eu des propos irrespectueux ou humiliants envers une personne ?
- Agressé sexuellement quelqu'un ?
- Donné des gifles, des coups à quelqu'un ?
- Vous êtes vous battu ?
- Avez-vous commis d'autres violences ? (*précisez*)

NSP NVPR

11. PROBLEMES JUDICIAIRES

11.1. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu affaire à la police ?

- Oui NSP
 Non NVPR

11.2. Si oui, combien de fois ?

Combien de fois ces contacts avec la police ont-ils débouchés sur une arrestation ?

Parmi ces arrestations, combien ont été suivies d'une mise en garde à vue ?

Nombre d'heures au total :

11.3. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous comparu devant un tribunal pénal ?

- Oui NSP
 Non NVPR

11.4. Si oui, combien de fois ?

Devant quel type de tribunal avez-vous comparu ?

	Tribunal de police	Tribunal correctionnel	Cour d'assises
Comparution 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparution 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparution 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparution 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.5. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été incarcéré dans un établissement pénitentiaire ?

- Oui NSP
 Non NVPR

11.6. Si oui, combien de fois ?

Dans quel type d'établissement pénitentiaire avez-vous été incarcéré ?

	Etablissement pénitentiaire pour mineurs	Centre de semi-liberté	Centre de détention	Centre pénitentiaire	Maison d'arrêt	Maison centrale
Incarcération 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incarcération 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incarcération 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incarcération 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.7. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous commis un ou plusieurs délits, infractions ou crimes sans avoir été interpellé par la police ?

- Oui NSP
 Non NVPR

Si oui, combien de fois ?

Lesquels (*à préciser*) ?

12. SANTE DECLARATIVE

12.1. Etes-vous à jour de vos vaccinations?

- Oui
 Non

NSP NVPR

12.2. Avez-vous des problèmes de vue pour lesquels vous devriez porter des lunettes/lentilles de contact ?

- Oui
 Non

NSP NVPR

12.3. En portez-vous réellement ?

- Tout le temps
 La plupart du temps
 Jamais

NSP NVPR

12.4. Vous diriez que vous avez :

- Toutes les dents intactes
 Toutes les dents dont certaines ont été traitées ou remplacées
 Perdu une partie des dents
 Perdu toutes ou presque toutes les dents

NSP NVPR

12.5. Actuellement, avez-vous certaines dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer ?

- Oui
 Non

NSP NVPR

12.6. Combien d'heures avez-vous dormi la nuit dernière ?

NSP NVPR

12.7. Combien de repas faites-vous par jour ?

- 0, pas de « vrais » repas : grignotage
 1
 2
 3
 4

NSP NVPR

12.8. Combien de repas chauds prenez-vous en général ?

- Plusieurs par jour
 Au moins un par jour
 Pas tous les jours mais plusieurs fois par semaine
 Moins de 1 par semaine

NSP NVPR

12.9. Combien de douches prenez-vous par semaine ?

- Tous les jours
 Entre 3 et 6 par semaine
 Entre 1 et 2 par semaine
 Moins de 1 par semaine

NSP NVPR

12.10. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des poux de tête, poux de peau, la gale ou des morpions ?

- Oui
- Non

12.11. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous utilisé des préservatifs lors de vos relations sexuelles ?

- Oui
- Non
- Pas toujours
- Non concerné

12.12. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous utilisé des moyens de contraception (autre que préservatifs) ?

- Oui
- Non
- Pas toujours
- Non concerné

12.13. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une ou des entorses ?

- Oui
- Non

12.14. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une ou des fractures ?

- Oui
- Non

12.15. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des plaies ouvertes ?

- Oui
- Non

12.16. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu suite à des blessures un certificat mentionnant des « jours d'ITT », c'est-à-dire « d'incapacité totale de travail » ?

- Oui, nombre de jours d'ITT :
- Non

12.17. Est-ce que certaines de ces blessures étaient consécutives à des violences que vous auriez subies ?

- Oui
- Non

12.18. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous fait des tentatives de suicide ?

- Oui
- Non

Si oui, combien de fois est-ce arrivé ?

Si oui, avez-vous pu en parler à quelqu'un ?

- Oui
- Non

Vous signalerez cet évènement aux équipes de prise en charge.

NSP NVPR

13. COLORADO SYMPTOM INDEX MODIFIÉ (MCSI)

Je vais vous poser des questions sur les difficultés psychologiques ou émotionnelles que vous pourriez avoir éprouvées au cours du dernier mois. Pour chaque difficulté citée, je vais vous demander de choisir la réponse qui décrit le mieux, combien de fois vous l'avez ressentie au cours du dernier mois passé. Les réponses varient de « au moins une fois par jour » à « jamais ».

	Jamais	Une fois pendant le mois	Plusieurs fois pendant le mois	Plusieurs fois par semaine	Au moins une fois par jour	Refuse de répondre	Ne sait pas
13.1. Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(euse), inquiet(ète) ou frustré(e) ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
13.2. Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
13.3. Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
13.4. Au cours du dernier mois, combien de fois d'autres personnes vous ont-elles dit que vous étiez «paranoïaque » ou « méfiant(e) »?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
13.5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous entendu des voix, ou entendu ou vu des choses que les autres personnes n'entendaient pas ou ne voyaient pas?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
13.6. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à faire des choix ou à prendre des décisions?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
13.7. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à avoir les idées claires, à vous concentrer ou à vous rappeler certaines choses?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
13.8. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu l'impression que votre comportement ou vos actions étaient étranges ou différents de ceux des autres?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉

	Jamais	Une fois pendant le mois	Plusieurs fois pendant le mois	Plusieurs fois par semaine	Au moins une fois par jour	Refuse de répondre	Ne sait pas
13.9. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu l'impression que vous n'étiez pas à votre place ou que vous étiez étranger(ère) au groupe dans lequel vous vous trouviez?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9
13.10. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous oublié des choses importantes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9
13.11. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu l'impression que tout allait trop vite dans votre tête (idées fuyantes)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9
13.12. Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) méfiant(e) ou paranoïaque?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9
13.13. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu envie de vous blesser ou de vous tuer?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9
13.14. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu envie de blesser sérieusement quelqu'un d'autre ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9

14. RECOVERY ASSESSMENT SCALE (RAS)

Veillez répondre à ces énoncés selon une échelle de 1 à 5 où 1 = absolument en désaccord et 5 = absolument d'accord.

	Absolument en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	En accord	Absolument d'accord	Refuse de répondre	Ne sait pas
14.1. J'ai le désir de réussir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.2. J'ai un plan personnel afin de rester en bonne santé ou de me rétablir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.3. J'ai des objectifs dans la vie que je veux atteindre.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.4. Je crois que je peux atteindre mes objectifs du moment.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.5. J'ai un but dans la vie.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.6. Même quand je ne me soucie pas de moi, d'autres personnes s'en soucient.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.7. La peur ne m'empêche pas de vivre comme je veux.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.8. Je peux gérer ce qui se passe dans ma vie.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.9. Je m'aime bien.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.10. Si les gens me connaissaient bien, ils m'apprécieraient.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.11. J'ai une idée de qui je veux devenir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.12. Quelque chose de bien finira par arriver.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.13. Je suis optimiste en ce qui concerne mon avenir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.14. Je continue à découvrir de nouveaux centres d'intérêts.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉

	Absolument en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	En accord	Absolument d'accord	Refuse de répondre	Ne sait pas
14.15. Composer avec ma maladie mentale n'est plus ma préoccupation principale.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.16. Mes symptômes perturbent ma vie de moins en moins.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.17. J'ai l'impression que chaque fois que mes symptômes reviennent, ils me causent des problèmes qui durent de moins en moins longtemps.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.18. Je sais quand demander de l'aide.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.19. Je suis disposé(e) à demander de l'aide.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.20. Je demande de l'aide quand j'en ai besoin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.21. Je peux gérer le stress.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.22. Il y a des gens sur qui je peux compter.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.23. Même quand je ne crois pas en moi, d'autres personnes croient en moi.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉
14.24. C'est important d'avoir des amis d'horizons différents.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₉

15. EUROQOL-5D



Questionnaire sur la santé (Version Française)

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

15.1. Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

15.2. Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

15.3. Activités courantes (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

15.4. Douleurs/gêne

- Je n'ai ni douleurs ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

15.5. Anxiété/Dépression

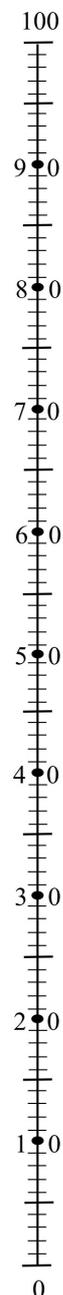
- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

**Votre état de
santé
aujourd'hui**

Meilleur état de
santé imaginable



Pire état de
santé imaginable

16. SF36V2

COMMENT REpondre: Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case correspondant le mieux à votre réponse.

16.1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16.2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

Bien meilleur que l'an dernier	Plutôt meilleur	À peu près pareil	Plutôt moins bon	Beaucoup moins bon
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16.3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

	OUI, beaucoup limité(e) ▼	OUI, un peu limité(e) ▼	NON, pas du tout limité(e) ▼
a <u>Efforts physiques importants</u> tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b <u>Efforts physiques modérés</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c Soulever et porter les courses.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d Monter <u>plusieurs étages</u> par l'escalier.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e Monter <u>un étage</u> par l'escalier.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g Marcher <u>plus d'un km</u> à pied.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h Marcher <u>plusieurs centaines de mètres</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
i Marcher <u>une centaine de mètres</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
j Prendre un bain, une douche ou s'habiller.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

16.4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

	En perma- nence ▼	Très souvent ▼	Quel- quefois ▼	Rare- ment ▼	Jamais ▼
a avez-vous réduit <u>le temps passé</u> à votre travail ou à vos activités habituelles?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c avez-vous dû arrêter de faire <u>certaines</u> choses?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d avez-vous eu des <u>difficultés</u> à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)? ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16.5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),

	En perma- nence ▼	Une bonne partie du temps ▼	De temps en temps ▼	Rare- ment ▼	Jamais ▼
a avez-vous réduit <u>le temps passé</u> à votre travail ou à vos activités habituelles?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire <u>avec autant de soin et d'attention</u> que d'habitude?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16.6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

Pas du tout ▼	Un petit peu ▼	Moyennement ▼	Beaucoup ▼	Énormément ▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16.7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?

Nulle	Très faible	Faible	Moyenne	Grande	Très grande
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

16.8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques?

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16.9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:

	En permanence	Très souvent	Quel-quefois	Rarement	Jamais
	▼	▼	▼	▼	▼
a vous vous êtes senti(e) dynamique?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)?...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie? <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h vous vous êtes senti(e) heureux(se)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i vous vous êtes senti(e) fatigué(e)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16.10. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

En permanence	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

16.11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas:

	Totale- ment vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totale- ment fausse
	▼	▼	▼	▼	▼
a Je tombe malade plus facilement que les autres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b Je me porte aussi bien que n'importe qui.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c Je m'attends à ce que ma santé se dégrade.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d Je suis en excellente santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

17. S-QOL

Nous vous proposons de remplir ce questionnaire, qui a pour but de nous informer sur votre vie de tous les jours et votre santé. Nous souhaitons mieux connaître les conséquences de vos problèmes de santé dans votre vie quotidienne, afin d'améliorer votre prise en charge. Les informations contenues dans ce questionnaire sont confidentielles.

Répondez à chaque question en cochant la case qui se rapproche le plus de ce que vous pensez ou ressentez actuellement. Certaines des questions posées peuvent toucher à votre vie privée. Elles sont nécessaires pour évaluer tous les aspects de votre santé. Cependant, si une question ne vous concerne pas, ou si vous ne souhaitez pas répondre à une question, passez à la suivante.

Si vous désirez nous communiquer des informations supplémentaires sur certains aspects de votre vie courante, vous pouvez le faire en fin de questionnaire.

Remplir l'heure exacte de début de remplissage du questionnaire : h
 mn

Cochez pour chaque question la case qui **correspond le plus à ce que vous ressentez actuellement**. Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Moins	Moins	Un peu moins ...que souhaité	Autant	Plus
17.1. j'ai confiance en la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2. je me bats pour réussir dans la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3. je fais des projets professionnels et/ou personnels pour l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.4. je réalise mes projets professionnels et/ou personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.5. j'ai confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.6. je suis heureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.7. je suis bien dans ma tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.8. je suis épanoui(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.9. je suis libre de prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.10. je suis libre d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.11. j'ai une vie active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.12. je fais des efforts pour travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.13. je peux sortir (promenade,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cochez pour chaque question la case qui **correspond le plus à ce que vous ressentez actuellement**. Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Moins	Moins	Un peu moins	Autant	Plus
	... que souhaité				
17.14. je réalise mes projets familiaux, sentimentaux	<input type="checkbox"/>				
17.15. je suis en bonne forme physique	<input type="checkbox"/>				
17.16. je suis plein(e) d'énergie	<input type="checkbox"/>				
17.17. je fais du sport, j'ai des activités physiques	<input type="checkbox"/>				
17.18. j'ai une vie stable, équilibrée	<input type="checkbox"/>				
17.19. je peux parler à ma famille	<input type="checkbox"/>				
17.20. je suis aidé(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>				
17.21. je suis compris(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>				
17.22. je suis autonome, indépendant(e) par rapport à ma famille	<input type="checkbox"/>				
17.23. je vois ma famille	<input type="checkbox"/>				
17.24. je suis écouté(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>				
17.25. je vois, j'invite mes amis (proches)	<input type="checkbox"/>				
17.26. je peux me confier à quelqu'un	<input type="checkbox"/>				
17.27. je suis aidé(e) par mes amis (proches)	<input type="checkbox"/>				
17.28. je suis compris(e) par mes amis (proches)	<input type="checkbox"/>				
17.29. j'ai des amis	<input type="checkbox"/>				
17.30. j'ai une vie sentimentale satisfaisante	<input type="checkbox"/>				
17.31. je suis à l'aise en public	<input type="checkbox"/>				

Cochez pour chaque question la case qui **correspond le plus à ce que vous ressentez actuellement**. Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Plus	Plus	Un peu plus	Autant	Moins
	... que prévu				
17.32. j'ai peur de l'avenir	<input type="checkbox"/>				
17.33. je me sens inutile	<input type="checkbox"/>				
17.34. je suis angoissé(e)	<input type="checkbox"/>				
17.35. je suis seul(e)	<input type="checkbox"/>				
17.36. j'ai des difficultés à me concentrer, à réfléchir	<input type="checkbox"/>				
17.37. je m'ennuie	<input type="checkbox"/>				
17.38. je suis coupé(e) du monde extérieur	<input type="checkbox"/>				
17.39. je crains d'accomplir des formalités administratives	<input type="checkbox"/>				
17.40. j'ai du mal à exprimer ce que je ressens	<input type="checkbox"/>				
17.41. j'ai des difficultés à m'intéresser aux choses qui m'entourent	<input type="checkbox"/>				

Remplir l'heure exacte de fin de remplissage du questionnaire : h mn

Précisez les numéros de questions vous ayant posé des problèmes et pourquoi

.....

Y a-t-il des domaines de votre vie courante que nous n'avons pas abordés ?

.....

Remarques éventuelles et informations complémentaires

.....

Merci de votre participation

Si vous souhaitez nous joindre ou avoir plus d'informations, voici nos coordonnées

Professeur Pascal Auquier, Professeur Christophe Lançon
 Laboratoire de Santé Publique - Faculté de Médecine - 27, bd Jean Moulin. 13 385 Marseille
 Téléphone : 04 91 32 44 72 - Fax : 04 91 97 75 20 - email : pascal.auquier@medecine.univ-mrs.fr

18. MEDICATION ADHERENCE RATING SCALE (MARS)

18.1. Est-ce que vous prenez des médicaments pour les nerfs / la maladie mentale?

- Oui
 Non

Si non, ne pas remplir le questionnaire MARS.

Les questions ci-dessous permettent une « auto-évaluation de l'observance du traitement dans la psychose » : elles permettent de mesurer votre volonté et votre capacité à prendre vos médicaments au quotidien.

18.2. Avez-vous déjà oublié de prendre vos médicaments?

- Oui
 Non

18.3. A certains moments, faites-vous moins attention à la prise de vos médicaments?

- Oui
 Non

18.4. Lorsque vous vous sentez mieux, est-ce que vous arrêtez parfois de prendre vos médicaments?

- Oui
 Non

18.5. Lorsque vous vous sentez plus mal en prenant le traitement, est-ce que vous l'arrêtez ?

- Oui
 Non

18.6. « Je prends mes médicaments seulement quand je suis malade »

- Vrai
 Faux

18.7. « Ce n'est pas naturel pour mon corps et pour mon esprit d'être contrôlé par les médicaments »

- Vrai
 Faux

18.8. « Mes pensées sont plus claires quand je prends mes médicaments »

- Vrai
 Faux

18.9. « En prenant mes médicaments je peux éviter de tomber malade »

- Vrai
 Faux

18.10. « Quand je prends mes médicaments, je me sens bizarre, comme un «zombie» »

- Vrai
 Faux

18.11. « Les médicaments me fatiguent et me rendent morose »

- Vrai
 Faux

19. APPRECIATION DE L'ENQUETEUR SUR L'INFORMATION RECUEILLIE

19.1. Avez-vous remarqué des signes de délires ou des manifestations de la maladie mentale de la personne susceptibles d'entraver son raisonnement habituel ?

- Oui
 Non

19.2. Avez-vous remarqué chez la personne des signes d'une consommation de substances qui soit susceptible d'entraver son raisonnement habituel ?

- Oui
 Non

19.3. La personne que vous venez de rencontrer vous a-t-elle semblée coopérante ?

- Oui
 Non

19.4. Par rapport à la qualité du jugement de la personne que vous venez de rencontrer et à son degré de coopération, les informations que vous avez recueillies vous semblent-elles :

- A priori fiables
 Fiables en partie seulement: (quelles questions vous semblent-elles peu fiables : noter les numéros ou les sections:.....)
 Pas du tout fiables



Nom, prénom du candidat: DAMBRICOURT Jean

CONCLUSIONS

L'étude SAMENTA, menée en France en 2009, a montré que la prévalence de troubles psychotiques dans la population sans abri était 8 à 10 fois plus élevée que dans la population générale. Cette concentration dans la rue signe l'insuffisance des politiques sanitaires et sociales en direction de ce public.

Le programme "un chez soi d'abord" a constitué à partir de 2011 une alternative innovante pour les personnes sans-abri présentant des maladies mentales sévères. Ce programme, basé sur les principes du rétablissement et de l'housing first a proposé de reloger, sans condition, des personnes sans-abri souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire. L'intervention a été évaluée au moyen d'une étude randomisée, comparative, multicentrique menée sous la direction du laboratoire de recherche du Pr P. Auquier à Marseille, dans une démarche de recherche interventionnelle.

Entre août 2011 et mars 2014, 703 personnes ont pu être incluses dans l'étude: 353 personnes ont été relogées et 350 ont intégré le groupe témoins. Il y avait notamment 123 femmes et 580 hommes, 69% de personnes avec schizophrénie et 31% personnes avec un trouble de bipolaire, avec une moyenne d'âge à 39 ans.

A l'inclusion dans l'étude, chaque individu répondait à un questionnaire renseignant de nombreux paramètres : situation sanitaire, sociale, économique et de logement.

L'étude descriptive de ces résultats à baseline constituent l'objet de cette thèse, et ont pour objectif une meilleure connaissance de cette population spécifique particulièrement vulnérable.

Sur le plan sanitaire, 85% des personnes avaient déjà été hospitalisées pour des raisons de souffrance psychique dans leur vie. Au cours des 6 mois précédant l'enquête : 85% avaient pris des médicaments, 61% avaient été hospitalisées au moins une fois, 50% avaient consulté au moins une fois aux urgences et 13% avaient fait au moins une tentative de suicide. 92% des médicaments pris par la population avaient une indication psychiatrique (antipsychotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, substitution aux opiacés, anti parkinsoniens). 35% de la population avait des troubles visuels mais ne portait jamais de lunettes, 72% avait des problèmes dentaires en cours de traitement ou à traiter, 60% ne faisait pas 2 vrais repas par jour.

Concernant le logement 25% des individus se sont retrouvés sans chez soi pour la première fois avant ses 18 ans, et 50% avant ses 21,5 ans. En moyenne ils étaient restés 8,5 ans sans logement, avec une moyenne de 2 ans à dormir dans l'espace public. 33% des nuits des 703 personnes, au cours des 6 mois précédant l'enquête, avaient été passées dans la rue.

Au niveau du réseau social, les principaux contacts se faisaient avec du personnel soignant et des membres d'associations (75% en rencontrait un au moins une fois par semaine), bien devant les amis (57%), la famille (26%), les enfants (22%). Cependant le recours aux différentes structures médico-sociales était faible avec plus de 50% n'ayant jamais appelé le 115, ni fréquenté des lieux de distribution de repas chauds. Les violences subies étaient importantes avec au cours des 6 mois précédents l'enquête : 3% déclarant avoir subi une agression sexuelle, 30% déclarant avoir subi des menaces verbales, 35% déclarant avoir été volé ou avoir subi une tentative de vol.

Au niveau financier la médiane de revenu était de 700 euros (principalement grâce à l'Allocation Adulte Handicapé). 50% de la population avait au moins une dette dont la médiane était à 1850 euros. Seules 8 personnes exerçaient une activité professionnelle lors de l'enquête, mais 86% de la population avait déjà exercé un emploi. On notera également un niveau d'étude faible avec 73,5% n'ayant pas le baccalauréat.

L'analyse descriptive des données recueillies à l'inclusion dans le programme un chez soi d'abord s'est heurtée à plusieurs limites. Tout d'abord le questionnaire était réalisé pour une analyse comparative et prospective, non pour faire un état des lieux de la situation des sans-abri présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires. Cela implique que certaines données n'ont pas été étudiées (score d'observance, de symptomatologie psychiatrique) ou ont peu d'intérêt lorsqu'elles sont analysées de façon isolée (score de qualité de vie). Cependant la cohorte du programme « un chez soi d'abord » est la plus grande étudiée en France concernant cette population difficilement accessible et son étude permet de dresser un tableau riche de la situation des sans-abri avec schizophrénie ou troubles bipolaires. L'abondance de données n'a pas permis de réaliser des analyses multivariées pour tous les paramètres dans le cadre de ce travail, en revanche elle pourra s'avérer utile pour les pouvoirs publics afin de proposer de nouvelles réponses au problème du sans-abrisme chez les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères. Les difficultés rencontrées par la réalisation d'un questionnaire long, intrusif, faisant appel à la mémoire, chez des personnes vulnérables ont pu être compensées par le recrutement d'enquêteurs habitués au travail de rue et capables d'empathie et d'écoute bienveillante.

En 2016, le programme "un chez soi d'abord" a été évalué par un comité d'experts national, sous la présidence de M. Sylvain Mathieu, délégué interministériel pour l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), qui avait piloté le projet au niveau national. Il a été conclu que celui-ci répond à un besoin réel en termes de politiques publiques, qu'il a une réelle efficacité en termes de stabilité dans le logement et d'amélioration de l'état de santé, qu'il apporte une plus-value par rapport à l'offre existante. Il a ainsi été préconisé la pérennisation et le déploiement du programme sur le territoire en poursuivant un accompagnement évaluatif vigoureux. Le programme devrait s'étendre sur 16 autres sites d'ici 2022.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

Pr Nicolas FRANCK
CH Le Vinatier «SUR-CL3R»
Centre référent lyonnais en réhabilitation
et en remédiation cognitive
4, rue Jean Sarrazin - 69008 LYON
Tél. 04 26 73 85 33
Finess 690780101 - RPPS 1003074241

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 04/09/2017

Jean DAMBRICOURT

Analyse descriptive des données recueillies auprès de 703 personnes sans-abri, présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires, à leur inclusion dans l'essai randomisé multisite "Un Chez Soi d'Abord"

RESUME :

L'étude SAMENTA menée en 2009 montrait que la prévalence des troubles psychotiques dans la population sans-abri était 8 à 10 fois plus élevée que dans la population générale. Le programme « Un chez soi d'abord » (UCSA) a permis une prise en charge innovante de ces personnes basée sur les modèles de l'« Housing First » et du rétablissement. L'objectif de cette thèse est de décrire la population à l'inclusion dans ce programme.

Il s'agit d'un essai randomisé, multisite comparant deux groupes sur deux ans : un groupe témoin suivi dans le cadre de l'offre de soin habituelle et un groupe expérimental relogé. Le critère de jugement principal était le recours au système de soins.

Entre 2011 et 2014, 703 personnes ont été incluses dans l'étude : 353 personnes ont été relogées et 350 ont suivi l'offre habituelle, réparties sur quatre sites (Marseille, Toulouse, Lille, Paris). A l'inclusion dans l'étude, 69% des personnes présentaient une schizophrénie et 31% des troubles bipolaires. L'âge moyen était de 39 ans, avec une durée moyenne de vie sans « chez soi » de 8,5 ans. 85% avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie, 58% au moins une fois sous contrainte.

Dans le cadre du programme UCSA, le maintien dans le logement a été possible pour plus de 85% des relogés, la durée d'hospitalisation a été divisée par deux. Devant les résultats positifs en termes de santé publique la direction interministérielle de l'hébergement et de l'accès au logement a décidé en 2016 une pérennisation du programme et une ouverture de 16 nouveaux sites d'ici 2022.

MOTS CLES :

Sans-abri, schizophrénie, rétablissement, précarité, psychiatrie, housing first.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK
Membres : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN
Monsieur le Professeur Alain MOREAU
Madame le Docteur Pascale ESTECAHANDY
Madame le Docteur Aurélie TINLAND

DATE DE SOUTENANCE : 18 octobre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : jean.dambricourt@gmail.com