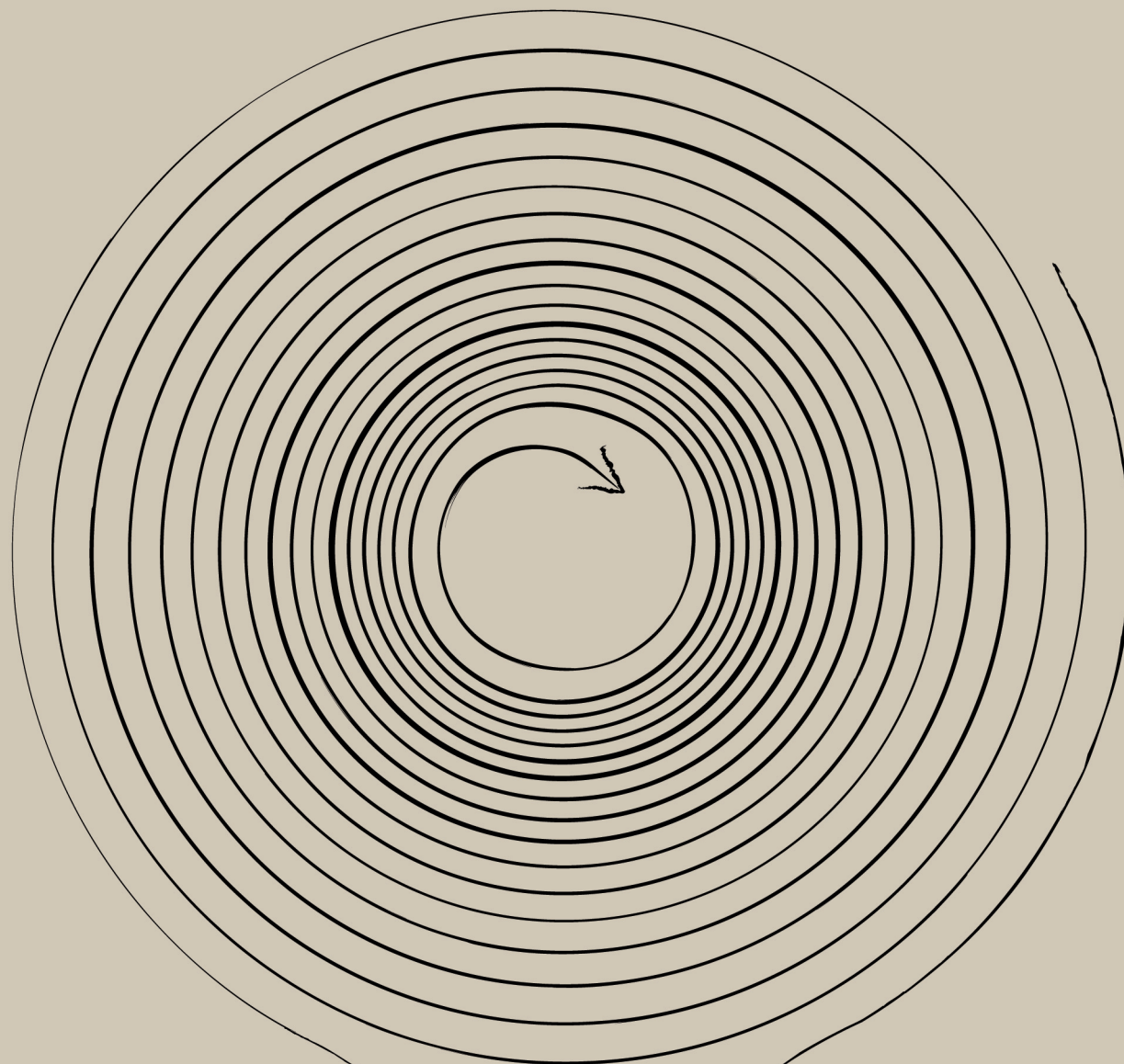




SAMENTA

RAPPORT SUR LA SANTÉ MENTALE ET
LES ADDICTIONS CHEZ LES PERSONNES
SANS LOGEMENT PERSONNEL
D'ILE-DE-FRANCE

LA SANTÉ MENTALE ET LES ADDICTIONS CHEZ LES PERSONNES SANS LOGEMENT PERSONNEL D'ILE-DE-FRANCE

Premiers résultats

Sous la direction d'Anne Laporte
(Observatoire du Samusocial de Paris)
et de Pierre Chauvin (Inserm)

Directeurs scientifiques

Anne Laporte, médecin épidémiologiste, Observatoire du Samusocial de Paris

Pierre Chauvin, médecin épidémiologiste, UMRS 707, Inserm - UPMC

Rédacteurs :

Anne Laporte

Caroline Douay, épidémiologiste, Observatoire du Samusocial de Paris

Marc-Antoine Détéz, statisticien, Observatoire du Samusocial de Paris

Valérie Le Masson, médecin épidémiologiste, DIM, Hôpital Sainte-Anne

Erwan Le Méner, sociologue, Observatoire du Samusocial de Paris / ISP – ENS Cachan

Pierre Chauvin

Comité de pilotage scientifique

François Beck, statisticien et sociologue, INPES

Christine Chan-Chee, médecin épidémiologiste, InVS

Pierre Chauvin

Marc-Antoine Détéz

Caroline Douay

Jean-Marie Firdion, sociologue, CMH – ENS Ulm

Marie-Jeanne Guedj, psychiatre, CPOA, Hôpital Sainte-Anne

Marie Jauffret-Roustide, sociologue, InVS / Cesames

Anne Laporte

Stéphane Legleye, statisticien, OFDT puis Ined

Valérie Le Masson

Erwan Le Méner

Yann Le Strat, statisticien, InVS

Alain Mercuel, psychiatre, SMES, Hôpital Sainte-Anne

Sylvie Quesemand-Zucca, psychiatre, SMES, Hôpital Sainte-Anne

Abréviations et acronymes

AME	Aide médicale d'état
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCPRB	Comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale
CESAMES	Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS	Centre d'hébergement de stabilisation
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CIDI	Composite international diagnostic interview
CIDI-S	Composite international diagnostic interview -short
CIM	Classification internationale des maladies
CIVIS	Contrat d'insertion dans la vie sociale
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CMU	Couverture maladie universelle
CMP	Centre médico-psychologique
CNASEA	Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles
CPH	Centre provisoire d'hébergement
CPOA	Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DEBA-A/D	Dépistage/évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogues
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
ESEMeD	European study of epidemiology of mental disorder
ESI	Espace solidarité insertion
EVS	Enquête Evènement de vie et santé
HCLPD	Haut comité pour le logement des personnes défavorisées
HID	Enquête Handicap, incapacité, dépendance
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS	Institut de veille sanitaire
LHSS	Lits halte soins santé
MINI	Mini international neuropsychiatric interview
MIPES	Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale
MMSE	Mini mental status examination
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONPES	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
ORS	Observatoire régional de la santé
RMA	Revenu minimum d'activité
RMI	Revenu minimum d'insertion
SIRS	Enquête Santé, inégalités et ruptures sociales
SMES	Service d'appui en santé mentale et exclusion sociale
SMPG	Enquête santé mentale en population générale
UNAFAM	Union nationale des amis et familles de malades mentaux
ZUS	Zone urbaine sensible

Remerciements

Nous souhaitons d'abord remercier Laurent Chambaud, membre de l'IGAS, et Hélène Orain, alors en poste à la Préfecture de Paris, pour nous avoir incités à nous engager dans cette aventure riche et passionnante.

Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette enquête, les enquêteurs et psychologues qui ont réalisé la collecte ainsi que leur coordinateur, Luc Quaglia. Nous tenons aussi à remercier les 135 structures qui nous ont permis de rencontrer ces personnes, pour leur confiance et leur accueil.

Que soit également remercié le Samusocial de Paris, en particulier le Dr Xavier Emmanuelli et Stéfania Parigi : sans leur soutien et leur confiance, ce travail, qui au démarrage n'avait qu'un embryon de financement, serait loin d'être terminé.

Merci aussi aux différents services du Samusocial de Paris qui nous ont aidés : les équipes des lits haltes soins santé et de l'accueil de jour, pour l'enquête pilote et les services du personnel et de la paie, en particulier Audrey Mélique et Claudine Orsini, et enfin Patrick Jacobi de l'observatoire pour son dynamisme et son efficacité.

Nous remercions les chauffeurs bénévoles des camping-cars, ainsi que Renault Vedel de la Préfecture de police de Paris qui nous a facilité le stationnement de ces imposants véhicules dans Paris.

Nous voulons remercier EpiConcept pour la construction de la base de données.

Nous sommes reconnaissants à Bruno Falissard pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

Nous remercions les membres du comité de pilotage : Jean Benet, Préfecture de Paris, Annick Deveau, DRASSIF ; Alexandre Farnault, Mairie de Paris ; Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Etienne Grosdidier, Samusocial de Paris ; Carmen Rodriguez, Préfecture de Paris ; Marie-Odile Simon et Augustin Vicard, Haut Commissaire aux Solidarités Actives Contre la pauvreté et à la Jeunesse; Marie Claire Tramon, Direction Générale de la Santé.

Et enfin nous souhaitons remercier particulièrement les financeurs sans lesquels cette étude n'aurait pu se dérouler : le Haut Commissaire aux Solidarités Actives Contre la pauvreté et à la Jeunesse, l'Institut de Veille Sanitaire, la Direction Générale de la Santé, la Région Ile-de-France, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, la Préfecture de Paris, l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, la Mairie de Paris.

Sommaire

RÉSUMÉ	13
RECOMMANDATIONS	15
1. Prévenir l'exclusion sociale des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères	15
2. Mieux repérer les troubles psychiatriques et la souffrance psychique	15
3. Amener vers un soin durable	17
4. Accompagner les parcours d'hébergement et de logement	18
5. Former et soutenir les intervenants de première ligne	19
6. Lutter contre la violence subie des personnes sans logement	20
7. Continuer l'enquête	21
 I. INTRODUCTION	 23
1. Contexte	23
2. Objectifs de l'étude	25
3. Données disponibles sur la prévalence des troubles psychiatriques	26
a. L'enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe	26
b. La prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes sans domicile parisiens	27
c. La prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes sans domicile dans le monde	27
d. Epidémiologie de la santé mentale et exclusion sociale : une psychiatrisation inévitable ?	29
 II. MÉTHODOLOGIE	 33
1. La population de l'étude	33
a. La définition des personnes sans logement personnel	33
b. Les critères d'inclusion	34
c. Le recrutement	34
d. Le champ géographique de l'enquête	35
2. La méthode d'échantillonnage	36
a. Le plan de sondage	36
b. La base de sondage	36
c. Le tirage des services et des personnes	37

3. La construction du questionnaire	37
a. Les données de santé mentale	38
b. Les données de trajectoire et de conditions de vie	41
4. Le test du dispositif d'enquête	43
a. Les objectifs	43
b. La méthodologie	44
c. Les résultats	45
d. Discussion et conclusion : l'importance des cliniciens	46
5. Ethique et confidentialité	47
6. Le terrain de l'enquête	47
a. Les enquêteurs	47
b. La formation des enquêteurs	48
c. Sur le terrain	49
d. Les structures tirées au sort	50
7. La constitution de la base de données	51
a. La pondération de l'échantillon	51
b. L'analyse statistique	51
 III. DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA POPULATION	 53
1. Les caractéristiques sociodémographiques	53
2. Les événements marquants au cours de la vie	54
a. Les antécédents personnels et familiaux	54
b. Les violences subies au cours des douze derniers mois	55
3. Eléments de parcours sans logement personnel	56
a. Le temps passé depuis la première perte de logement	56
b. Les raisons de la perte de domicile la première fois	57
c. Le recours au numéro d'urgence 115	57
d. Le lieu le plus fréquenté pour dormir durant les douze derniers mois	57
4. La santé	58
a. La santé ressentie	58
b. Les limitations fonctionnelles	59
c. Les maladies chroniques	59
d. Le recours aux soins	60
e. La couverture maladie	62
 IV. PRÉVALENCES DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES	 63
1. Les troubles psychiatriques sévères	63
a. Les troubles psychotiques	63
b. Les troubles sévères de l'humeur	64
c. Les troubles anxieux	64
d. Les lieux les plus fréquentés pour dormir durant les douze derniers mois	65

2. Les troubles de la personnalité	65
3. Les troubles non sévères de l'humeur	66
4. Le risque suicidaire	66
5. Associations entre troubles psychiatriques et caractéristiques sociodémographiques	66
6. Comorbidités entre les troubles psychiatriques	67
7. Comorbidités entre troubles psychiatriques et maladies chroniques	67
8. Les violences subies et les troubles psychiatriques	68
a. Les violences subies au cours de la vie	68
b. Les violences subies au cours des douze derniers mois	70
 V. PRÉVALENCE DES ADDICTIONS	 73
1. L'alcool	73
a. La consommation à risque	73
b. La dépendance	74
c. L'arrêt de consommation ou le sevrage	74
2. Le cannabis	77
a. La consommation régulière	77
b. L'arrêt de consommation ou sevrage	77
3. Les autres drogues illicites	79
4. Les comorbidités entre troubles psychiatriques et addictions	81
5. Le tabac	82
 VI. LE RECOURS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES	 83
1. Le recours aux soins psychiatriques	83
2. Le suivi actuel	87
3. La rupture avec le système de soins	88
a. La rupture du suivi	88
b. La rupture de traitement	88
 VII. LES 18-25 ANS : TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET ADDICTIONS	 91
1. La description de la population	91
a. Les caractéristiques sociodémographiques	91
b. Les événements marquants durant la vie	92
c. La santé	92
2. La prévalence des troubles psychiatriques	94
a. Les troubles psychiatriques sévères	94
b. Les troubles de la personnalité	94
c. Les troubles non sévères de l'humeur	94

3. Prévalence des addictions	95
a. L'alcool	95
b. Le cannabis	96
c. Les autres drogues illicites	97
4. Les comorbidités entre troubles psychiatriques et addictions	97
5. Le suivi actuel chez les jeunes de 18 à 25 ans atteints de troubles psychiatriques	98
6. Le tabac	99
VIII. DISCUSSION	101
a. Description générale de la population	101
b. La santé	103
c. Les troubles psychiatriques	105
d. La violence subie	109
e. Les addictions	111
f. Le recours aux soins psychiatriques	112
g. Les jeunes de 18 à 25 ans	115
IX. SYNTHÈSE ET CONCLUSION	119
BIBLIOGRAPHIE	127
ANNEXES	137

Résumé

L'enquête Samenta répond à une demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, concernant **l'estimation des troubles psychiatriques et des addictions** parmi les personnes sans logement personnel en Ile-de-France. Elle répond également à une demande sociale croissante au sujet de la santé des personnes sans logement personnel en général (Girard et al., 2010) et de leur santé mentale en particulier (Orain et Chambaud, 2008). Plus de dix ans après l'enquête de référence française sur les troubles psychiatriques chez les personnes sans logement (Kovess et Mangin-Lazarus, 1996) et près de dix ans après la dernière enquête de l'Insee sur les sans domicile, Samenta permet d'actualiser et d'approfondir nos connaissances sur la santé mentale et les addictions, au sein de cette population.

La méthodologie de l'enquête repose sur un sondage complexe (tirage des structures, des jours d'enquêtes et des personnes) de façon à obtenir un échantillon aléatoire de personnes sans logement fréquentant des services d'aide. La pondération de l'échantillon (prenant en compte la probabilité d'inclusion de chaque enquêté et les fréquentations multiples des services au cours de la période d'enquête) a permis d'estimer la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide. Le questionnaire a été construit par une équipe de recherche pluridisciplinaire. Il est composé d'une partie sur la santé mentale et les addictions, et de modules visant à décrire les trajectoires sociales et les conditions de vie, inspirés d'enquêtes sur les sans domicile ou auprès de ménages ordinaires de la population générale. Les personnes ont été interrogées par un binôme composé d'un enquêteur professionnel et d'un psychologue clinicien. Un psychiatre a été sollicité ultérieurement dès lors que les éléments cliniques recueillis par le psychologue suggéraient un possible trouble psychiatrique. Entre février et avril 2009, 840 personnes ont participé à l'enquête. **La pondération de l'échantillon permet d'estimer la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide pendant la période d'étude à 21 176 personnes (IC₉₅ % [17 582 ; 24 770])**

Ce rapport, qui présente les premiers résultats, s'intéresse principalement aux prévalences des troubles psychiatriques et des addictions. Nous avons estimé qu'un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement) et de troubles anxieux. Cette prévalence de troubles sévères est plus forte qu'en population générale. Elle reflète le risque élevé de rupture sociale présenté par les personnes atteintes de troubles psychotiques ou de troubles sévères de l'humeur. Elle est, en particulier, dix fois plus importante pour les troubles psychotiques. De même, la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concernent près de trois personnes sur dix. Les prévalences de troubles psychiatriques sévères et d'addictions sont plus élevées dans des dispositifs à bas seuil, qui accueillent un public plus défavorisé

et ne facilitent pourtant pas l'accès ou le maintien dans le soin. Les structures d'urgence et les hôtels sociaux sont particulièrement concernés. La co-morbidité entre troubles psychiatriques et addictions est aussi plus importante parmi les personnes sans logement personnel que parmi la population générale. Par ailleurs, si les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont eu, pour plus des deux tiers d'entre elles, un recours aux soins psychiatriques au cours de leur vie, la majorité d'entre elles n'est plus suivie : le maintien dans le soin s'avère problématique. Toutefois, il faut noter que leur observance du traitement n'est pas moins bonne que celle des personnes atteintes de troubles psychiatriques en population générale. Statistiquement, la plupart de ces résultats ne diffère pas de ceux obtenus par V. Kovess et C. Mangin-Lazarus il y a plus de dix ans. Concernant la **santé mentale et des addictions**, les personnes sans logement personnel demeurent donc toujours **particulièrement touchées**.

Cependant, la **maladie mentale n'affecte pas toute la population sans logement personnel**, encore moins dans ses formes les plus sévères ; **il en est de même au sujet des addictions**. La population « sans chez soi » ne se résume donc pas, loin s'en faut, à la figure du « malade mental » ou de « l'alcoolique ». En outre, ces figures elles-mêmes passent sous silence la diversité des expériences vécues et des rôles sociaux que peuvent jouer des personnes atteintes de troubles mentaux ou d'addictions. Ainsi, les prévalences mesurées devront être, dans les prochaines analyses, rapportées plus précisément aux caractéristiques et aux trajectoires sociales des personnes enquêtées, afin de rendre compte plus finement de l'inégale répartition des troubles et des addictions dans cette population, mais aussi d'évaluer leur importance et leurs impacts variables dans les parcours et la vie ordinaire des personnes.

Recommandations

Ce rapport présente les premières analyses des données l'enquête Samenta sur les troubles psychiatriques et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile-de-France. Un certain nombre de résultats peuvent d'ores et déjà être traduits en recommandations afin d'améliorer la prise en charge des problèmes psychiatriques ou des addictions et d'augmenter ainsi les chances de réussite du processus de réinsertion sociale des personnes.

1. PRÉVENIR L'EXCLUSION SOCIALE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES SÉVÈRES

Cette étude a mis en évidence une surreprésentation des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères parmi la population sans logement. De nombreux travaux ont montré un risque plus élevé d'exclusion sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques, en particulier de schizophrénie, de troubles bipolaires ou de troubles dépressifs majeurs, par rapport à la population générale non malade. L'inclusion sociale des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est menacée par les obstacles à trouver ou conserver un logement et/ou un travail et par les difficultés particulièrement aigües qu'elles peuvent rencontrer sur les différentes scènes de la vie sociale.

Il est donc indispensable, si l'on veut diminuer le nombre de personnes sans logement atteintes de troubles psychiatriques sévères, d'insister encore sur l'amélioration de la qualité des soins et sur une prise en charge globale des personnes avant qu'elles ne se retrouvent en situation de rupture sociale. Indépendamment des recommandations que l'on peut tirer des résultats de l'étude, à propos de la prise en charge des personnes sans logement personnel atteintes de troubles psychiatriques sévères, ceci nous amène d'emblée à inscrire nos recommandations dans la continuité de celles énoncées dans des rapports récents (Couty, 2009 ; Girard et al., 2010) et qui visent à **prévenir l'exclusion sociale des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères**.

2. MIEUX REPÉRER LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Les troubles psychiatriques sont inégalement répartis dans les lieux fréquentés par les personnes sans logement personnel. Il convient d'en tenir compte pour ajuster la prise en charge. Cela doit en premier lieu se traduire en termes de repérage des troubles psychiatrique et de la souffrance psychique.

A. DANS L'ESPACE PUBLIC

Parmi les personnes ayant déclaré avoir dormi le plus souvent dans l'espace public dans les douze derniers mois, près d'une sur deux présente un trouble psychiatrique sévère, et un quart un trouble psychotique.

Afin d'améliorer le repérage de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques des personnes dans l'espace public, il est important que **les équipes de rue ou les maraudes généralistes**, sensibilisées à ces problèmes, **puissent contacter les équipes mobiles spécialisées (EMPP)**. Ceci est déjà possible en théorie, mais peu fréquent en pratique. Il est essentiel de favoriser les échanges et la coordination entre les EMPP et les autres acteurs de rue (cf. infra).

De plus, pour les personnes sans hébergement pérenne et qui ne souhaitent pas fréquenter les structures d'hébergement d'urgence, il serait important de créer des lieux d'accueil de jour et de nuit à bas seuil (sans condition d'entrée et de sortie) permettant d'apporter un soutien moral.

B. DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT D'URGENCE ET LES ACCUEILS DE JOUR

L'analyse des troubles psychiatriques présentés par les personnes sans logement par type de structure a montré une prévalence plus importante des troubles psychotiques (près d'une personne sur cinq) dans les services du dispositif d'urgence, c'est-à-dire dans les centres d'hébergement d'urgence et de stabilisation, les accueils de jour et les points de distribution de repas chauds. De même, la prévalence des addictions y est supérieure, en particulier pour l'alcool (27 % de dépendants), comparé au dispositif d'insertion ou aux hôtels.

Ces structures constituent – ou devraient constituer- les portes d'entrée dans le circuit de l'assistance, et à ce titre, le repérage de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques doit y être le plus précoce possible, pour augmenter les chances de sortie de ces situations de rupture sociale.

Le **développement d'EMPP « pro-actives »**, intervenant de façon plus régulière et réactive, pourrait contribuer à ce repérage. Cela suppose une **augmentation sensible des moyens actuels** des EMPP.

C. DANS LES HÔTELS

Les personnes hébergées en hôtel sont essentiellement des familles migrantes, très souvent monoparentales avec une femme à leur tête. Ces personnes souffrent de troubles anxieux et de troubles dépressifs moyens ou légers, majoritairement liés aux situations administratives et sociales qu'elles traversent (départ du pays d'origine, en provenance de zones de conflits, en attente de régularisation ou déboutées, impossibilité de trouver un emploi, etc.) qu'il ne faut pas méconnaître.

Il est important que **les permanenciers des pôles famille des plateformes 115** puissent évaluer régulièrement les problèmes somatiques ou psychologiques des personnes en famille et que ces situations soient signalées aux EMPP dédiées aux familles en hôtel.

De plus des femmes immigrées et vivant en hôtel sont amenées à accoucher dans des circonstances pénibles, avec notamment un accès aux soins compliqué (éloignement géographique, barrières culturelles

ou de langue, etc.). Le suivi à la sortie de la maternité doit être assuré afin de prévenir notamment les interactions pathologiques mère-enfant. Des équipes de secteur infanto-juvénile, voire des EMPP, ont développé de telles pratiques de repérage de troubles et d'interactions pathogènes. Il est évident que ces **équipes mobiles de soins périnataux « dédiées » aux familles en hôtel** doivent être soutenues et développées au-delà de l'expérimentation.

D. SUR LES PLATEFORMES 115

Les permanenciers des plateformes 115 doivent faire face à la souffrance psychique voire aux troubles psychiatriques des appelants. Les moyens nécessaires en termes de **formation**, de **soutien**, d'information, doivent leur être apportés, pour mieux identifier les troubles et souffrances, gérer ces appels difficiles et orienter les personnes vers des lieux d'écoute spécifiques ou de prise en charge.

3. AMENER VERS UN SOIN DURABLE

L'analyse du recours aux soins des personnes sans logement a montré un suivi en cours peu fréquent pour les pathologies les plus graves. Le maintien dans le soin est difficile pour des personnes chez lesquelles un trouble psychiatrique a été détecté (psychotique, de l'humeur sévère ou modéré, anxieux). Après un premier recours au cours de leur vie, près des trois quarts n'en avaient plus au moment de l'enquête. Une meilleure articulation des actions et des intervenants est donc préconisée.

A. COORDONNER LES ACTEURS DE RUE

Il s'agit de **rendre efficient le travail en réseau grâce à une coordination indispensable entre les différents acteurs de rue et les structures de psychiatrie.**

A un premier niveau, il importe de mieux coordonner l'action des acteurs de rue spécialisés dans l'exclusion : équipes mobiles, PASS mobiles, EMPP. Avec plus de moyens à leur disposition, les EMPP devraient jouer un rôle référent en matière de santé mentale.

A un deuxième niveau, il convient de favoriser la coopération entre les acteurs de rue spécialisés dans l'exclusion et les autres intervenants de première ligne, qu'il s'agisse des pompiers, du samu médical ou de la police. Il s'agit à la fois de sensibiliser ces derniers aux problèmes de santé mentale chez les personnes sans logement, et de les appuyer dans leur action. Des séances d'échanges de pratiques, menées par les EMPP, seraient bénéfiques.

A un troisième niveau, il est essentiel de mieux articuler le travail des acteurs de rue avec les acteurs et les moyens à dispositions dans les services de psychiatrie. Un travail au cas par cas devrait être mis en place avec les différentes instances pour prévenir des orientations erronées qui se révèlent souvent catastrophiques pour la prise en charge et le soin des personnes (incarcération, hospitalisation non préparée, etc.). Là encore, les EMPP pourraient jouer un rôle essentiel de passerelle entre les acteurs de rue et la psychiatrie.

B. RENFORCER LA COLLABORATION DES INTERVENANTS SOCIAUX AVEC LES CMP

Il serait important et efficace de renforcer et personnaliser les relations entre les intervenants sociaux et les équipes des CMP grâce au développement de **tiers accompagnants**.

Il s'agit aussi de favoriser les collaborations entre les structures sociales et les CMP. Les groupements locaux de coopération pour la santé mentale, les conseils locaux de santé mentale (Couty, 2009) et/ou des groupements locaux de santé pour les personnes sans chez soi (Girard et al., 2010) devraient appuyer ce renforcement.

C. RENFORCER LA COLLABORATION DES INTERVENANTS SOCIAUX AVEC LES URGENCES MÉDICALES

Lorsque des personnes sont amenées aux urgences pour des raisons somatiques alors qu'il existe un problème psychiatrique sous-jacent, il ne faut pas envisager une sortie sans consultation psychiatrique. Cette consultation systématique doit permettre de :

i. Limiter les passages réitérés aux urgences

Les résultats de l'enquête ont montré de forte proportion de comorbidités somato-psychiatriques. De fait, l'accueil et la prise en charge ne doivent pas être cloisonnés ; une **coordination du parcours de soins** est indispensable. Le travailleur social comme l'acteur sanitaire doivent s'inquiéter de la réitération des passages aux urgences et mettre en place des moyens de la limiter.

ii. Limiter les hospitalisations en psychiatrie non préparées

Les hospitalisations ne sont pas toujours bien préparées entre les différents acteurs, la personne souffrante et les services d'urgence. Les acteurs sociaux reconnaissent que cette préparation n'est pas toujours possible mais elle doit être anticipée au maximum.

D. RENFORCER LA COLLABORATION AVEC LES STRUCTURES POUR LE SEVRAGE DES ADDICTIONS

Les limites de la prise en charge dans le cadre du sevrage des addictions, en particulier de l'alcool, tiennent à l'absence de projet à long terme pour la personne en termes de suivi de soins mais aussi d'hébergement. Les structures de cure refusent de prendre des personnes demandeuses du fait de l'absence de solution d'hébergement à long terme. Ce refus annonce l'échec du sevrage. Il est urgent de **stabiliser l'hébergement des personnes souffrant d'addictions** de façon à faciliter l'accès aux centres de cure et de postcure. Ceci ne peut s'envisager sans un partenariat étroit et équilibré entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

4. ACCOMPAGNER LES PARCOURS D'HÉBERGEMENT ET DE LOGEMENT

L'instabilité de l'hébergement pour les personnes en centres d'hébergement d'urgence et l'isolement vis-à-vis des services d'aide pour les familles dans les hôtels sociaux, constituent des freins à la prise en charge et au suivi, voire une source d'anxiété supplémentaire. Une attention particulière doit être apportée aux femmes en grande vulnérabilité psychique ou psychiatrique, pour lesquelles le nombre de structures de prise en charge reste très insuffisant, de même que pour les jeunes.

A. STABILISER L'HÉBERGEMENT DES PERSONNES QUI NÉCESSITENT DES SOINS

Tout doit être fait pour **stabiliser le lieu de vie**, un hébergement pérenne voire un logement, pour les personnes présentant une situation de vulnérabilité psychique ou psychiatrique ou des addictions. Cet hébergement peut prendre la forme de structures dépendant du secteur social, avec des modes d'organisation variés (foyers, pension de famille, maisons relais, etc.) qui assurent une mixité des publics accueillis. Le personnel encadrant ces personnes ne doit pas se contenter d'être en relation avec le secteur psychiatrique et les EMPP, mais doit aussi accompagner ces personnes dans un projet commun médico-psycho-social. Le logement ordinaire est aussi une solution avec la condition d'un fort accompagnement sanitaire et social comme le montrent les expériences de « logement d'abord » (cf. infra).

Les jeunes en situation de vulnérabilité et de souffrance psychique adoptent très souvent des comportements d'addictions qui constituent un moyen de compensation, voire de survie. Un lieu de vie stable est indispensable afin de les exposer le moins possible à toutes formes de violences et prévenir une installation prolongée dans l'errance. Un tel lieu de vie pérenne favoriserait alors le contact familial, encore souvent présent, grâce à des **acteurs de médiation et d'accompagnement**. Des structures sociales adaptées (chantiers, apprentissage, etc.) doivent les accueillir, offrant un fort accompagnement **social, sanitaire et psychiatrique**.

B. PROMOUVOIR LE LOGEMENT D'ABORD

De nombreuses personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont perdu leur logement du fait de la vulnérabilité, notamment sociale, entraînée par leur maladie. La survie dans l'espace public ou dans l'hébergement d'urgence ne favorisent ni la continuité du suivi médical, ni la perspective d'une réinsertion sociale, en particulier professionnelle. Le « logement d'abord » pour les personnes sans logement atteintes de troubles psychiatriques est une des propositions fortes faites par V. Girard (Girard et al., 2010) à la Ministre de la santé et des sports. Cette recommandation se concrétise par une expérimentation dans plusieurs villes en France pendant 4 ans. Ce programme expérimental s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire (sanitaire et sociale) et l'animation d'un réseau local sanitaire et social. Les résultats de Samenta permettent d'appuyer cette recommandation, et de rappeler, avec le rapport précité, l'importance décisive de **l'accompagnement personnalisé dans l'accès et le maintien dans un logement**.

5. FORMER ET SOUTENIR LES INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE

La demande de soutien des acteurs de terrain face à la souffrance des personnes hébergées en situation de vulnérabilité psychique est croissante. Les besoins de ces équipes d'accueil en termes d'appui et de formation, d'échanges de pratiques, de conseils et d'informations se révèlent d'autant plus cruciaux que la constitution de ces équipes est, elle-même, rarement pérenne : tout changement de personnel implique une reprise des actions précédemment mises en œuvre.

Améliorer le repérage de la souffrance psychique ou psychiatrique des personnes sans logement et leur orientation vers des lieux de prise en charge nécessite des programmes de formation spécifiques auprès des membres des équipes qui sont à leur contact.

Ces programmes doivent avoir comme objectifs la reconnaissance d'une situation de vulnérabilité psychique ou psychiatrique, la gestion de relations difficiles (que ce soit en face à face ou par téléphone) et la mise à disposition d'outils pour orienter les personnes (lieux de prise en charge, personnes ressources (EMPP, PASS psy, ...)). Les programmes de formation à la gestion de la violence, qui sont déjà réalisés pour le personnel de structures sociales, doivent être renforcés.

Les personnels concernés sont : les membres des équipes des structures collectives (centres d'hébergement d'urgence, accueils de jour, etc.), les membres des équipes mobiles d'aide généralistes (bénévoles et professionnels), les permanenciers téléphoniques des numéros d'urgence (115) et les personnels des hôtels sociaux.

Par ailleurs, il ne saurait être question de se contenter de formations initiales ou ponctuelles. Il est nécessaire de prévoir pour tous ces personnels des suivis dans le temps, car ces équipes sont confrontées à des situations difficiles qui peuvent entraîner démotivation et non adéquation des réponses. Ce suivi et soutien peuvent être menés par des psychologues, des intervenants spécialisés en psychiatrie et des travailleurs sociaux, en lien avec les EMPP.

6. LUTTER CONTRE LA VIOLENCE SUBIE DES PERSONNES SANS LOGEMENT

Au vu de la fréquence observée des violences dont sont victimes les personnes sans logement, et particulièrement celles souffrant de troubles psychiatriques, il est important, *a fortiori*, de rendre visible leur vulnérabilité et l'importance des violences commises à leur égard.

A. AIDER LES PERSONNES À FAIRE FACE À LA VIOLENCE SUBIE

Nous préconisons la multiplication de **groupes de paroles**, intégrant notamment des personnes sorties de la rue. La mise en place de **dispositifs d'accompagnement des victimes vers le dépôt de mains courantes, de plaintes et le suivi de la procédure judiciaire** paraît également souhaitable.

B. LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION

Il est nécessaire de lutter contre la peur des personnes sans logement et leur rejet. Plus d'un tiers des personnes ont rapporté des regards ou paroles irrespectueux ou humiliants, dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi celles atteintes de troubles psychiatriques sévères, cette proportion atteint 43 %. Il serait ainsi opportun d'engager une démarche auprès de différents publics (professionnels, grand public) pour **informer et sensibiliser** sur la santé mentale. Ceci doit s'inscrire **dans la durée** et constitue un élément essentiel pour la réinsertion dans la cité des personnes sans logement et en particulier de celles atteintes de troubles psychiatriques. Une action **inter-organisations**, pilotée au niveau régional conjointement par l'Etat et le conseil régional, en renforcerait sans doute la légitimité et l'efficacité. La participation de groupes d'usagers à ces actions de communications paraît enfin

primordiale comme le recommande la Fédération européenne d'associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA, 2009).

7. CONTINUER L'ENQUÊTE

L'étude Samenta permet d'actualiser notre connaissance de la population sans logement personnel francilienne, et en son sein de la santé mentale et des addictions. Toutefois, elle comporte des limites, qui sont autant de pistes pour continuer l'enquête.

La première limite est celle de la taille de l'échantillon. Huit cent quarante interviews ont été réalisées, soit 17 % de plus que dans l'enquête de V. Kovess et C. Mangin Lazarus. Pourtant, nous avons été obligés de conclure à la non significativité de nombreuses différences entre les deux enquêtes, de même pour les comparaisons avec l'étude de l'Insee en 2001, alors que certaines différences sont signalées dans d'autres enquêtes et considérés comme des évolutions marquantes de la population sans-domicile. Si des **nouvelles enquêtes** venaient actualiser notre connaissance, elles auraient tout intérêt, à des fins de comparaison, de s'appuyer sur des **échantillons plus larges**.

La deuxième limite tient à la définition de la population retenue, qui exclut *de facto* du champ d'enquête les **personnes ne parlant pas français**, qui constituent **27 % des usagers des services d'aide en Ile-de-France en 2009**. Aucune enquête n'interroge pour le moment ces personnes, dont on ne connaît a priori pas grand chose, mais dont on peut croire qu'elles passent largement entre les mailles de l'assistance. Des **enquêtes exploratoires, qualitatives**, mériteraient de voir le jour.

La troisième limite est attenante au mode d'investigation. Dans une enquête quantitative, l'expérience des acteurs est analysée à travers des variables prédéfinies. Pour mesurer la place qu'occupe la maladie mentale dans des trajectoires et des modes de vie sans logement personnel, il serait important de **suivre les personnes de façon prolongée**, à partir de différentes méthodologies, et notamment dans une perspective ethnographique. En particulier, il serait opportun de **mieux comprendre les dynamiques d'exclusion** par lesquelles **les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves** (troubles psychotiques, en particulier des schizophrénies ou troubles sévères de l'humeur) se retrouvent en situation de rupture sociale.

I. Introduction

1. CONTEXTE

Ce rapport restitue une enquête sur la santé mentale et les addictions (Samenta) menée en 2009 auprès de personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Ce travail a comme premier objectif, de santé publique, l'estimation de la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions. Il s'inscrit dans un contexte politique et scientifique qui a mis depuis plusieurs années la santé mentale des plus précaires sur son agenda, tout en constatant l'absence de données réactualisées sur ces questions.

Cette étude, proposée par la Préfecture de Paris et la Mairie de Paris, financée grâce aux contributions de multiples partenaires¹, traduit une préoccupation croissante concernant les relations entre exclusion sociale et santé mentale. Celle-ci renvoie notamment aux difficultés de la prise en charge des personnes atteintes (ou supposées atteintes) de problèmes « psy », des difficultés exprimées de longue date par les intervenants sanitaires et sociaux² et rendues plus visibles par l'épisode des tentes installées dans l'espace public durant l'hiver 2005-2006. La mission alors confiée à Agnès de Fleurieu et Laurent Chambaud sur l'occupation de l'espace public (De Fleurieu et Chambaud, 2006), comme le groupe de travail sur la coordination des maraudes initié en août 2006, ont confirmé ce constat. Le plan d'action renforcé pour les sans-abri (PARSA) et le droit au logement opposable (DALO³) - qui peuvent être considérés comme autant de conséquences du mouvement des Enfants de Don Quichotte et comme une rupture dans l'action publique vis-à-vis des plus démunis (Schvartz, 2007 ; 2009), désormais rattachée plus fermement à la question du logement et de l'insertion - paraissent pourtant ne pas pouvoir répondre aux besoins des personnes les plus fragiles. Parmi elles, les personnes atteintes de « troubles psychotiques, d'addictions, ou qui présentent des troubles somatiques divers (...) mettent en échec les dispositifs existants et, de ce fait, demeurent à la rue » (Orain et Chambaud, 2008). La mise en échec des institutions, la désocialisation et la maladie mentale s'expliqueraient et se renforceraient les uns les autres. Pour garantir plus d'efficacité à ces dispositifs et enrayer les dynamiques d'exclusion, il conviendrait de mieux agir auprès des personnes sans logement personnel atteintes de troubles mentaux,

1. Le Haut Commissaire aux Solidarités Actives Contre la pauvreté et à la Jeunesse, l'Institut de veille sanitaire (InVS), la Direction générale de la santé (DGS), la Région Ile-de-France, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Préfecture de Paris, l'Observatoire national pauvreté et exclusion sociale (ONPES) et la Mairie de Paris.

2. A ce titre la récente circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie s'inscrit dans la lignée des circulaires du 14 juin 1996 et du 10 avril 1997, qui insinuent dans la lutte contre les exclusions le langage de la souffrance psychique (Fassin, 2006). Le rapport Lazarus (Lazarus et Strohl, 1995) et les travaux militants et scientifiques de l'OSPERE (voir Furtos et al., 1997) ont eu, si l'on suit cet auteur, une importance décisive dans la définition de l'exclusion (Fassin, 1996) comme un problème de souffrance psychique et de santé mentale.

3. Loi n°2007-290 du 5 mars 2007.

de troubles du comportement et d'addictions. Encore doit-on mieux connaître la fréquence de ces maux et les caractéristiques de ceux qu'ils affectent : tel a été l'objet de la mission confiée par la Préfecture de Paris (annexe 4).

Le déficit de consensus et de connaissance sur la nature et l'ampleur de ces problèmes est souligné dans le rapport précité (Orain et Chambaud, 2008), contemporain du lancement de Samenta et consacré à « l'identification et la prise en charge des personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement ». Les données disponibles paraissent alors insuffisantes. Il existe des informations sur *les prises en charge*, issues des établissements de soins (spécialisés en psychiatrie ou non) mais il s'agit généralement de données d'activité et non d'enquête qui sont difficilement généralisables. Pour la majorité, ce sont des données hospitalières (PMSI, secteur), ou bien des données portant sur la patientèle de dispositifs de soins gratuits (Chauvin et al., 2002 ; Chauvin et Parizot, 2003 ; Médecins du Monde, 2008). Elles souffrent souvent de la petite taille des échantillons, de diagnostics peu précis (à l'exception des données hospitalières) et de biais de recrutement⁴. On dispose néanmoins de quelques enquêtes « en population », c'est-à-dire auprès de personnes sans domicile rencontrées sur leur lieux de vie (Guesdon et Roelandt, 1998 ; Kovess et Mangin-Lazarus, 1999) ou de personnes précaires (Parizot et al., 2004 ; Chauvin et Parizot, 2005a). La première étude en France qui tentait de faire le point sur la surmorbidity psychiatrique des personnes privées de logement, leur accès aux soins et les lacunes de ce dernier, et le rôle de la « désinstitutionnalisation » dans la présence de malades mentaux dans la rue est l'enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile de I. Guesdon et J-L. Roelandt. Cette première étude a été réalisée en 1995, réalisée par des psychiatres, sur un échantillon non randomisé de personnes sans logement rencontrées dans des centres d'hébergement et accueils de jour. Malgré la taille de l'échantillon et quelques faiblesses méthodologiques, elle a apporté un certain nombre de réponses qui seront confirmées ultérieurement. Presque concomitamment V. Kovess et C. Mangin-Lazarus (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999) réalisent la première étude française randomisée sur la santé mentale de sans domicile, à Paris. Depuis la réalisation de cette étude, les caractéristiques de la population sans domicile ont sensiblement évolué (MIPES, 2008), allant dans le sens d'un vieillissement, d'une féminisation et d'une augmentation de la proportion de migrants. Plus de dix ans après l'enquête de V. Kovess et C. Mangin-Lazarus, il a donc paru important d'actualiser les connaissances sur la santé mentale des personnes sans domicile.

4. Les dispositifs dans lesquels ces études sont réalisées « recrutent » une population fortement médicalisée, ayant accès aux soins, plus susceptible, donc, d'avoir fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique, que la population sans-domicile en général. Sur l'importance de ces biais de recrutement (et de la surestimation induite) dans des études sur la maladie mentale auprès des sans-abri, voir l'article de Snow, Baker et Anderson (Snow et al., 1986 et 1988), et pour la situation française, celui de Bresson (Bresson, 2003).

2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les objectifs de Samenta sont d'abord d'estimer 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 de leur usage, en termes de dépendance et de consommations à risque. Notons que la méthodologie de l'étude, basée sur un échantillon aléatoire, permet d'estimer – avec une marge d'erreur elle-même quantifiable - le nombre de personnes atteintes de ces troubles en Ile-de-France au cours de la période d'étude. Elle permet également d'estimer le nombre de personnes sans logement personnel en Ile-de-France utilisant les services d'aide.

Une première étape descriptive fait l'objet du présent rapport. Par la suite, les données sociales et sanitaires seront mises en relation afin de contextualiser plus précisément et plus finement les événements de santé mentale dans le parcours social des personnes.

Les parcours sociaux, médicaux et comportementaux de ces personnes seront analysés à partir d'éléments biographiques recueillis systématiquement au cours de l'entretien, afin de saisir des éléments du contexte social de la santé mentale. Comment s'inscriront ainsi les événements de santé mentale, les addictions (et les épisodes de sevrage) dans le parcours de vie ? On s'intéressera également aux modalités de prise en charge de la pathologie mentale, aux types de parcours de soins, en particulier aux hospitalisations sous contrainte. Enfin, on étudiera le retentissement des troubles et symptômes en termes de handicaps, d'incapacités, de désavantages ou de dysfonctionnements sociaux. S'il importe de restituer les conditions et les trajectoires sociales dans lesquelles la santé mentale prend sens, il importera également de considérer les effets de problèmes de santé mentale et d'addictions dans les mondes sociaux fréquentés par les personnes enquêtées.

De façon générale, rappelons – même si ces premiers résultats n'en rendent pas toujours (ou pas encore) compte – qu'il est primordial de ne pas dissocier l'étude de la santé mentale des plus démunis, des conditions, des processus ou des déterminants qui rendent compte, avant tout, de leur situation d'exclusion (Snow et al., 1986 ; Hopper, 1988 ; Bresson, 1997 ; Chauvin et Parizot, 2005b). La présentation des résultats, dans le présent rapport, met surtout l'accent sur la description des troubles mentaux et croise peu de données sociodémographiques avec des données de santé mentale, mais de futures analyses sont d'ores et déjà prévues en 2010 pour aborder ces points et feront l'objet de publications ultérieures.

Dans ce rapport sont ainsi présentées les données sociodémographiques sur la population, les estimations de prévalence des troubles psychiatriques et des addictions, ainsi que des données descriptives sur le recours aux soins. La situation des jeunes de 18 à 25 ans fait l'objet d'une partie dédiée, afin de satisfaire l'interrogation plus spécifique du principal financeur de l'étude, le Haut Commissaire aux Solidarités Actives Contre la pauvreté et à la Jeunesse. Les autres objectifs de l'étude nécessitent des analyses approfondies qui seront réalisées durant l'année 2010.

Ainsi, cette enquête vise à permettre une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins, que ce soit en termes de soins psychiatriques ou d'aide au sevrage des addictions. Puisse-t-elle également

aider à concevoir une offre d'hébergement, de logement et d'accompagnement qui tienne compte des problèmes de santé et de leur impact sur la vie de ces personnes, une urgence sociale, sanitaire et politique que vient de rappeler le récent rapport remis à la Ministre de la santé (Girard et al., 2010).

3. DONNÉES DISPONIBLES SUR LA PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE

L'enquête Samenta s'inscrit dans la suite de celle de V. Kovess et C. Mangin-Lazarus citée plus haut, mais aussi des travaux conduits à Paris par l'Ined dès 1995 (Marpsat et Firdion, 2000), puis en France métropolitaine par l'Insee en 2001 (Brousse et al., 2002) sur la population sans domicile qui ont fourni des sources méthodologiques (cf. infra) et empiriques pour construire le protocole. Il n'est pas inutile de rappeler les résultats de l'enquête lilloise que l'on peut considérer comme un travail exploratoire pour les enquêtes ultérieures. La mise en perspective de Samenta est aussi passée par une comparaison avec des enquêtes étrangères, plus nombreuses.

A. L'ENQUÊTE LILLOISE SUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNE SANS DOMICILE FIXE (GUESDON ET ROELANDT, 1998)

Le contexte de Samenta rappelle celui de l'enquête lilloise de 1995, où il s'est agi de faire un état des lieux, en raison du « désarroi des travailleurs sociaux face aux troubles psychiatriques de leurs clients », avant de concevoir « des foyers d'accueils pour sans-abri malades mentaux ». L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon (non représentatif) de 270 personnes recrutées sur la base du volontariat dans des centres d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, accueils de jour et services de psychiatrie adulte. Les enquêteurs étaient des bénévoles issus de professions très diverses. Le recueil de données psychiatriques reposait sur l'entretien standardisé CIDI-S. L'enquête s'est déroulée sur douze mois.

Les résultats de morbidité psychiatriques (tableau A) font état (au moment de l'enquête ou dans les 6 mois) de 8,8 % de troubles psychotiques, 29,0 % de troubles dépressifs, 15,2 % de troubles anxieux, 37,8 % de tentatives de suicide au cours de la vie. Concernant les addictions, la dépendance à l'alcool (mesurée par le score CAGE) s'élève à 9,3 % et la consommation de drogues à 10,4 %. Une comorbidité importante entre les troubles est notée : 44 % des malades ne présentent qu'un seul trouble, 39 % souffrent de deux ou trois troubles et 16 % de plus de trois.

Le recours aux soins psychiatriques dans le dernier mois est plus important pour les troubles anxieux généralisés (57,7 %) ou aigus (62,5 %) et les conduites d'alcoolisation (55 %). Ce recours aux soins concerne 40,7 % des personnes dépressives et 45 % des psychotiques. Moins d'une personne atteinte de trouble sur six a un antécédent d'hospitalisation.

Les auteurs soulignent dans leurs conclusions qu'un diagnostic de trouble psychotique a été trouvé chez moins de 10 % des personnes. Si ce taux est peut être sous-estimé selon eux, il relativise tout de même certains niveaux de prévalence autrement plus alarmants observés aux Etats-Unis. Les auteurs s'étonnent davantage de la prévalence de la dépression (une personne sur cinq) et l'interprètent comme

un effet de la rupture sociale. Par ailleurs, les prévalences de consommation d'alcool et de drogues sont à leurs yeux sous-déclarées, en raison de l'interdiction de consommation dans les structures enquêtées. Enfin, ils notent, contrairement aux attentes, que les sans domicile ont un accès aux soins et qu'ils « fréquentent la médecine et la psychiatrie autant que la population générale ».

B. LA PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES SANS DOMICILE PARISIENS (KOVESS ET MANGIN-LAZARUS, 1999)

La première étude randomisée sur la prévalence des troubles psychiatriques réalisée chez les sans domicile a été menée à Paris en 1996. Elle portait sur 715 personnes, recrutées dans des centres d'hébergement d'urgence, des centres d'hébergement de longue durée, des lieux de distribution de repas gratuits et des points soupe (Kovess et Mangin-Lazarus, 1997). La méthodologie était basée sur celle de l'enquête de l'Ined auprès des usagers des services d'aide (Marpsat et Firdion, 2000).

Le recueil de données psychiatriques (voir la méthodologie détaillée au chapitre suivant) reposait sur l'utilisation d'un entretien psychiatrique standardisé, passé par un enquêteur Insee, et une relecture des questionnaires comportant un diagnostic de troubles psychotiques par un psychiatre.

Les résultats cliniques psychiatriques y sont présentés sur la vie ou au cours des 6 derniers mois. La prévalence des troubles psychotiques sur la vie est estimée à 16 %, dont 14,9 % pour la schizophrénie et sur les 6 derniers mois respectivement 5,8 % et 5,3 % (tableau A). Les troubles de l'humeur sur la vie sont retrouvés chez 41,0 % des personnes avec 33,7 % de troubles dépressifs, 3,6 % de troubles bipolaires et 3,6 % de manie (sur les six derniers mois respectivement 23,7 %, 20,2 %, 1,7 % et 1,8 %). Les troubles de l'usage de l'alcool s'élèvent à 24,9 % sur la vie et 14,9 % sur les six derniers mois et ceux liés à l'usage de drogues à 15,6 % sur la vie et 10,3 % sur les six derniers mois. Les comorbidités suivantes sont observées : problèmes de drogues associés à la schizophrénie et d'alcool à la dépression. Un usage problématique de l'alcool est plus fréquemment retrouvé chez les hommes et chez les personnes rencontrées dans la rue comparé à celles bénéficiant d'un hébergement long. Un usage problématique des drogues est plus souvent observé chez les hommes et les moins de 25 ans.

C. LA PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES SANS DOMICILE DANS LE MONDE

De nombreuses études de prévalence des troubles psychiatriques, dont un certain nombre méthodologiquement robustes, ont été réalisées auprès de personnes sans logement personnel depuis la fin des années soixante. Elles l'ont été principalement aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, quelques unes ayant été menées en Europe de l'ouest (Allemagne, France, Pays-Bas, Grèce) et en Australie. Toutes ces études font état de prévalences plus élevées des troubles psychiatriques sévères, comparé à la population générale.

Une méta-analyse (Fazel et al., 2009) publiée récemment considère 29 études publiées entre 1979 et 2005 (dont celle de V. Kovess et C. Mangin-Lazarus), répondant à un certain nombre de critères méthodologiques (échantillonnage, définition des personnes sans logement, critères diagnostics standardisés, interview clinique ou avec une échelle validée). Ces études incluent au total 5 684 personnes sans domicile. Différentes méthodes d'échantillonnage y sont utilisées (tirage aléatoire, ordre d'arrivée, ensemble des présents) et le taux de participation dépasse le plus souvent 70 %. Les personnes

sont recrutées dans des centres d'hébergement, ou dans des hôtels pour sans domicile, dans des points soupes, centres d'accueil de jour, ou dans la rue.

Concernant la prévalence des *troubles psychotiques* actuels, les estimations dans les différentes études (n=28) vont de 2,8 % à 42,3 %, la prévalence estimée pour l'ensemble de la population atteint 12,7 % (tableau A).

Les *troubles dépressifs majeurs* étaient recensés dans 19 études, les estimations vont de 0,0 % à 40,9 %, avec une prévalence estimée pour l'ensemble de 11,4 %.

Les *troubles de la personnalité* sont recherchés dans quatorze enquêtes, les prévalences s'étalent entre 2,2 % et 71,0 %, la prévalence estimée pour l'ensemble s'élève à 23,1 %.

La *dépendance à l'alcool* est rapportée dans dix études, où les prévalences vont de 8,5 % à 58,1 %, la prévalence calculée pour l'ensemble des participants à ces études est de 37,9 %.

Concernant la *consommation de drogues illicites*, sept études en font mention. Les prévalences de dépendance vont de 4,7 % à 54,2 %, avec une prévalence estimée pour l'ensemble à 24,4 %. Une seule étude donne une estimation pour les femmes, elle est de 24,2 %.

Les auteurs concluent que le problème le plus prévalent est la dépendance à l'alcool et aux drogues. Un des résultats marquants de cette méta analyse est la similitude des prévalences des troubles dépressifs majeurs, d'une part, et des troubles psychotiques, d'autre part (autour de 12 %). L'hétérogénéité des prévalences retrouvées dans les études ne peut s'expliquer totalement par les caractéristiques sociodémographiques des populations étudiées. En revanche l'offre de soins psychiatriques et la prise en charge sociale des SDF jouent sans doute un rôle non négligeable. Des choix méthodologiques de l'enquête peuvent aussi influencer sur les estimations comme la présence d'un clinicien comme investigateur (qui diminue le niveau de dépression), le taux de participation à l'étude (un faible taux est associé à une faible prévalence de troubles psychotiques, ou une prévalence élevée de troubles dépressifs). Cette méta-analyse n'observe pas de modification de la prévalence des troubles psychotiques sur plusieurs décennies mais une augmentation de celle de la consommation d'alcool.

Ces différentes enquêtes mettent en évidence de fortes prévalences de troubles psychiatriques sévères, de troubles du comportement et d'addictions parmi les sans domicile. Comparés à la population générale, les troubles psychiatriques que l'on peut qualifier de sévères (psychotiques, troubles sévères de l'humeur, troubles anxieux) et donc les plus invalidants, sont particulièrement représentés chez les personnes sans logement personnel.

Tableau A : Prévalences des troubles psychiatriques et des addictions dans les études de Guesdon et Roeland (1998), Kovess et Mangin-Lazarus (1999) et S. Fazel (2009).

<i>Etudes</i>	Guesdon et Roelandt (1998)	Kovess et Mangin- Lazarus (1999)	Fazel et al. (2009)
Taille de l'échantillon, n	270	715	5 684
Lieu	Lille	Paris	Etats-Unis, Europe, Australie
Outils utilisés	CIDI (-S)	CIDI (-S)	Méta-analyse
Troubles investigués : prévalence, %, [IC 95%]			
Troubles psychotiques	8,8	16,0*	12,7 [10,2 ; 15,2]
Troubles dépressifs majeurs	29,0	23,7	11,4 [8,4 ; 14,4]
Troubles de la personnalité	-	-	23,1 [15,5 ; 30,8]
Dépendance à l'alcool	9,3	14,9	37,9 [27,8 ; 48,0]
Consommation drogues	10,4	10,3	24,4 [13,2 ; 35,6]

* sur la vie

D. EPIDÉMOLOGIE DE LA SANTÉ MENTALE ET EXCLUSION SOCIALE : UNE PSYCHIATRISATION INÉVITABLE ?

Des critiques récurrentes dénoncent des tendances à médicaliser ou à psychiatriser le regard que l'on porte sur le sans-abrisme. L'épidémiologie psychiatrique entrerait naturellement dans le champ de cette critique. En effet, elle contribuerait à diffuser une interprétation avant tout psychiatrique de l'exclusion, solidaire d'un mouvement plus vaste de « psychologisation » du social. Cette interprétation serait à la fois impropre et insidieuse. Impropre, parce qu'elle ne permet pas de rendre compte des éléments déterminants de l'exclusion sociale, ni du point de vue de ses causes, ni du point de vue de son expérience et de ses conséquences. Au plan des causes, elle mettrait l'accent sur des facteurs individuels, et non sur les déterminants structurels, méso et macrosociaux. Au plan de l'expérience, elle forgerait des explications pathologiques de comportements sociaux quand il faudrait en saisir, en situation, le sens pratique. Insidieuse, car elle ferait passer en contrebande, sous couvert d'a-théorie et d'objectivité universelle, des catégories d'analyse fortement discutables. Etudier la « santé mentale » des personnes sans logement personnel ne traduit-il pas une telle propension à psychiatriser l'exclusion sociale ? De telles enquêtes, comme la reprise partielle ou sans nuance de leurs principales conclusions comportent sans doute le risque de dépeindre - à tort - les populations sans domicile comme majoritairement « *drunk, stones, crazy and stick* » (Snow et al., 1986).

C'est une interprétation possible de l'enquête (Benoist, 2009b) : étudier la santé mentale des SDF dirait bien la préoccupation des enquêteurs, des commanditaires, des pouvoirs publics, pour la dimension psychiatrique du sans-abrisme. En mettant l'accent sur cette question, on jetterait un voile sur d'autres dimensions plus déterminantes du phénomène (crise du logement, transformations du marché du travail, désaffiliation sociale, durcissement des politiques migratoires, etc.). On créerait même un artefact : les troubles et addictions identifiés seraient autant de problèmes à traiter ; les prévalences estimées de façon transversale (un jour donné dans la vie des personnes) équivaldraient à des degrés d'alerte... alors qu'on n'aurait, au fond, aucune idée de l'importance réelle de ces troubles et de ces addictions dans la trajectoire

biographique et la vie quotidienne de la population interrogée. Cette construction ferait même le jeu de tous, notamment des pouvoirs publics et des acteurs de terrain, les premiers étant dédouanés d'agir sur les causes structurelles du sans-abrisme (et dissimulées par de telles enquêtes), les seconds étant invités à ne continuer à agir qu'au plan des symptômes. Samenta, comme les autres études de ce type, exprimerait dès lors le versant psychiatrique d'un « ethnocentrisme médical » (Benoist, 2009a) diffus et prégnant dans la lutte contre l'exclusion sociale.

Une telle lecture n'est évidemment pas sans fondement, si l'on regarde du côté de l'histoire de la sociologie du sans-abrisme. Des articles importants, dès le milieu des années 1980, autour de Snow (Snow et al., 1986, 1988, 1989) et de Hopper (Hopper, 1988) ont défait le « mythe » de sans-abri fous (et, comme tels, dangereux et incapables). Ces articles, qu'il faut resituer dans le contexte américain de la désinstitutionalisation (Lamb et Bucharach, 2001) soulignent la congruence entre des enjeux sociaux (fermeture des asiles, augmentation et visibilité croissante du sans-abrisme dans ses formes les plus criantes, multiplication de mesures de répression ou de contention du phénomène), et la recrudescence de la recherche sur ce thème, en particulier en épidémiologie (Koegel, 1992). Ces travaux mettent en lumière les erreurs de métrique dues aux outils et dispositifs employés. Ils démontrent la surestimation du nombre de sans-abri atteints de problèmes psychiatriques, la surévaluation du poids de la maladie dans la vie quotidienne, la minoration d'usages adaptatifs de la maladie, l'ignorance relative de questions bien plus déterminantes pour les sans-abri, au premier rang desquelles le logement. Ils révèlent finalement la tendance à définir le sans-abrisme comme un phénomène individuel plutôt que collectif et ce paradoxe tout à fait crucial de la recherche américaine dominante : plus on étudie le sans-abrisme, moins on en saisit l'origine et l'expérience. Ils appellent, en particulier, à mener l'enquête au côté des sans-abri, à les suivre sur de longues périodes, pour voir quels sont les problèmes réels auxquels ils sont confrontés, et quel rôle joue la maladie mentale dans leurs trajectoires de vie (Snow et Anderson, 1993 ; Lovell, 1996 ; 2001). Ils invitent également à rapprocher l'ethnographie de l'investigation historique (Hopper, 2002).

La recherche française sur les sans-abri, réveillée à la fin des années 1980 grâce, notamment, à l'impulsion du Plan Urbain et au rôle d'Isaac Joseph (Pichon, 2007), est rapidement sensible à ces questions et à cette littérature. Une chercheuse, A. Lovell, d'abord spécialiste de la psychiatrie, avait consacré, aux Etats-Unis, une thèse dont bien des aspects et des approfondissements ont été exposés dans des revues françaises. La recherche française sur le sans-abrisme n'est pourtant pas d'abord polarisée sur les rapports entre psychiatrie et exclusion sociale, quoiqu'elle identifie et dénonce la fréquence et l'écueil d'une psychiatrisation de ce qui apparaît, avant tout, une question sociale (Bresson, 1997). La multiplication et la diffusion des travaux analysant l'exclusion sous l'angle de la souffrance psychique (Fassin, 2006), le succès considérable des *Naufragés* (Declerck, 2001), qui propose une « clinique de la désocialisation » (Pallier et Declerck, 2007) appuyée sur l'ethnopsychiatrie et la psychanalyse, contribuent certainement à configurer le sans-abrisme comme une question *avant tout* psychique. Cette redéfinition du problème est sans doute préfigurée par l'emprise de médecins qui ont eu un rôle clef dans la mise sur l'agenda politique de la « question SDF » (Damon, 2002). Mais elle semble s'inscrire également dans un mouvement bien plus large – qui ne se limite pas aux plus exclus – de transformation de la question sociale en une « question mentale » (Ehrenberg, 2004a).

Selon A. Ehrenberg, il est en effet primordial de considérer le couple santé mentale / souffrance psychique comme l'expression majeure d'une grande transformation de notre rapport au monde, de la « généralisation des valeurs de l'autonomie à l'ensemble de la vie sociale, alors qu'elles relevaient auparavant essentiellement de la sphère politique (...). Ces valeurs se caractérisent par l'ancrage dans la vie quotidienne *de chacun* [nous soulignons] d'un double idéal de réalisation de soi (valeurs de choix et de propriété de soi) et d'initiative individuelle (la capacité à décider et à agir de soi-même est le style d'action le plus valorisé). L'autonomie conduit à placer l'accent sur l'*aspect personnel* dans l'ensemble des relations sociales. C'est cet accent qui se manifeste dans le souci récent pour la subjectivité individuelle : la santé mentale à laquelle ils ont droit et la souffrance psychique dont ils témoignent semblent les principaux points de focalisation » (Ehrenberg, 2007). Ce point de vue pêche peut-être par son impérialisme explicatif et descriptif, mais invite au moins à recadrer sérieusement les débats sur la santé mentale et la souffrance psychique. La diffusion incontestable d'une lecture du social à partir du mental ne doit pas se comprendre, en ce sens, comme une désocialisation et une « psychisation » du monde – rien de plus social que le « soi totémisé » par les sociologies individualistes (Ehrenberg, 2004b), ou que le « sujet cérébral » des neurosciences (Ehrenberg, 2004c). Empiriquement, en ce qui concerne le sans-abrisme, se pose alors la question de l'emprise d'une « discipline de l'autonomie » sur ceux qui en paraissent les plus dénués.

Dans cette perspective, il est important d'étudier les relations des professionnels de santé mentale (et pas seulement des psychiatres) avec leurs « usagers » : comment co-définissent-ils des états de santé (Sicot, 2001) ? Quels vocabulaires, quelles connaissances, quels registres d'expérience mobilisent-ils pour définir ces diagnostics ? Ces interrogations mettent moins en question l'idée d'une psychiatrisation ou psychologisation du social que celle d'une redéfinition du rapport anthropologique à la santé (et au monde), qui se traduit et s'observe notamment dans les évolutions des discours du social (Dodier et Rabeharisoa, 2006). Il est également significatif de mettre en relation la santé mentale et les conditions sociales : d'étudier la place de la maladie mentale dans la vie des gens, ce qui peut être fait d'un point de vue qualitatif ou – plus difficilement - quantitatif, les deux gagnant à dialoguer (Lovell, 2007).

Particulièrement dans une enquête d'épidémiologie psychiatrique, il y a des pentes sur lesquelles il est facile de glisser, et qui correspondent, dans l'étude du sans-abrisme, aux critiques de la psychiatrisation ou de la sociologisation excessives de l'exclusion. Il s'agit d'abord d'une pente positiviste, consistant à tenir pour des entités naturelles ou stables les troubles et addictions mesurées, alors que le paradigme de la santé mentale a fait apparaître ensemble de nouvelles maladies et de nouveaux outils de mesure (Ehrenberg et Lovell, 2001). Ceci conduit à surestimer *la place* de la maladie mentale, au regard d'autres grilles d'analyse, ethnographiques notamment. Cette pente positiviste se prête à la critique d'une psychiatrisation du social alors qu'elle n'est, s'agissant d'enquêtes statistiques, qu'une de leurs limites inhérentes. Mais critiquer la psychiatrisation de l'exclusion peut entraîner sur une pente constructiviste, où la maladie mentale n'existe plus que comme l'artifice ou la parure d'un pouvoir et d'une domination sociale, dont les enjeux sont ailleurs. Ceci amène, à l'inverse, à sous-estimer *la place* de la maladie mentale, à contredire l'expérience qu'en font les usagers et leurs interlocuteurs (Wright, 1988). Cette pente donne le flanc à une critique de la sociologisation de la maladie (voir par exemple Douville, 2004 ; Quesamand-Zucca, 2007) qui relance elle-même la critique de la psychiatrisation.

Entre ces écueils, dans la voie ouverte par des auteurs comme A. Ehrenberg ou A. Lovell, il semble finalement y avoir plus à comprendre dans la généralisation d'une préoccupation pour la santé mentale (et la souffrance psychique), que l'effet délétère d'une grille de lecture psychiatrique appliquée au monde social ; cette remarque vaut pour l'analyse du sans-abrisme. Sur ce plan, l'épidémiologie psychiatrique serait plutôt un instrument de mesure traduisant un souci général vis-à-vis de la santé (mentale), allant jusqu'à concerner les interstices ou les marges de la citoyenneté. Elle mène une interrogation, qui n'implique pas forcément de faire porter le poids des conduites sur des facteurs individuels, et de jeter un voile d'ombre sur les processus et les forces collectives qui trament le sans-abrisme. Au contraire, elle peut éclairer et reconnecter certaines dimensions contemporaines d'un phénomène, qui échappent à des questionnements classiques, mais peut-être pas à l'expérience des premiers concernés.

II. Méthodologie

Dans cette partie, nous abordons les points essentiels à la réalisation d'une estimation, la moins biaisée possible, de la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions dans la population francilienne des personnes sans logement personnel. Nous précisons la définition de la population d'étude et détaillons la méthode de recrutement des individus assurant un échantillon aléatoire. Nous présentons ensuite le choix des modalités de recueil des données psychiatriques, qui détermine la précision des données cliniques et leur qualité. Ces modalités de recueil ont été testées avant la mise en place de l'enquête. Nous revenons également sur le choix des données sociodémographiques et de parcours de vie, visant à analyser la dimension sociale des troubles mentaux, second objectif important de Samenta.

1. LA POPULATION DE L'ÉTUDE

De façon à obtenir des données de prévalence qui ne soient pas entachées d'un biais de recrutement lié au recours aux soins, nous avons choisi de faire une enquête « en population », c'est-à-dire de recruter les personnes dans la variété des services d'aide qu'ils fréquentent.

A. LA DÉFINITION DES PERSONNES SANS LOGEMENT PERSONNEL

La population de l'étude correspond à la population sans domicile fixe telle que définie dans le cadre de l'enquête de l'Insee SD2001 (Brousse, 2006a)⁵. Ce terme désigne une population plus large que celle désignée comme « sans abri » qui, au sens strict, renvoie aux personnes ne disposant d'aucun lieu couvert pour se protéger des intempéries (pluie, froid), donc aux personnes qui dorment à l'extérieur (dans la rue, dans un jardin public) ou qui occupent un abri de fortune comme un hall de gare, un centre commercial, une cave, etc.

Cette définition regroupe les personnes qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation ou qui sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation. Ces organismes peuvent fournir des places dans des structures collectives, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires. Ces hébergements peuvent être proposés pour des durées différentes : d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou plusieurs mois.

5. Dès 1996, le CNIS a proposé de retenir une approche fondée – comme aux Etats-Unis - sur la situation au regard du logement et non sur la visibilité dans l'espace public ou d'autres critères d'exclusion.

B. LES CRITÈRES D'INCLUSION

Dans Samenta, une personne est considérée comme sans domicile le jour de l'enquête, si au cours des cinq jours précédents elle a été dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : soit elle a eu recours à un service d'hébergement, soit elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune, etc.).

Cette définition diffère de celle de SD2001 qui utilisait comme période de référence la veille de l'enquête⁶. Cette différence, qui joue peu sur les estimations, nous a permis de ne pas « perdre » des personnes qui peuvent être hébergées chez des amis ou des parents pour une nuit, mais qui demeurent sans solution d'hébergement pérenne, en particulier de jeunes adultes.

Ainsi, sont incluses dans l'enquête les personnes sans domicile, telles que définies ci-dessus, ayant été tirées au hasard, volontaires, âgées de 18 ans ou plus, parlant français, en état de comprendre et de répondre aux questions.

Cette dernière condition exclut les personnes sous l'emprise non maîtrisée de produits psychoactifs et celles atteintes de certains troubles psychiatriques sévères (troubles délirants, démence). L'autre condition implique que les personnes non francophones n'ont pas été interrogées. L'exclusion de ces personnes en cas de tirage aléatoire était consignée dans la fiche contact de l'enquêteur (Cf. annexe).

Remarquons que des catégories de population qui sont prises en charge dans des dispositifs spécifiques n'ont pas été incluses dans l'enquête Samenta (comme elles ne l'avaient pas été dans l'enquête SD2001), il s'agit :

- des personnes demandeuses d'asile ou du statut de réfugié, qui sont prises en charge par des dispositifs spécifiques (Accueils d'urgence, centre d'accueil (CADA), centres provisoires d'hébergement (CPH), etc.) ;
- des femmes victimes de violences conjugales hébergées en centres *ad hoc*.

C. LE RECRUTEMENT

Les personnes ont été contactées par l'intermédiaire des services d'aide qu'elles fréquentent, selon la méthodologie Insee (SD2001). Les services retenus sont d'une part les lieux d'hébergement et les hôtels sociaux, et, d'autre part, les accueils de jour et les distributions de repas chauds, afin de joindre les personnes qui dorment dans la rue le plus fréquemment.

6. La définition de SD2001 utilise comme période de référence la veille en précisant : « La période de référence pourrait être plus longue, (avoir dormi au moins une fois dans la rue ou dans un centre au cours du mois (ou la semaine) précédent(e), etc. Toutefois, la comparaison des estimations calculées selon une définition journalière ou hebdomadaire met en évidence une différence très faible (de l'ordre de 5 %) sur le nombre de sans-domicile (usagers de services d'aide) » (Brousse, 2006a).

Les types de structures enquêtées⁷ ont été :

- les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ;
- les centres maternels ;
- les centres d'hébergement de stabilisation (CHS) ;
- les centres d'hébergement d'urgence simples (CHU) ou avec lits infirmiers (LHSS) ;
- les hôtels pour les personnes orientées par les 115 ;
- les accueils de jour (ou espaces solidarité insertion -ESI) ;
- les points de distribution de repas chauds.

La période de collecte choisie est l'hiver car c'est le moment de l'année où les personnes sans domicile ont le plus tendance à fréquenter les structures d'aide et la période pendant laquelle l'offre de services est la plus importante. Ceci permet d'assurer une plus grande diversité (et une plus grande exhaustivité) de la population étudiée. Le recueil de données s'est donc tenu entre février et fin mars 2009.

La méthodologie adoptée pour dénombrer les personnes sans domicile est susceptible de laisser à l'écart des personnes qui n'utilisent aucun des services d'aide listés. Concernant les personnes qui utilisent rarement ou jamais les services d'aides choisis, une enquête de couverture a été menée par l'Ined au cours de l'hiver 2001-2002 auprès d'une centaine de personnes rencontrées par les services itinérants (maraudes d'associations ou d'institutions) pour évaluer l'importance de la population non couverte par l'enquête SD2001 (ne pas avoir fréquenté ces services dans la semaine précédant l'enquête) (Marpsat et al., 2003-2004). Les auteurs concluent que les non utilisateurs complets sont rares, et représentent 10 à 20 % des non utilisateurs. Selon les auteurs, on peut renoncer à essayer d'enquêter les non utilisateurs complets au vu de la complexité de l'opération. Parmi les non utilisateurs des services d'aides durant l'enquête SD2001, plus des deux tiers ont utilisé de tels services dans le mois précédant l'enquête et près de la moitié a fréquenté un accueil de jour. De même, dans l'enquête de V. Kovess et C. Mangin-Lazarus une étude a été menée auprès d'une quarantaine de personnes ne fréquentant pas les services d'aide (Kovess et Mangin-Lazarus, 1997). Il s'est avéré que ces personnes étaient tout à fait comparables aux utilisateurs rares des services ayant participé à l'enquête principale.

D. LE CHAMP GÉOGRAPHIQUE DE L'ENQUÊTE

L'enquête a couvert l'Ile-de-France, et non le seul territoire parisien, comme prévu dans un premier temps, pour trois raisons. Tout d'abord les personnes sans domicile sont mobiles dans la région, en particulier entre Paris et les autres départements. Par ailleurs, la distribution de l'offre de soins psychiatriques est régionale, des hôpitaux de la petite couronne étant reliés à des secteurs parisiens. De plus, l'Insee, en 2001, a enquêté sur les personnes sans logement dans l'agglomération parisienne, permettant des comparaisons historiques (Brousse, 2006a). Enfin, ce choix régional assure une cohérence nationale avec l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), qui conduit une étude nationale sur un public et des thèmes proches.

En effet, au lancement de l'enquête, l'OFDT travaillait à la réalisation d'une enquête nationale sur la santé et les addictions chez les personnes résidant en CHRS ou en CHU, comprenant le tirage au sort

7. Le dispositif d'accueil et d'hébergement de la région Ile-de-France pour population en difficulté compte au 1^{er} janvier 2009: 6 623 places d'insertion en CHRS, 1 257 places d'urgence en CHRS, 3 185 places en centre d'hébergement d'urgence, 8 044 places en hôtel (6 980 Paris, 1 064 hors Paris pour familles déboutées du droit d'asile), et 4 482 places de stabilisation (en CHRS ou hors CHRS). Source : MIPES (<http://www.mipes.org>).

de plusieurs régions. Compte tenu de la proximité des thèmes d'étude, de la population cible des deux enquêtes et de leur simultanéité - et dans le but d'utiliser au mieux les crédits publics - il a été décidé conjointement que l'Observatoire du Samusocial de Paris réaliserait l'enquête en Ile-de-France, ce qui permettait à l'OFDT d'élargir son échantillon dans le reste de la France

2. LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

L'objectif de l'enquête étant d'estimer sans biais des prévalences, la méthode d'échantillonnage choisie est un tirage aléatoire des personnes enquêtées. Par ailleurs, nous avons souhaité obtenir des estimations précises de prévalences dans des groupes habituellement peu investigués du fait de leur effectif plus faible : les femmes et les jeunes. Ceci a nécessité l'élaboration d'un plan de sondage complexe, sur-représentant ces deux catégories.

A. LE PLAN DE SONDAJE

Le plan de sondage a été réalisé sous la direction de Y. Le Strat (InVS). La méthode d'échantillonnage consiste en un sondage aléatoire complexe à trois degrés :

- 1^{er} degré : tirage des structures selon leur taille par strate ;
- 2^{ème} degré : tirage des jours d'enquête par structure parmi les jours ouvrables ;
- 3^{ème} degré : tirage des personnes parmi celles présentes les jours d'enquête dans chacun des services tirés.

Pour chaque degré les probabilités d'inclusion sont calculées. Le produit de ces trois probabilités donne la probabilité finale de tirage d'une prestation individuelle.

B. LA BASE DE SONDAJE

La base de sondage a été réalisée à partir de plusieurs sources de données. La source principale pour les hébergements en CHU, CHS, LHSS, CHRS, centres maternels et accueils de jour a été celle de l'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France (2007-2008), qui prend en compte les mises à jour de la base régionale de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et fait une enquête chaque année auprès de ces structures pour mettre à jour son guide annuel des lieux d'accueil pour personnes en difficulté. Cette base de données comprend les accueils de jour mais pas de façon exhaustive. Les autres sources utilisées sont les 115 d'Ile-de-France qui disposent, d'une part, d'une mise à jour des centres d'accueil de jour et des points de distribution de repas chauds de leur département, et d'autre part, de la liste des hôtels dans lesquels ils orientent les personnes en famille. La dernière source provient des grandes associations⁸ qui gèrent aussi des centres d'hébergement, des accueils de jour et en particulier les points de distribution de repas chauds.

A partir de cette base de structures, nous avons constitué un fichier des services, car certaines d'entre elles (en particulier les CHRS) disposent à la fois de places d'urgence (CHU, CHS) et de places de réinsertion⁹.

8. Les Restos du Cœur, Emmaüs, la Croix-Rouge, le Secours Catholique, le Secours Populaire.

9. La constitution de cette base de structures et de ce fichier de services a été extrêmement chronophage. Dans la perspective de futures enquêtes, et d'autres usages (par l'ARS notamment), il paraîtrait souhaitable de procéder à leur mise à jour périodique.

C. LE TIRAGE DES SERVICES ET DES PERSONNES

De façon à harmoniser les plans de sondage entre l'enquête en Ile-de-France et celle réalisée par l'OFDT dans le reste de la France, cinq strates ont été définies dans la base :

- La strate 1 : les centres d'urgence - CHU, CHS, LHSS
- La strate 2 : les accueils de jour et points de distribution de repas chauds
- La strate 3 : les hôtels
- La strate 4 : les CHRS
- La strate 5 : les centres maternels

Les services ont été répartis selon ces cinq strates, d'un côté pour Paris, de l'autre pour le reste de l'Ile-de-France. De façon à augmenter la proportion de femmes dans l'échantillon, les strates une et quatre ont été séparées en deux selon que les structures étaient dédiées seulement à des femmes, ou non. Par ailleurs, pour Paris nous avons scindé la strate 2 en deux, de façon à bien représenter les accueils de jour et les points de distribution de repas chauds. Nous avons donc obtenu 15 strates dans lesquelles les services ont été tirés. Nous avons procédé à un tirage proportionnel à la taille des services et sans remise.

Le nombre de sujets nécessaires pour estimer des prévalences de troubles psychiatriques ou addictions de 30 %, retrouvées dans la littérature chez les SDF (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999) par sexe et par grand type de structures (urgence (strates 1 et 2), hôtels (strate 3), insertion (strate 4 et 5)) a été estimé à 800 pour une précision attendue de 3 %. Le nombre de personnes enquêtées tirées devait en outre prendre en compte les différents types de refus possible (des structures, des personnes). Dans l'enquête SD2001, le taux d'échec pour les structures (hors champ et refus) s'élevait à 8 % et le taux de refus des personnes à 19 % (Brousse, 2006b).

Nous avons considéré pour notre enquête un taux d'échec pour les structures de 10 % prenant en compte les structures hors champ et les refus (qui ont pu augmenter par rapport à 2001). Par ailleurs, pour les personnes, nous avons estimé un taux de refus variable selon les structures : de 50 % pour les accueils de jour et points soupes, de 40 % pour les centres d'hébergement d'urgence (CHU, CHS, LHSS) et les hôtels, et de 30 % pour les structures de réinsertion (CHRS, centres maternels).

La distribution de l'échantillon choisie était la suivante : 70 % à Paris et 30 % dans la petite et grande couronne. La part des différentes strates était : 50 % pour les strates urgence (1 et 2), 25 % pour les hôtels et 25 % pour les services de réinsertion (CHRS, centres maternels). Ce choix a été guidé par l'hypothèse selon laquelle les personnes fréquentant le dispositif d'urgence présentent plus de problèmes psychiatriques et d'addictions que celles des autres strates (Kovess et Mangin-Lazarus, 1997).

3. LA CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

Cette partie expose le choix de la méthode de recueil des données cliniques psychiatriques mais aussi des autres données sociales et biographiques des personnes.

A. LES DONNÉES DE SANTÉ MENTALE

A un niveau international, de nombreuses études épidémiologiques ont été réalisées sur la prévalence de troubles mentaux en population générale ou dans différentes sous-populations (sans domicile, détenus, etc). Ces études utilisent pour la plupart des outils d'entretien psychiatrique standardisés permettant grâce à un algorithme d'aboutir à un diagnostic. Ces outils sont utilisés par des enquêteurs seuls ou par des cliniciens. Bien qu'ils aient été validés, le défaut de ces outils réside dans leur propension à sur ou sous estimer la prévalence « réelle » des troubles, à partir d'un recueil essentiellement symptomatique, en l'absence d'un entretien clinique.

En France, nous disposons de deux modèles (tableau B) qui proposent des techniques différentes pour remédier à ce défaut d'examen clinique : l'enquête de 1996 sur la santé mentale en population SDF (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999) et l'enquête de 2004 sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes incarcérées (Falissard et al., 2006).

Ces deux études utilisent un outil diagnostique standardisé validé (CIDI¹⁰ et MINI¹¹). L'outil est passé par des enquêteurs non spécialisés, dans l'enquête de V. Kovess et C. Mangin-Lazarus, mais les questionnaires comportant un diagnostic de trouble psychotique sont relus par un psychiatre. Dans l'enquête de B. Falissard, le MINI est passé par des cliniciens (psychiatre et psychologue) et suivi d'un entretien clinique ouvert.

Dans ces situations particulières de privation de liberté ou d'exclusion sociale, il est à craindre des excès de diagnostics pour certains troubles psychiatriques (psychoses, troubles de l'humeur ou anxiété). Ainsi, en milieu carcéral, on note une surestimation des schizophrénies par le MINI comparé à l'avis des cliniciens (11,9 % versus 6,2 %) et une sous-estimation des autres troubles psychotiques. A l'inverse, le MINI sous-estime les stress post traumatique comparé à l'avis des cliniciens (6,6 % versus 14,2 %). En population SDF, dans l'enquête de validation réalisée auprès de 100 personnes, l'outil standardisé sous-estime les troubles de l'humeur (en particulier la dépression). V. Kovess interprète ce résultat comme une appréciation subjective d'un des enquêteurs, considérant que la situation vécue par les enquêtés était très difficile et que leur dépression n'était pas pathologique.

De façon plus générale, comme on a pu le voir dans la méta-analyse sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les sans-abri présentée plus haut (Fazel et al., 2009), l'utilisation des réponses à un interview standardisé, sans prise en compte d'autres informations recueillies donnant une signification clinique (avoir parlé du trouble à un médecin, avoir pris un traitement) ou sans la présence d'un clinicien, amène à une surestimation ou sous-estimation de certains troubles (Lovell, 2000). Ceci a été évalué chez les sans domicile (North et al., 1997) mais aussi en population générale (Narrow et al., 2002).

Ces résultats et expériences nous ont amenés à proposer un design d'étude reposant sur l'utilisation d'un outil standardisé passé par un enquêteur professionnel non clinicien (type Insee), en présence d'un psychologue clinicien. Ce dernier a eu pour rôle d'observer l'interaction enquêteur-enquêté, de noter les éléments cliniques orientant vers un possible trouble psychiatrique et de réaliser, à l'issue de la passation du questionnaire, un entretien clinique ouvert de façon à étayer un éventuel diagnostic.

10. Composite International Diagnostic Interview.

11. Mini International Neuropsychiatric Interview.

Tableau B : Comparaison des méthodologies des trois enquêtes

Troubles psychiatriques en milieu carcéral (n=799) B. Falissard - 2004	Troubles psychiatriques chez les SDF (n=715) V. Kovess - 1996	Troubles psychiatriques et addictions chez les SDF Samenta (n=840) - 2009
Enquêteurs : - un psychiatre - un psychologue (durée : ±2 heures) Codage : - consensus entre les 2 enquêteurs sur le diagnostic Outils utilisés : - passage du MINI par le psychologue - entretien clinique ouvert à visée diagnostique par le psychiatre - test de similitude de la WAIS (±QI) - Hétéro évaluation de la personnalité (TCI de Cloninger) - Sévérité des troubles via l'échelle CGI (Clinical Global Impression) Troubles investigués : (MINI plus V5.0) - Episode dépressif majeur - Dysthymie - Risque suicidaire - Episode (Hypo) maniaque - Trouble panique - Agoraphobie - Phobie sociale - TOC - État de stress post-traumatique - Dépendance alcoolique/abus A. - Troubles liés à autre substance - Troubles psychotiques - Anxiété généralisée - Trouble de la personnalité antisociale (HEDP) - Critères de troubles de la personnalité (détermination faible, coopération faible, stabilité émotionnelle faible, transcendance faible) - Typologie de tempérament (recherche de la nouveauté, évitement du danger, dépendance à la récompense) Particularités : Plus grande précision des diagnostics.	- un enquêteur Insee (durée : ± 1 heure 30) - codage par un psychiatre pour les questionnaires avec réponse positive à la section troubles psychotiques : validation des exemples donnés par l'enquêteur. - passage du CIDI¹⁹ (manie, tb délirants, tb cognitifs) - passage CIDI-S¹⁹ (dépression, tb psychotiques) - CAGE pour l'alcool - passage du PDQ (personality diagnostic questionnaire) de Dowson (CIDI/ CIDI-S) - Dépression - Manie - Troubles psychotiques - Alcool - Drogue (PDQ) - Personnalités (paranoïaque et labile ; 32 questions en vrai/faux) Pour chaque diagnostic psychiatrique : informations sur le recours aux soins (type professionnel, hospitalisation, traitement), retentissement sur la personne et dates du 1^{er} et dernier épisode).	- un enquêteur Insee - un enquêteur psychologue (durée : ±1 heure) - codage par un psychiatre pour tous les questionnaires avec au moins une réponse positive au MINI ou avec un doute du psychologue concernant un éventuel trouble - passage du MINI par l'enquêteur Insee - passage du MMSE pour les personnes de 50 ans et plus - entretien clinique ouvert par le psychologue - codage par un psychiatre selon la CIM10 (MINI plus V6.0) - Episode dépressif majeur - Risque suicidaire - Episode (Hypo) maniaque - Trouble panique - État de stress post-traumatique - Troubles psychotiques - Anxiété généralisée - Trouble de la personnalité antisociale (MMSE) - Démence (AUDIT) - Alcool (consommation à risque ou de dépendance) - Module spécifique drogues Module recours aux soins après le MINI (consultations auprès d'un professionnel pour des motifs de santé mentale, prises de médicaments pour un trouble de santé mentale, hospitalisations en psychiatrie, suivi actuel pour des problèmes de santé mentale).

Nous avons choisi comme outil d'entretien clinique standardisé, le MINI 6.0 plus et non le MINI 5.0 utilisé dans le test du dispositif d'enquête (cf. infra). La version 6.0 diffère finalement très peu de la version testée et les quelques différences apportent une meilleure précision sur les troubles. Seul le module sur le risque suicidaire a été conservé dans sa formulation d'origine, car sa passation aurait été trop lourde dans la dernière version de l'outil. Cet outil a été validé en population générale (Sheehan et al., 1998), par comparaison à d'autres outils standardisés (SCID ou CIDI) ou à un avis d'expert (psychiatre).

En cas de trouble mental possible, ce dispositif est complété par le débriefing du psychologue avec un psychiatre en dehors de la présence de l'enquêté. Le psychiatre a assuré le codage du cas (« diagnostic » psychiatrique) selon la 10^{ième} classification internationale des maladies (CIM-10 ; OMS, 1992).

Nous devons souligner que l'évaluation des troubles de la personnalité est particulièrement difficile en un seul entretien dans la mesure où il s'agit de repérer un « patron de comportements persistant, rigide, et généralisé » (OMS, 1992, *CIM-10*). De plus les échelles de mesure sont multiples. Dans les deux enquêtes précitées, les auteurs sont réservés sur les résultats de l'utilisation de ces outils. V. Kovess n'a pu le valider et B. Falissard travaille encore sur les données recueillies en milieu carcéral (troubles de la personnalité antisociale du MINI).

Pour évaluer la sévérité des troubles, nous avons choisi d'utiliser le degré d'urgence des soins utilisé dans le suivi de la cohorte Santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS, Inserm 2005).

Les troubles du MINI retenus pour l'étude étaient les suivants : épisode dépressif majeur, risque suicidaire, épisode (hypo-)maniaque, trouble panique, état de stress post-traumatique, troubles psychotiques, anxiété généralisée, trouble de la personnalité antisociale.

Nous n'avons pas utilisé la partie du MINI dédiée aux addictions, mais l'AUDIT pour l'alcool et un module spécifique a été élaboré pour les drogues et médicaments détournés de leur usage (cf. infra). Nous souhaitons recueillir plus d'informations sur le comportement antérieur et l'impact de la situation d'exclusion sur la consommation de produits psychoactifs.

De façon à pouvoir détecter des problèmes de démence ou d'atteintes neurologiques notamment celles liées à une alcoolisation chronique nous avons intégré l'échelle MMSE (Mini Mental Status Examination) pour les personnes âgées de 50 ans et plus. Ce test explore les repères dans le temps et dans l'espace, les capacités d'apprentissage, d'attention et de calcul, la mémoire immédiate, le langage et l'activité motrice.

L'utilisation du MINI en population SDF dans le cadre de notre dispositif d'enquête a été testée sur une cinquantaine de personnes avant l'enquête principale (Cf. paragraphe 4. Test du dispositif d'enquête).

B. LES DONNÉES DE TRAJECTOIRE ET DE CONDITIONS DE VIE

Un questionnaire détaillé a porté sur la situation sociale actuelle et passée de l'enquêté, et ses conditions de vie au moment de l'étude. Ces questions sont importantes pour considérer les rapports entre conditions de vie et trajectoires sociales et santé mentale et addictions. Les items des différents modules ont été repris de questionnaires existant, en particulier de l'enquête SD2001 de l'Insee pour toutes les données sociales et de trajectoires, de la cohorte SIRS de l'Inserm (2005-2010) pour les données médicales et de réseau social, du Baromètre santé de l'Inpes pour les questions notamment d'addictions et de violence, et de l'enquête Handicap, incapacités, dépendance (HID, Insee, 1998-2002) pour des questions de santé et handicap.

Les grands thèmes du questionnaire (en annexe) sont les suivants (par ordre de passation) :

i. Caractéristiques sociodémographiques

L'interrogation porte sur le sexe, l'âge, le lieu de naissance, le statut matrimonial, les enfants, le niveau d'étude, la maîtrise orale et parlée du français. Les questions ont été essentiellement reprises de SD2001 dans un but de comparaison.

ii. Antécédents personnels et familiaux

Les questions ont abordé la trajectoire sociale et les événements de vie de l'enquêté. L'enfance a été interrogée : ressenti de l'enfance, structure familiale de la personne dans l'enfance, placement, âge de « l'indépendance ». Ces questions sont issues de SD2001 et de SIRS, elles ont pour but de distinguer des éléments biographiques marquants.

iii. Période d'itinérance – Hébergement

Des questions issues de SD2001 ont porté sur les circonstances liées à la première perte de logement, les lieux de vie dans la rue, le recours au 115, et la fréquentation des lieux de restauration et des accueils de jour. Les questions sur la fréquentation des différents lieux d'accueil sont nécessaires pour le calcul de la pondération (Cf. paragraphe 7. Constitution de la base de données). Les questions liées à la première perte de logement permettent de d'identifier la rupture sociale initiale et de la connecter avec d'autres événements de vie, avec d'éventuels problèmes de santé mentale ou d'addictions. Pour essayer de mieux comprendre les raisons de fréquentation ou de refus de certains lieux d'hébergement, des questions, formulées à partir d'une enquête qualitative sur le refus d'hébergement (Gardella et Le Méner, 2010) ont été posées.

iv. Santé

On trouve au cœur de ce thème des questions sur la santé ressentie, les maladies chroniques, le traitement, le recours aux soins en général, provenant de SIRS, de SD2001, du Baromètre Santé et de l'enquête HID. L'idée est de décrire et de comparer la santé et les comportements de santé des personnes sans logement.

v. MMSE (Mini Mental Status Examination)

Il s'agit d'une échelle comprenant 12 questions. Elle permet de détecter des problèmes de démence ou des atteintes neurologiques, notamment celles fréquemment liées à une alcoolisation chronique. Les questions n'ont été posées qu'aux personnes de 50 ans ou plus.

vi. Recours aux soins psychiatriques

Ce module a été conçu dans une perspective biographique, passant par la description du premier recours (consultation auprès d'un professionnel de santé, prise de médicaments prescrits par un médecin, hospitalisation en psychiatrie), du suivi en cours et du dernier recours pour l'hospitalisation. Les ruptures de traitement sont aussi étudiées (motifs, reprise). Ce module doit permettre d'une part d'améliorer les connaissances sur les parcours de soins et d'autre part d'inscrire les événements de santé mentale dans le parcours de vie avec la rupture sociale comme point de référence.

vii. Évaluation des addictions et des modalités d'usage dans la rue

Ce module a été décomposé en deux parties : une partie sur l'alcool et une partie sur les drogues illicites et médicaments détournés de leur usage :

- a. *L'alcool*. Pour mesurer les niveaux de consommation au cours des douze derniers mois et repérer les usages problématiques, le test utilisé a été l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). Il repère moins d'individus à risque chronique ou à risque de dépendance que le DETA (équivalent du test américain CAGE) mais repère davantage de gros consommateurs réguliers d'alcool (Baromètre Santé 2005). De plus, le DETA interroge sur toute la vie. Le choix de l'AUDIT est également motivé par le fait qu'il a été utilisé, en version simplifiée (AUDIT-C), dans le Baromètre Santé 2005. Il permet ainsi une comparaison avec les résultats des enquêtes sur les consommations menées en population générale.
- b. *Les drogues illicites et médicaments détournés*. Un module spécifique a été élaboré, en partenariat avec l'OFDT, permettant de mesurer les niveaux de consommation des drogues à partir d'une liste exhaustive de tous les produits recensés par l'OFDT. Ce module est inspiré du DEBA-D (Dépistage/Evaluation du Besoin d'Aide-Drogues) du groupe RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec)¹² (Tremblay et al., 2001).

De plus, pour l'alcool et les drogues, une question issue de l'Echelle de Sévérité de la Dépendance (Gossop et al., 1995) incluse dans le DEBA-A/D, a permis de recueillir une information sur le degré de dépendance à la substance, toujours dans un souci de comparaison. Pour toutes les substances, des questions sur les consommations antérieures, sur l'impact de la situation d'exclusion sociale sur les consommations et sur les sevrages ont été posées dans le but de représenter des parcours de consommation, de relever des moments critiques, et des relations avec le processus d'exclusion sociale.

viii. Tabac

Des questions sur la consommation actuelle de tabac ou sur l'arrêt de consommation ont été posées pour permettre une comparaison avec les données de la population générale (Baromètre santé).

12. <http://www.risqtoxico.ca/risq/www/>

ix. Situation et expérience professionnelle

Le module renvoie notamment à l'activité professionnelle, aux contrats de travail, ressources financières et démarches de recherche d'emploi. Les questions sont essentiellement issues de SD2001. Elles visent à décrire la proportion de personnes qui travaillent et sous quelle forme, la proportion de personnes qui ne travaillent pas et leurs démarches, et de les comparer avec les données de 2001.

x. Couverture et prestations sociales

Les questions proviennent de SD2001 et ont été actualisées.

xi. Violence subie au cours des douze derniers mois

Malgré l'intérêt de la problématique de la violence dans cette population, nous n'avons pu finalement intégrer que des questions sur la violence subie, pour des raisons de longueur du questionnaire. Il s'agit de décrire les violences subies par les personnes sans logement personnel, en général, et des personnes atteintes de troubles mentaux en particulier.

xii. Réseau social

Nous avons repris des questions de SIRS, afin de mieux connaître le soutien ou l'isolement social des personnes sans logement personnel.

xiii. Entretien clinique ouvert (10 à 20 mn – résumé de 15 lignes)

A l'issue de la passation du questionnaire par l'enquêteur, le psychologue réalisait un entretien clinique ouvert. Dans un compte rendu, il notait ses impressions sur le contact avec la personne, décrivait la présentation physique de la personne, en particulier tout ce qui peut paraître significatif (sa tenue vestimentaire, sa gestuelle, l'absence éventuelle de soins corporels, les plaies apparentes, etc.), repérait des éventuels symptômes psychotiques, et donnait une impression générale sur la personne et /ou un diagnostic psychologique.

4. LE TEST DU DISPOSITIF D'ENQUÊTE

Bien que ce dispositif d'enquête ait inclus deux cliniciens afin de réduire la marge d'erreur du diagnostic, inhérente à l'utilisation d'un outil d'entretien psychiatrique standardisé seul, il était néanmoins nécessaire de le tester. En effet, dans un tel dispositif, le psychologue est le seul clinicien à rencontrer l'enquêté, et s'il peut recueillir des éléments cliniques pour le diagnostic, il n'est pas formellement en capacité de porter ce diagnostic. Celui qui doit porter le diagnostic, le psychiatre, ne rencontre pas l'enquêté mais dispose des éléments cliniques et de l'histoire de vie rapportés par le psychologue. Nous avons testé ce dispositif d'étude en situation d'enquête – ce test ne signifiant pas une validation du MINI en population SDF, laquelle aurait nécessité des moyens beaucoup plus lourds.

A. LES OBJECTIFS

L'objectif principal était d'estimer la possibilité de produire un diagnostic psychiatrique valide en utilisant le MINI et la triade enquêteur/psychologue/psychiatre. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la compréhension des questions du MINI, la durée de sa passation et de l'entretien clinique

ouvert à visée diagnostique (bien que celui-ci ait été limité à dix minutes). Remarquons que ce test ne portait pas directement sur les modules non psychiatriques du questionnaire.

B. LA MÉTHODOLOGIE

i. La population d'étude

La population était constituée d'individus hébergés dans les centres du Samusocial de Paris (LHSS et accueil de jour). Une partie d'entre elles était composée de personnes atteintes de troubles psychiatriques diagnostiqués et l'autre de personnes *à priori* non atteintes.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques ont été recrutées, sur la base du volontariat, grâce aux médecins des LHSS ou à la psychologue de l'accueil de jour, dans la mesure où un diagnostic avait été porté par un psychiatre et sur la base d'un compte-rendu médical (ou d'hospitalisation) disponible dans le dossier médical de la personne. Les personnes non atteintes ont été recrutées de la même façon, sur la base du volontariat.

Selon l'expérience clinique d'A. Mercuel auprès des sans domicile (Mercuel, 2007), on peut décrire trois grands groupes de pathologies : les troubles réactionnels (dépression réactive, anxiété, état de stress post traumatique), les états psychotiques (schizophrènes, paranoïaques, dépressifs mélancoliques, ...) et les troubles de la personnalité (psychopathes, états limites, patients ayant diverses conduites addictives, conduites pathomimiques, ...). Nous avons essayé de retrouver la diversité de ces troubles dans la population d'étude.

ii. Le nombre de sujets

Le nombre d'entretiens à réaliser s'est limité à 50 (30 cas et 20 non malades). Cet effectif ne permet pas de réaliser des analyses statistiques (estimation des coefficients Kappa, sensibilité et spécificité) par type de pathologie mais de calculer une cohérence globale pour l'ensemble des diagnostics, entre ceux portés par la triade (psychologue, enquêteur, psychiatre codeur) et ceux mentionnés dans le dossier médical.

iii. Les enquêteurs

Trois binômes ont réalisé le recueil de données. Ils étaient composés de trois membres du comité de pilotage scientifique comme enquêteurs et de trois psychologues cliniciens recrutés à cet effet. Les psychologues cliniciens ont été formés par A. Mercuel sur la pathologie psychiatrique rencontrée chez les personnes sans domicile. Deux psychiatres du comité de pilotage ont codé les mêmes cas séparément (A. Mercuel et S. Zucca).

iv. Le questionnaire

Le MINI 5.0 plus a été complété, pour chaque pathologie, par des questions relatives aux recours aux soins. Il a été précédé d'une sélection d'items du questionnaire de l'enquête principale (qui n'était pas encore finalisé) sur les caractéristiques sociodémographiques et d'autres éléments du parcours de vie, permettant d'aider au diagnostic.

Concernant les addictions, l'AUDIT a été utilisé pour l'alcool avec un module sur les conséquences de la consommation (relationnelles, sociales, judiciaires). Pour les drogues, un outil québécois (DEBA/D,

Cf. supra) - qui permet d'étudier la consommation, d'évaluer la sévérité de la dépendance et les conséquences de la consommation - a été utilisé dans l'attente de finalisation du module addiction du questionnaire de l'enquête principale.

v. Le déroulement de l'entretien

Il a semblé plus pertinent de terminer la passation du questionnaire par l'entretien clinique ouvert que de le réaliser juste après les questions du MINI, ce qui aurait été plus aisé pour le psychologue. En effet, il a paru important de prendre en compte l'effet potentiel de l'entretien sur le psychisme des enquêtés. Il n'était pas pensable de les quitter en les remerciant simplement avec un ticket service.

Dans un premier temps, l'entretien clinique ouvert vise à permettre à l'enquêté de s'exprimer librement et, dans un second temps, au psychologue de reprendre les éléments cliniques notés au cours de la passation du questionnaire afin d'étayer éventuellement un diagnostic.

Chaque personne a reçu une indemnité de participation (un ticket service de 10€).

vi. L'analyse

Nous avons étudié les accords entre les conclusions des psychiatres et le dossier médical pour l'ensemble des cas et séparément pour les troubles psychotiques et les troubles dépressifs à l'aide du coefficient Kappa de Cohen (Cohen, 1960). Nous avons également examiné l'accord entre les deux psychiatres et l'accord entre les psychiatres et le MINI.

C. LES RÉSULTATS

De mai à septembre 2008, 45 personnes disposant d'un dossier médical, recrutées par les médecins du Samusocial et la psychologue de l'accueil de jour ont été volontaires pour participer à ce test. Il s'agissait de 24 personnes atteintes de troubles psychiatriques diagnostiqués et de 21 personnes non atteintes. Pour ces dernières, on a fait l'hypothèse que le médecin généraliste aurait demandé un avis de psychiatre si cela s'était avéré nécessaire.

i. La comparaison des dossiers médicaux et des diagnostics des psychiatres

Les discordances entre le dossier médical et l'avis des psychiatres ont concerné des personnes n'ayant pas vu de psychiatre. Pour ces dernières, les psychiatres, concordant entre eux, ont diagnostiqué deux états de stress post-traumatique, un syndrome psychotique probable et quatre troubles de la personnalité.

Pour les troubles psychotiques, le degré d'accord (Landis et Koch, 1977) a été jugé bon entre les dossiers médicaux et les psychiatres ($Kappa=0,79$). Les psychiatres ont retrouvé 13 troubles psychotiques sur les 14 mentionnés dans les dossiers médicaux et trois autres parmi les 31 dossiers qui ne mentionnaient pas ces troubles. La sensibilité a été de 0,93 et la spécificité de 0,90 (en prenant les psychiatres comme référence).

Pour les troubles dépressifs, le degré d'accord a été jugé modéré ($Kappa=0,56$). Les psychiatres ont retrouvé huit troubles dépressifs sur les neuf mentionnés dans le dossier médical et sept supplémentaires sur les 36 dossiers ne mentionnant pas ces troubles. La sensibilité a été de 0,89 et la spécificité de 0,81 (en prenant les psychiatres comme référence).

ii. La comparaison des diagnostics entre les psychiatres

La comparaison des diagnostics entre les psychiatres n'a fait état que de trois désaccords :

- Un trouble de l'identité sexuelle avec probable psychose sous-jacente versus une dépression ;
- Un processus de démentialisation en cours lié à l'alcool versus une dépression abandonnique ;
- Des répercussions neurologiques d'un alcoolisme chronique associé à un retard mental probable versus un alcoolisme chronique sur une psychose ancienne.

Par ailleurs, en cas de co-morbidité, seul le diagnostic le plus urgent, celui qui nécessitait des soins, a été privilégié pour l'un des psychiatres. Ceci a entraîné une moins bonne concordance sur les troubles dépressifs.

La comparaison des diagnostics de troubles psychotiques entre les deux psychiatres a montré un degré d'accord excellent ($Kappa=0,91$). Sur 15 troubles psychiatriques décelés par les deux psychiatres, 14 cas ont renvoyé aux mêmes personnes.

iii. Les comparaisons entre les diagnostics des psychiatres et le MINI

Le degré d'accord pour les diagnostics de troubles psychotiques entre les psychiatres et le MINI s'est révélé modéré ($Kappa=0,43$). Sur 11 troubles psychotiques détectés par le MINI, huit ont été diagnostiqués par les psychiatres. Les psychiatres ont par ailleurs diagnostiqué huit cas supplémentaires non repérés par le MINI. La sensibilité a été de 0,50 et la spécificité de 0,90.

Concernant la dépression, le degré d'accord a été jugé bon ($Kappa=0,61$). Sur les 10 troubles dépressifs décelés par le MINI, les psychiatres en ont diagnostiqué neuf ; par ailleurs les psychiatres en ont diagnostiqué six supplémentaires. La sensibilité a été de 0,60 et la spécificité de 0,97.

D. DISCUSSION ET CONCLUSION : L'IMPORTANCE DES CLINICIENS

Cette étude comporte des limites, comme le faible nombre de cas inclus, ou l'absence d'examen systématique de tous les participants par un psychiatre. Ainsi les désaccords entre les psychiatres et le dossier médical ont porté essentiellement sur des personnes n'ayant pas fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique. Si l'on peut considérer que des troubles de la personnalité n'entraînent pas obligatoirement un besoin de soins et donc une consultation en psychiatrie (quatre cas), cela est moins sûr pour les états de stress post-traumatique (deux cas) ou les troubles dépressifs (un cas). Dans ces trois cas, les personnes auraient pu (dû) faire l'objet d'une consultation en psychiatrie.

Pour juger de la concordance des appréciations portées par les psychiatres et le dossier médical ou le MINI, nous avons constitué des tableaux de concordance afin d'estimer les coefficients Kappa. Ces tableaux comportaient des déséquilibres des effectifs marginaux (symétriques) qui influencent l'estimation du Kappa dans le sens d'une diminution (Feinstein et Cicchetti, 1990). Ceci n'invalide pas les conclusions mais doit être souligné.

Malgré ses limites, cette étude a permis de montrer une bonne concordance entre le « diagnostic » des psychiatres et ceux du dossier médical, ainsi qu'une très bonne concordance entre les deux

psychiatres pour les troubles psychotiques, leur désaccord sur la dépression s'expliquant par le degré d'urgence des soins privilégié par l'un d'eux.

La concordance des psychiatres avec le MINI s'est avérée modérée pour les troubles psychotiques, et bonne pour les troubles dépressifs. Ceci a du reste permis l'utilisation du MINI pour déceler les troubles dépressifs dans l'enquête nationale de l'OFDT, dispositif sans cliniciens. L'échelle MMSE introduite en cours de test a été essentielle pour diagnostiquer les démences.

En conclusion, le dispositif d'enquête élaboré devait permettre d'atteindre les objectifs d'estimation de la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes franciliennes sans logement personnel.

5. ETHIQUE ET CONFIDENTIALITÉ

Le protocole a été soumis au comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPRB) qui a jugé que l'avis d'un comité d'éthique était plus pertinent. Le comité d'Ethique de l'hôpital Necker a donné un avis favorable. L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Le numéro d'identification des personnes dans l'enquête est constitué par le département du site enquêté, un code pour le type de structure, le numéro attribué à l'enquêteur de chaque binôme, le numéro d'ordre de l'interview pour cet enquêteur, soit un identifiant à sept cases.

Les personnes ont été libres de participer à l'étude. Elles ont reçu une note d'information et ont été indemnisées par un ticket service d'un montant de 12€. L'entretien s'est déroulé dans un lieu préservant la confidentialité, sauf si la personne préférait un espace collectif. Pour les personnes interviewées dans les points soupes en extérieur, des camping-cars loués à cet effet ont permis de réaliser l'interview dans des conditions confortables. L'interview a été suivie par un entretien clinique ouvert fait par le psychologue permettant de recueillir des données cliniques supplémentaires mais aussi de ne pas laisser la personne face à elle-même brutalement après avoir abordé des sujets sensibles. Les enquêteurs ont disposé de brochures indiquant les structures d'accueil et de soins pour un soutien psychologique ou psychiatrique dans le département du site d'enquête. Le psychologue clinicien avait la compétence pour évaluer le besoin urgent de soins et disposait des coordonnées pour appeler des secours d'urgence ou une maraude psycho-sociale s'il en existait une dans le département du lieu d'enquête. Les structures dans lesquelles a eu lieu l'enquête n'ont pas eu accès aux données recueillies.

6. LE TERRAIN DE L'ENQUÊTE

A. LES ENQUÊTEURS

Pour réaliser l'ensemble des entretiens prévus dans les structures franciliennes sur une période de temps de six à huit semaines, le nombre de binômes d'enquêteurs a été estimé à 30. Un coordinateur de terrain (Luc Quaglia) a été engagé de décembre 2008 à mars 2009. Sa première tâche a été de recruter 30 enquêteurs professionnels grâce au fichier des enquêteurs du service des enquêtes de l'Ined. Une

cellule de recrutement, avec notamment deux des psychiatres coteurs, a été mise en place pour analyser et recevoir en entretien les candidats psychologues cliniciens. Ces derniers avaient candidaté à la suite d'une annonce publiée dans la revue *Actualités sociales hebdomadaires*.

Les quatre psychiatres coteurs font partie (pour trois d'entre eux) du comité de pilotage scientifique et deux d'entre eux ont participé au test du dispositif d'enquête. Il s'agit de deux médecins du Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de l'hôpital Sainte-Anne (les Drs Eric Gallois et Marie-Jeanne Guedj) et de deux médecins du service d'appui en Santé mentale et exclusion sociale (SMES) de ce même hôpital (les Drs Alain Mercuel et Sylvie Zucca).

B. LA FORMATION DES ENQUÊTEURS

Deux séances de formation mixtes (enquêteurs et psychologues), d'une journée et demie, se sont tenues les 2 & 3 et 10 & 11 février 2009.

L'objectif de ces journées était la présentation du contexte et des objectifs de l'étude, du matériel de recueil de données (questionnaires et autres fiches à remplir) et des modalités d'action sur le terrain (pré-visite, méthode de tirage, etc.). Un des psychiatres du comité de pilotage exposait en 1 heure 30 les problèmes psychiatriques et la désocialisation chez les sans domicile de façon à sensibiliser les participants aux problèmes de la population qu'ils allaient rencontrer. La dernière demi-journée était consacrée à la passation du questionnaire entre membres du binôme enquêteur/psychologue de façon à identifier des problèmes de compréhension ou de filtres.

La méthode de tirage des individus a fait l'objet d'un point très important durant la formation. Deux situations différentes allaient être rencontrées sur le terrain : la présence d'une liste des usagers (CHRS, centres maternels, LHSS, centres de stabilisation, hôtels, la plupart des CHU, la plupart des accueils de jour) ou l'absence de liste (points soupe, quelques CHU et accueils de jours) (Cf. annexe).

Le but de cette formation était aussi d'éclaircir le rôle de chacun dans le binôme et dans l'enquête. Il était souligné qu'il n'y avait pas de hiérarchie entre les deux membres du binôme mais une complémentarité. L'enquêteur avait la responsabilité de la relation avec la structure enquêtée, du tirage de l'enquêté et de la passation du questionnaire. Le psychologue avait la responsabilité du recueil des données cliniques. Ainsi il pouvait aider l'enquêteur au moment de la passation du MINI si l'enquêté présentait un problème de compréhension et il concluait l'interview par un entretien clinique ouvert. Le psychologue était là pour observer l'enquêté et non l'enquêteur. De plus, l'enquêteur n'était pas un travailleur social, ni le psychologue un thérapeute. Tous deux intervenaient strictement comme enquêteurs. Tous étaient tenus au secret professionnel vis-à-vis des responsables de la structure.

A la fin de la séance de formation, les participants ont reçu une sacoche contenant notamment pour les enquêteurs : un badge avec leur photo, leur numéro d'enquêteur et les coordonnées des promoteurs de l'enquête ; des questionnaires ; des notes d'information à l'attention des enquêtés ; un classeur de l'enquêteur contenant : des fiches de pré-visite, des fiches de fin de visite ; la liste des structures enquêtées avec leurs coordonnées ; les deux méthodes de tirage ; des fiches contacts ; les coordonnées des enquêteurs, psychologues et promoteurs de l'étude ; un guide de l'enquête (en annexe).

C. SUR LE TERRAIN

Concernant les modalités d'action sur le terrain, les enquêteurs ont dû faire une pré-visite dans les structures vers lesquelles ils étaient dirigés, pour présenter au responsable le déroulement de l'étude, organiser les visites et prévoir le lieu de l'entretien. Une fiche de pré-visite a été complétée, décrivant le service échantillonné, notant l'effectif total d'utilisateurs, la proportion de personnes non francophones, et pour les points soupes et accueils de jour le nombre d'utilisateurs ne répondant pas aux critères de sans domicile. Enfin la méthode de tirage adaptée à la structure (sur liste ou sans liste) a été décidée à l'issue de cette visite.

Le jour de la visite, le binôme se présentait aux travailleurs sociaux, l'enquêteur réalisait le tirage. L'enquêteur remplissait la « fiche contact », retraçant les différents contacts, ceux n'ayant pas abouti et ceux ayant donné lieu à un questionnaire, permettant d'estimer un taux de participation à l'enquête. Après l'accord de la personne, le binôme lui présentait l'étude et s'assurait de son éligibilité. Le déroulement de l'entretien est décrit dans le tableau B. A la fin de la visite, l'enquêteur recueillait, auprès de la structure, le nombre d'utilisateurs du service le jour de l'entretien, indispensable à la pondération ultérieure de l'échantillon.

Le psychologue conservait les questionnaires pour coter le MINI, rédiger son compte-rendu clinique et éventuellement présenter l'histoire de l'enquête au psychiatre en cas de débriefing. Si un débriefing était nécessaire, le psychologue contactait le coordinateur de terrain pour organiser un rendez-vous.

Les points soupe ont été les seuls sites de l'enquête dans lesquels des superviseurs (membres de l'équipe de l'Observatoire du samusocial) étaient présents, d'une part, pour conduire les camping-cars en l'absence de chauffeurs bénévoles, et d'autre part pour compter les personnes dans la file et s'assurer des critères d'éligibilité des personnes ayant accepté de participer.

Tableau B : Déroulement de l'entretien.

	Enquêteur professionnel	Enquêteur psychologue	Psychiatre coteur
En présence de l'enquêté	Tirage au sort de la personne à enquêter		
	Présentation de l'étude à l'enquêté		
	Passation du questionnaire		
	Dont MINI		
		Entretien clinique ouvert	
	Remerciements et remise du ticket service		
Sans l'enquêté	Appréciation commune sur le déroulement de l'entretien		
		Compte-rendu clinique 15 lignes	
		une réponse positive au MINI OU Possibilité de troubles :	
		► prise de RdV avec un psychiatre	
		Débriefing	
			Cotation ou non d'un trouble psychiatrique selon la CIM10

D. LES STRUCTURES TIRÉES AU SORT

Les structures tirées ont reçu, début janvier 2009, une lettre leur expliquant les objectifs de l'étude et la méthode d'enquête. Elles ont ensuite été rappelées pour connaître leur volonté de participation à l'enquête. Au total 38 (22 %) structures ont refusé. Les taux de refus les plus élevés concernaient les CHRS (40 %) et les centres maternels (35 %), les hôtels ont refusé dans 20 % des cas et les structures d'urgence dans 14 % des cas. Les structures ayant refusé ont été remplacées selon leur type. Les raisons de refus formulées ont eu trait à la fragilité psychique des personnes hébergées (femmes en centres maternels et jeunes dans les CHRS). Par ailleurs, la définition de la population cible de l'enquête, les « sans domicile fixe », a aussi été une raison de refus pour les structures de réinsertion. Celles-ci ont considéré que leurs hébergés n'étaient pas des SDF, terme réservé selon elles à « ceux qui dorment dehors ou dans des CHU ». Nous avons pris en compte ce problème et fait attention ultérieurement à parler de « personnes privées de logement personnel ».

Le terrain de l'enquête a pris fin le 6 avril 2009. Durant les huit semaines d'enquête, 859 questionnaires ont été réalisés, dans les différents sites de l'étude (tableau C).

Tableau C : Distribution des questionnaires par type de structures, enquête Samenta, 2009.

Type de service	Paris (%)	Banlieue (%)	Total (%)
Urgence*	34,0	16,6	50,6
Hôtels	16,9**	6,6	23,5
Insertion***	17,6	8,3	25,9
Total (%) - (Effectif)	68,5 (589)	31,5 (270)	100,0 (859)

*CHU, CHS, LHSS, accueils de jour et points soupe

**Y compris les hôtels en banlieue du pôle de réservation parisien

***Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres maternels

L'enquête s'est très bien déroulée, le nombre d'abandon en cours d'enquête s'élève à quatre, et dans la très grande majorité des cas les enquêtés ont manifesté leur satisfaction d'y avoir participé. Parmi ces 859 questionnaires, 574 (67 %) ont été débriefés par un psychiatre pour coter un éventuel diagnostic, soit parce qu'ils comportaient au moins un trouble au MINI, soit du fait des impressions cliniques du psychologue. Un diagnostic n'a pas été porté pour tous ces cas.

Le taux de participation à l'étude s'élève à 71 %. Il est supérieur à celui attendu (entre 50 % et 70 % selon les structures) (tableau D), et proche de ceux relevés dans la méta-analyse de Fazel (Fazel et al., 2009).

Tableau D : Taux de participation par type de service, enquête Samenta, 2009.

Type de service	Taux de participation
Accueil de jour	71%
Centre d'hébergement d'urgence	64%
Point soupe	56%
Centre de stabilisation	83%
Centre maternel	63%
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	75%
Hôtels	80%
Total contact	71%

Parmi les 859 questionnaires, 19 ont été exclus en raison de la non éligibilité de l'utilisateur au regard des critères d'inclusion de l'enquête. L'effectif des questionnaires retenus s'élève donc à 840.

7. LA CONSTITUTION DE LA BASE DE DONNÉES

A. LA PONDÉRATION DE L'ÉCHANTILLON

Cette méthode de sondage indirect permet de passer d'un échantillon des prestations à un échantillon des personnes. L'échantillon est pondéré en tenant compte des différences d'intensité d'utilisation des services.

Dans un premier temps, les poids de sondage ont été calculés classiquement à partir des probabilités d'inclusion de chaque usager. Puis, afin de prendre en compte la fréquentation multiple, la méthode dite du partage des poids a été appliquée (Ardilly et Le Blanc, 2001 ; Lavallée, 2002 ; Deville et Lavallée, 2006).

Ce système de pondérations différenciées a pu être mis en place grâce à la collecte d'informations complémentaires sur les fréquences de recours, durant une période de référence, à un service d'hébergement ou à un lieu d'accueil de jour ou à une distribution de repas gratuit. Cette «intensité de fréquentation» est mesurée sur une période de cinq jours précédant le jour d'enquête, au moyen d'un «semainier» intégré au questionnaire d'enquête (Brousse, 2006b). Grâce à ce module on peut calculer le nombre de liens que l'individu a eu avec les services de la base de sondage. Ensuite, à partir d'hypothèses établies selon les données du questionnaire «lieux d'habitation, de restauration et d'accueil de jour», le comportement de la personne sur cinq jours a été extrapolé à la période totale de l'enquête, permettant ainsi d'obtenir des estimateurs sur les huit semaines d'enquête.

B. L'ANALYSE STATISTIQUE

Tous les résultats prennent en compte le plan de sondage et la pondération. Les données sont présentées avec les effectifs observés dans l'échantillon (n) et les effectifs estimés dans la population de référence (N). Les prévalences sont calculées avec leur intervalle de confiance à 95 %. Les comparaisons statistiques des distributions sont réalisées avec un test du chi² de Pearson ajusté au plan de sondage et les comparaisons de moyennes avec le test de Wald ajusté au plan de sondage.

Ce document présente une analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population des personnes franciliennes sans logement fréquentant les services d'aide. Les variables d'intérêts ont été systématiquement croisées avec les variables de sexe, d'âge, de lieu de naissance et de type de service. Lorsqu'une association statistiquement significative est observée, elle est mentionnée dans le texte. Dans les tableaux, des étoiles (*) indiquent le niveau de significativité des comparaisons (* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,001$).

Pour les caractéristiques sociodémographiques et les troubles psychiatriques, des tableaux statistiques détaillés sont en annexe.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata/SE 10.1®.

III. Description générale de la population

Cette première partie des résultats est une présentation de la population d'étude. Nous y analysons les caractéristiques sociodémographiques, les événements biographiques marquants, et le processus d'exclusion, avant de nous intéresser en particulier à leur santé. Les tableaux détaillés sont fournis en annexe.

1. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

L'estimation du nombre de personnes adultes francophones ayant fréquenté les services d'aide franciliens, pendant une semaine moyenne de la période d'étude, s'élève à 21 176 ; la vraie valeur se situe (à 95 %) dans un intervalle de confiance allant de 17 582 à 24 770 personnes¹³.

Parmi ces personnes, 13 777 (65,1 %) sont des hommes (tableau A1, annexe). L'âge moyen est de 38 ans (étendue 18 à 82 ans) et 3 619 (17,1 %) ont moins de 26 ans. Les femmes sont plus jeunes que les hommes (32 ans versus 41 ans, $p < 0,001$).

La France est le pays de naissance de 40 % des personnes. Parmi les personnes nées en France, plus de la moitié est née en Ile-de-France et 12,4 % dans les DOM-TOM. Pour les 60 % de personnes nées à l'étranger, plus d'un tiers est né en Afrique du nord, 23,6 % en Afrique de l'ouest et 19,6 % en Afrique centrale.

Près de la moitié de la population a arrêté ses études à la fin du premier cycle. Les personnes nées à l'étranger ont un niveau de diplôme plus élevé que celles nées en France : 17 % ont fait des études supérieures et 33,7 % ont suivi le niveau secondaire contre, respectivement 15,4 % et 14,1 % des personnes nées en France ($p = 0,03$). Les étudiants représentent 3,2 % de la population, les femmes sont plus souvent en cours d'étude que les hommes (7,1 % versus 1,2 %, $p < 0,01$).

Les adultes francophones sans logement personnel d'Ile-de-France sont pris en charge pour 10 587 d'entre eux dans le dispositif d'urgence, 7 747 dans le dispositif d'insertion et 2 842 dans les hôtels sociaux. Les personnes dans le dispositif d'urgence sont plus âgées (41,9 ans) que celles dans le dispositif

13. A l'aide de fiches de contact remplies par les enquêteurs nous pouvons estimer les non-francophones à environ 7 700 personnes, ainsi le nombre d'adultes ayant fréquenté les services d'aide pendant la période d'étude dans l'Ile de France serait d'environ 28 900 personnes.

d'insertion (34,4 ans) et dans les hôtels (33,7 ans) ($p < 0,001$). Dans les hôtels sociaux, la très grande majorité des personnes est née à l'étranger (89,5 %).

Plus des deux tiers des personnes vivent seules. A contrario, plus d'une personne sur cinq vit avec un enfant, seule ou en couple. Dans les hôtels, plus de la moitié des personnes vit en couple avec des enfants et un autre quart vit seul avec au moins un enfant. Le nombre moyen d'enfants par personne est de 2,2 (IC95 % [2,0 ; 2,4]).

Plus d'un quart (28,6 %) de la population a une activité professionnelle (déclarée ou non) au moment de l'enquête (tableau A4, annexe). Parmi les personnes déclarant travailler, un tiers a un contrat de travail à durée indéterminée, 17,1 % sont sans contrat car non déclarées et 13,5 % ont un contrat à durée déterminée (tableau A7, annexe). Près de 60 % déclarent travailler à temps complet.

Près de la moitié (47,9 %) des personnes déclarant travailler est hébergée dans le dispositif d'insertion, 15,7 % dans le dispositif d'urgence et 23,8 % dans les hôtels.

La proportion de personnes se déclarant au chômage est de 45,2 %, les hommes se déclarent plus souvent dans cette situation que les femmes (51,6 % versus 33,4 %, $p < 0,01$).

2. LES ÉVÈNEMENTS MARQUANTS AU COURS DE LA VIE

S'il est important de s'intéresser dans le détail à la situation sociale présente des personnes, il est nécessaire de décrire les relations familiales et les difficultés vécues dans le passé. Pour cela nous avons inclus dans le questionnaire une grille standardisée utilisée dans de nombreuses études¹⁴ (tableau 1).

A. LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

Au cours de leur enfance, plus de 10 % des personnes ont été placées de façon temporaire et 5,3 % ont connu un placement long¹⁵ dans une famille d'accueil, une institution ou un foyer (tableau 1). La majorité des personnes ayant été placée est née en France (76,5 % pour les personnes ayant été placées provisoirement et 84,9 % pour les placements longs).

Les violences vécues sont nombreuses et diverses. Au cours de la vie, 40,9 % ont subi des violences psychologiques ou morales répétées, 27,7 % des violences physiques marquantes, régulières, répétées. Plus d'une personne sur dix a subi des violences sexuelles, les personnes nées en France ont subi près de deux fois plus de violences sexuelles que celles nées à l'étranger. Les différences de fréquence des ces violences entre les hommes et les femmes ne sont pas statistiquement significatives.

Un quart des personnes a déclaré avoir vécu dans une zone de guerre.

14. Notamment par S. Paugam et M. Cléménçon dans l'enquête « personnes en détresse » (OSC-FNARS, 2002) et, depuis 2005, dans la cohorte SIRS déjà citée.

15. N'ont pas vécu principalement avec leurs parents.

Plus d'une personne sur cinq a été confrontée dans sa jeunesse à de graves disputes entre ses parents, à des problèmes de santé ou à des difficultés matérielles (problèmes de logement, d'argent) des parents.

Près d'une personne sur cinq a été condamnée en justice et 18,3 % ont fait un séjour en prison. Les hommes sont significativement plus concernés que les femmes par ces problèmes.

Tableau 1 : Evénements de vie marquants par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Évènements de vie</i>	Homme (%) (n=402, N=13777)	Femme (%) (n=438, N=7399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Victime de violences psychologiques ou morales répétées	36,8	48,6	40,9
Victime de violences physiques marquantes, régulières	24,1	34,4	27,7
Graves problèmes de santé des parents	25,2	31,6	27,4
Vécu dans une zone de guerre	25,4	25,5	25,4
Graves disputes des parents	20,4	27,6	22,9
Graves problèmes d'argent des parents	22,0	20,4	21,4
Condamné en justice *	27,8	3,9	19,5
Prison *	26,8	2,1	18,2
Victime de violences sexuelles	10,5	17,0	12,8
Placement temporaire (famille d'accueil, institution, foyer)	11,4	12,0	11,6
Graves problèmes de logement des parents	9,0	12,9	10,4
Placement long (famille d'accueil, institution, foyer)	5,8	4,5	5,3

(Total supérieur à 100% car plusieurs réponses possibles) * p<0,001

Néanmoins, lorsque l'on demande aux personnes une appréciation globale sur leur enfance et leur adolescence, la majorité juge qu'elle a été globalement heureuse (tableau 1bis).

Tableau 1bis : Appréciation portée sur leur enfance et leur adolescence chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Ressenti</i>	Petite enfance (%) (n=839, N=20 964)	Adolescence (%) (n=836, N=20 951)
Très heureuse	22,0	17,3
Plutôt heureuse	50,3	44,8
Plutôt malheureuse	15,7	26,1
Très malheureuse	11,4	10,9
Ne sait pas	0,6	0,9

B. LES VIOLENCES SUBIES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Au cours des douze derniers mois, plus d'un tiers de la population a été victime de regards ou de paroles irrespectueux ou humiliants, et une personne sur cinq a été victime de menaces verbales ou de vol (tableau 2). Les agressions physiques touchent 13,2 % de la population, de façon équivalente chez

les hommes et les femmes, alors que les coups reçus lors d'une bagarre sont plus fréquemment cités par les hommes (13,8 % versus 3,9 % pour les femmes $p<0,001$).

De plus les femmes ont été plus souvent victimes d'agressions sexuelles (2,1 %) que les hommes (0,2 %) au cours des douze derniers mois ($p<0,001$). Ce sont les femmes dans les hôtels qui ont significativement plus déclaré d'agressions sexuelles au cours des douze derniers mois (2,4 % versus 0,8 % de la population dans le dispositif d'urgence et 0,5 % de la population dans le dispositif d'insertion) (tableau A9, annexe).

Tableau 2 : Type de violence subie par sexe chez les personnes sans logement personnel de l'Ile-de-France dans les douze derniers mois, enquête Samenta, 2009.

Type de violence	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Regards/paroles irrespectueux ou humiliants	37,3	32,8	35,7
Menaces verbales	24,0	19,7	22,5
Vol	21,5	16,6	19,8
Agressions physiques	13,0	13,5	13,2
Coups lors de bagarres *	13,8	3,9	10,4
Agressions sexuelles*	0,2	2,1	0,9

(Total supérieur à 100% car plusieurs réponses possibles)

* $p<0,001$

3. ÉLÉMENTS DE PARCOURS SANS LOGEMENT PERSONNEL

Avant d'être sans logement, un peu plus de la moitié (55,7 %) des personnes a déjà vécu dans un logement dont elle était propriétaire ou locataire.

A. LE TEMPS PASSÉ DEPUIS LA PREMIÈRE PERTE DE LOGEMENT

En moyenne, il s'est écoulé sept années depuis la première expérience de vie sans domicile. Cette durée varie selon l'âge (tableau 3) mais elle est (déjà) supérieure en moyenne à deux ans chez les 18-25 ans. La moitié des personnes a perdu son logement depuis au moins quatre ans ; 10 % ont perdu leur logement il y a 18 ans au moins. Les hommes ont perdu leur logement depuis plus longtemps que les femmes (8,5 années versus 4,3 années, $p<0,001$). Parmi les personnes ayant vécu au moins trois mois dans un logement (55,7 %), la moitié a connu une première perte de logement depuis quatre ans et pour 10 % d'entre elles depuis neuf ans ou plus.

Tableau 3 : Temps passé depuis la première perte de logement) par classe d'âge chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, en années, enquête Samenta, 2009.

	18-25ans(%) (n=222,N=3619)	26-30ans (%) (n=112,N=2863)	31-40ans (%) (n=230,N=5628)	41-49ans (%) (n=166,N=5455)	≥ 50 ans (%) (n=110,N=3611)	Ensemble(%) (n=840, N=21176)
Nombre d'années*	2,3 (0,3)	5,4 (0,6)	6,4 (0,5)	11,3 (1,5)	8,6 (1,7)	7,0 (0,5)
Médiane	2	5	5	8	5	4

* moyenne (erreur-type)

B. LES RAISONS DE LA PERTE DE DOMICILE LA PREMIÈRE FOIS

Les raisons évoquées le plus fréquemment concernant la première perte de domicile sont pour un quart des personnes la séparation familiale, pour un autre quart la privation de logement pour raisons économiques (impossibilité de payer le loyer, perte d'emploi), pour 8,1 % l'expulsion du logement et pour 12,3 % le déménagement ou la migration (économique ou pour quitter des zones de conflit (tableau A11, Annexe).

Les hommes déclarent plus souvent que les femmes le fait de ne pas pouvoir payer leur loyer (22,6 % versus 7,1 %, $p = 0,02$) et le fait de perdre leur emploi (12,1 % versus 1,2 %, $p < 0,001$) comme raison de la perte de leur domicile.

C. LE RECOURS AU NUMÉRO D'URGENCE 115

Plus des deux tiers des personnes (71,0 %) ont eu recours au 115 au moins une fois au cours de leur vie (tableau 4). Cette proportion ne diffère pas selon le dispositif.

Au cours des douze derniers mois, plus de deux personnes sur cinq (42,9 %) ont fait appel au 115. Cette proportion diffère selon les structures ($p < 0,001$) avec une personne sur deux dans le dispositif d'urgence et les hôtels et une sur cinq dans le dispositif d'insertion.

Tableau 4 : Recours au 115 chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Recours au 115</i>	Urgence (%) (n=420,N=10 587)	Insertion (%) (n=224,N=7 747)	Hôtel(%) (n=196,N=2 842)	Ensemble(%) (n=840,N=21176)
Recours au 115 au moins une fois au cours de la vie	76,0	62,5	75,8	71,0
Recours au 115 au moins une fois au cours des 12 derniers mois *	57,5	20,1	50,9	42,9

* $p < 0,01$

D. LE LIEU LE PLUS FRÉQUENTÉ POUR DORMIR DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS

Au cours des douze derniers mois, le lieu le plus fréquenté pour dormir a été le dispositif d'insertion (27,0 % pour les CHRS et 2,4 % les centres maternels), 15 % ont été essentiellement dans des squats ou chez des connaissances ; 12,1 % dans des hôtels sociaux et 9 % dans des centres d'hébergement d'urgence (tableau 5). Moins de 5 % a principalement vécu dans son logement personnel.

Plus d'une personne sur dix déclare avoir principalement dormi dans l'espace public : il s'agit majoritairement d'hommes qui vivent seuls (96 %), qui sont pour plus de la moitié nés en France et qui ont perdu leur logement en moyenne depuis dix ans. Plus des trois quarts ont eu recours au moins une fois au 115 cette dernière année.

Tableau 5 : Lieu le plus fréquenté pour dormir durant les douze derniers mois chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Lieu le plus fréquenté</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
CHRS	24,6	31,6	27,0
Squat, connaissances...	18,0	9,5	15,0
Hôtel social	8,6	18,6	12,1
Espace public	16,8	0,9	11,2
CHU	10,3	7,2	9,2
Centre de stabilisation	5,4	8,8	6,6
Logement personnel	4,9	4,1	4,6
Hôtel à leurs frais	5,0	0,4	3,4
Centre maternel	0	7,0	2,4
Hôpital	0,7	0,2	0,5
Prison	0,1	0	<0,1

Lecture : Parmi les hommes, durant les 12 derniers mois, 24,6% ont dormi le plus souvent dans un CHRS, 18% ont dormi le plus souvent dans un squat, 8,6% dans un hôtel social, ...

4. LA SANTÉ

Cette partie présente les indicateurs globaux de santé, couramment mesurés dans les enquêtes en population générale en France et en Europe.

A. LA SANTÉ RESSENTIE

La santé ressentie est un indicateur subjectif qui repose à la fois sur la connaissance de son état de santé et sur l'appréciation qu'en a la personne. Plus d'une personne sur dix (11,6 %) considère son état de santé général comme mauvais ou très mauvais, et près d'une personne sur cinq considère son état de santé psychologique comme mauvais ou très mauvais (tableau 6).

Tableau 6 : Ressenti de l'état de santé général et psychologique par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Etat de santé</i>	Général (%)			Psychologique (%)		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Très bon	15,4	18,8	16,6	11,3	13,6	12,1
Bon	32,0	38,5	34,3	37,0	23,4	32,3
Moyen	39,2	33,9	37,3	29,5	45,9	35,3
Mauvais	6,5	7,2	6,7	11,9	10,5	11,4
Très mauvais	6,8	1,5	4,9	7,6	6,4	7,2

B. LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Près d'une personne sur cinq déclare être limitée depuis au moins six mois, dans les activités que font les gens habituellement, en raison d'un problème de santé (tableau 7). Les hommes sont plus souvent limités que les femmes ($p=0,01$).

Tableau 7 : Limitation fonctionnelle (depuis au moins six mois) chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Limitation fonctionnelle</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
OUI, fortement limité	10,5	3,9	8,2
OUI, limité	10,5	9,4	10,1
NON	77,8	86,6	80,9

C. LES MALADIES CHRONIQUES

Plus d'un tiers de la population (37,7 %) déclare souffrir d'au moins une maladie chronique. Les hommes déclarent plus souvent une maladie chronique que les femmes (44,2 % versus 25,5 %, $p=0,03$) (tableau 8). Les maladies chroniques les plus citées sont les maladies respiratoires ou ORL qui affectent 7,4 % de la population, le diabète (6,2 %), l'hypertension (5,2 %), les maladies psychiques (4,7 %), les maladies cardio-vasculaires (4,3 %) et les maladies du système digestif (3,8 %) (tableau 8).

La proportion de personnes déclarant au moins deux maladies chroniques est de 7,1 %, cela concerne plus les hommes (9 % versus 3,7 % chez les femmes, $p=0,02$).

Au sein de la population, indépendamment de la présence d'une maladie chronique, 40,5 % déclarent avoir un traitement régulier et 28,4 % un suivi régulier pour raison médicale.

Tableau 8: Distribution des principales maladies chroniques par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Maladies chroniques</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Au moins une maladie chronique *	44,2	25,5	37,7%
Maladie respiratoire ou ORL	9,0	4,4	7,4
Diabète	6,8	5,2	6,2
Hypertension	5,8	4,1	5,2
Maladie psychique	6,3	1,6	4,7
Maladie cardio-vasculaire	5,8	1,4	4,3
Maladie du système digestif	5,5	0,5	3,8
Maladie articulaire et osseuse	3,4	2,5	3,1
Epilepsie	4,1	1,1	3,0
Maladie de peau	3,4	0,8	2,5
Maladie du foie	2,2	1,6	2,0
Cancer	1,7	0,9	1,4
Maladie du système nerveux	1,6	0,1	1,1
Infection VIH	0,4	2,1	1,0

* $p < 0,05$

D. LE RECOURS AUX SOINS

Plus des trois quarts (80,8 %) de la population ont consulté un médecin dans les douze derniers mois, dont 39,5 % au cours du dernier mois (tableau 9).

Les personnes hébergées en hôtel et dans le dispositif d'insertion ont significativement plus recours aux soins dans les douze derniers mois (respectivement 88,1 % et 89,9 %) que les personnes dans le dispositif d'urgence (72,2 %) ($p < 0,01$).

Près d'une personne sur cinq (18,2 %) n'a pas consulté de médecin depuis plus d'un an. Parmi elles, plus de la moitié n'a pas consulté depuis plus de deux ans. Il s'agit majoritairement d'hommes (95 %).

Tableau 9 : Distribution du temps écoulé depuis la dernière visite chez un médecin, par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Temps écoulé depuis la dernière visite chez un médecin</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Moins de 1 mois	35,5	46,9	39,5
Entre 1 et moins de 3 mois	26,6	25,1	26,1
Entre 3 et moins de 6 mois	6,1	11,6	8,0
Entre 6 mois et moins de 1 an	8,9	4,2	7,3
Entre 1 et moins de 2 ans	7,7	8,7	8,0
Plus de 2 ans	14,9	1,4	10,2
Ne sait pas	0,3	2,1	0,9

Parmi les personnes qui n'ont pas consulté depuis plus d'un an, 28,2 % déclarent avoir eu un problème de santé pendant cette période. Les raisons principales évoquées pour ne pas avoir consulté sont : l'impuissance du médecin face à leur problème (43,5 %), des raisons financières (34,4 %) et l'absence de couverture maladie (20,2 %) (tableau 10).

Tableau 10 : Raisons de non consultation chez un médecin depuis au moins un an chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France qui ont eu des problèmes de santé durant cette période, enquête Samenta, 2009.

<i>Raisons de non consultation chez un médecin</i>	Ensemble (%) (n=21, N=1 087)
Impuissance des médecins	43,5
Trop cher	34,4
Absence de couverture maladie	20,2
N'aime pas aller chez le médecin	8,7
Pas assez grave	7,6
Pas de papiers	6,1
Se soigne seul	1,7
Ne sait pas à qui s'adresser	0,9
Pas le temps, autres problèmes	0,3

Pour plus de la moitié de la population, la dernière consultation médicale s'est déroulée dans un cabinet de médecine privée (tableau 11). Les femmes ont plus souvent consulté dans les cabinets de médecine privée que les hommes (69,2 % versus 44,5 %, $p=0,002$). Les hommes ont plus souvent consulté dans des structures gratuites : les accueils de jour (5,5 % versus 0,6 % pour les femmes, $p=0,006$), les consultations des associations (3,6 % versus 0,3 %, $p<0,001$). Ils sont aussi plus nombreux à avoir consulté aux urgences d'un hôpital (11 % versus 2,4 %, $p=0,004$). Les consultations hospitalières sont, elles, fréquentées dans des proportions semblables par les deux sexes (19 %).

Tableau 11 : Lieu du derniers recours aux soins par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Lieu de la dernière consultation</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Dans un cabinet de médecine privée*	44,5	69,2	53,1
A la consultation d'un hôpital ou d'une clinique	18,5	19,3	18,8
Dans un dispensaire ou un centre médical	11,0	5,2	9,0
Aux urgences d'un hôpital*	11,0	2,4	7,9
Dans un accueil de jour*	5,5	0,6	3,7
A la consultation d'une association*	3,6	0,3	2,5
Dans un centre d'hébergement, un foyer	1,2	0,8	1,1
Dans un centre de soins dentaires	1,1	0,2	0,8
En prison	1,1	0	0,7
A la médecine du travail	0,4	1,2	0,7
Dans un CMP	0,4	0,1	0,3
Ne sait pas	1,8	0,7	1,4

* $p < 0,05$

E. LA COUVERTURE MALADIE

Au sein de la population, près de 90 % des personnes bénéficient d'une couverture maladie, que ce soit par la CMU (42,3 %), la Sécurité sociale (29,1 %) ou l'AME (15,1 %) (tableau 12). Les personnes n'ayant aucune couverture maladie représentent 8 % de la population (il n'y a pas de différence significative selon le lieu de naissance).

Tableau 12 : Couverture maladie par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Couverture maladie</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Couverture maladie universelle (CMU)	41,2	44,3	42,3
Sécurité sociale	31,9	23,8	29,1
Aide médicale d'état (AME)	12,8	19,5	15,1
Aucune	7,8	8,4	8,0
Oui, mais ne sait pas laquelle	1,6	3,9	2,4
Ne sait pas	3,5	0,1	2,3
Ne veut pas répondre	1,2	0,1	0,8

IV. Prévalences des troubles psychiatriques

De façon à séparer selon leur gravité les troubles mentaux et du comportement décelés, nous avons constitué quatre grandes catégories :

- Les troubles psychiatriques sévères comprenant les troubles psychotiques (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants), les troubles anxieux et les troubles sévères de l'humeur (épisodes maniaques/hypomaniaques, trouble affectif bipolaire et épisodes dépressifs sévères) ;
- Les troubles de la personnalité ;
- Les troubles légers/modérés de l'humeur (essentiellement des dépressions) ;
- Les addictions (alcool, drogues illicites, médicaments détournés de leur usage).

1. LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES SÉVÈRES

La présence d'au moins un trouble psychiatrique sévère concerne selon les cliniciens 6 667 personnes (31,5 %), soit 29,2 % des hommes et 35,8 % des femmes (tableau A13, annexe). Les troubles psychiatriques sévères concernent plus d'un tiers des personnes rencontrées dans le dispositif d'urgence (34,1 %) et dans les hôtels sociaux (35,2 %) et plus d'un quart (26,5 %) des personnes rencontrées dans le dispositif d'insertion.

A. LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

La prévalence globale des troubles psychotiques est de 13,2 % (tableau A14, annexe). Ils ont été repérés chez 15,4 % des hommes et 9,1 % des femmes.

Plus précisément, dans l'ensemble de la population, on remarque une prévalence de 8,4 % de schizophrénie (tableau A15, annexe), de 3,5 % de troubles délirants persistants (tableau A16, annexe) et de 1,3 % d'autres troubles psychotiques (tableau A17, annexe).

La fréquence des troubles psychotiques est près de trois fois plus élevée chez les personnes nées en France que chez celles nées à l'étranger (21,6 % versus 7,5 %, $p=0,004$). Elle est deux fois plus élevée dans le dispositif d'urgence, concernant près d'une personne sur cinq (19 %) que dans les autres dispositifs (moins de 10 %), bien que la différence ne soit pas statistiquement significative ($p=0,12$) (tableau A14, annexe).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative par classe d'âge. Toutefois, on constate que chez les 18-25 ans pour lesquels des troubles psychotiques ont été repérés (16,9 % de la population de cette tranche d'âge), il s'agit alors essentiellement de schizophrénie (16,5 %) (tableau A15, annexe).

La fréquence de la schizophrénie est 3,5 fois plus élevée chez les personnes nées en France que chez celles nées à l'étranger (14,7 % versus 4 %, $p=0,004$), il n'y a pas de différence selon le sexe (tableau A15, annexe).

Concernant les troubles délirants, les hommes en souffrent significativement plus souvent que les femmes (5 % versus moins de 1 %, $p<0,01$) (tableau A16, annexe).

B. LES TROUBLES SÉVÈRES DE L'HUMEUR

Les troubles sévères de l'humeur - principalement des troubles dépressifs sévères - touchent 6,7 % des personnes (tableau A19, annexe).

La fréquence des troubles sévères de l'humeur est comparable dans les trois dispositifs (moins de 10 %) et dans les deux sexes (6,6 % des hommes versus 6,9 % des femmes)

Les personnes âgées de 50 ans ou plus sont près de 16 % à souffrir de troubles sévères de l'humeur contre moins de 10 % dans les autres classes d'âge.

Les troubles sévères de l'humeur sont représentés essentiellement par des troubles dépressifs sévères (4,5 %), sans différence entre les hommes et les femmes (tableau A20, annexe).

Les épisodes maniaques concernent 1,9 % de la population mais touchent uniquement des hommes (2,9 %) (tableau A21, annexe).

Les troubles bipolaires concernent 0,3 % de la population et plus fréquemment les femmes (0,7 % versus 0,1 % des hommes ; $p=0,06$) (tableau A22, annexe).

C. LES TROUBLES ANXIEUX

Les troubles anxieux touchent 12,2 % de la population et sont plus fréquemment repérés dans les hôtels où un quart des personnes en souffrent ($p=0,04$) (tableau A23, annexe). Les femmes souffrent trois fois plus souvent de troubles anxieux que les hommes (21 % versus 7,5 %, $p=0,009$).

Les prévalences des différents troubles anxieux sont : 4,2 % d'états de stress post-traumatique, 4 % d'anxiété généralisée, 2,1 % de troubles de l'adaptation et 6,2 % d'autres troubles anxieux.

L'état de stress post-traumatique est presque six fois plus élevé chez les personnes nées à l'étranger : 6,2 % versus 1,1 % pour les personnes nées en France ($p=0,005$) (tableau A24, annexe).

L'anxiété généralisée est repérée plus fréquemment chez les personnes nées en France (8,3 % versus 1,1 % ; $p=0,001$) (tableau A25, annexe).

D. LES LIEUX LES PLUS FRÉQUENTÉS POUR DORMIR DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES SÉVÈRES

Au cours des douze derniers mois, plus de la moitié (52,2 %) des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères a dormi le plus souvent dans des lieux précaires : 17,7 % ont dormi le plus souvent dans l'espace public, 14,4 % dans un CHS, 8,9 % dans un CHU et 11,2 % dans un squat ou chez des connaissances ou de la famille (A13a, annexe). Elles sont 28,2 % à avoir dormi le plus souvent dans le dispositif d'insertion, 11,1 % dans des hôtels sociaux.

Parmi les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, celles qui souffrent de troubles psychotiques sont celles qui dorment le plus souvent dans l'espace public (23,1 %) et parmi elles, un quart est atteint de schizophrénie.

Si l'on s'intéresse à la population qui a dormi le plus souvent dans l'espace public au cours des douze derniers mois, près de la moitié des personnes (44,3 %) a un trouble psychiatrique sévère détecté (soit un millier de personnes). Parmi elles, un quart a un trouble psychotique (soit près de 600 personnes) et parmi ces dernières 16,7 % une schizophrénie (soit environ 400 personnes) (tableau A13b, annexe).

Par ailleurs, il faut prendre en considération les éléments suivants : parmi les personnes ayant déclaré dormir le plus souvent dans les douze derniers mois dans un CHU, 21 % citent l'espace public comme second lieu de fréquentation. De même, parmi les personnes qui disent dormir le plus souvent en squat ou chez des connaissances, 38 % citent comme second lieu l'espace public. Il semble ainsi qu'un petit noyau de personnes circule entre espace public, CHU et squats ou connaissances.

Au total, parmi les personnes dormant le plus souvent dans l'espace public, près d'une personne sur deux a un trouble psychiatrique sévère et une sur quatre un trouble psychotique.

2. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Les troubles de la personnalité et du comportement concernent 21,1 % de la population (tableau A28, annexe). Ils sont plus fréquents parmi les personnes rencontrées dans le dispositif d'urgence (26,6 %) comparé au dispositif d'insertion (19,3 %) et aux hôtels sociaux (5,1 %) ($p=0,01$). Ils sont plus fréquemment repérés chez les hommes que chez les femmes (26,1 % versus 11,8 %, $p=0,01$) et chez les personnes nées en France que chez celles nées hors de France (32,3 % versus 13,7 %, $p=0,01$).

Le diagnostic de trouble de la personnalité n'est pas aisé au cours d'un seul entretien. Ainsi un tiers des troubles repérés n'a pu être classé dans une sous catégorie précise. Les prévalences de ces troubles sont :

- 4,9 % de personnalité dyssociale essentiellement repérées chez les hommes (7,3 % versus 0,5 % chez les femmes, $p<0,001$) et chez les personnes nées en France (8,4 % versus 2,6 % chez les personnes nées à l'étranger, $p=0,05$) (tableau A29, annexe) ;
- 3,5 % de personnalité dépendante repérée exclusivement chez les personnes nées en France ($p<0,001$) (tableau A30, annexe) ;

- 1,5 % de personnalité borderline (tableau A31, annexe) et 1 % de personnalité émotionnellement labile (tableau A32, annexe) avec une différence significative par lieu de naissance : respectivement 3,2 % et 2,2 % chez les personnes nées en France versus moins de 0,5 % pour les personnes nées à l'étranger ($p=0,004$; $p=0,008$)
- 2,2 % d'autres troubles de la personnalité (tableau A33, annexe) ;
- 7,5 % de troubles de la personnalité sans précision, avec une fréquence plus élevée chez les hommes (10,1 % versus 2,6 % chez les femmes, $p<0,01$) (tableau A34, annexe).

3. LES TROUBLES NON SÉVÈRES DE L'HUMEUR

Les troubles non sévères de l'humeur (essentiellement des troubles dépressifs légers ou moyens) sont présents chez 15,8 % de la population (tableau A35, annexe). Ils concernent près d'un quart des personnes rencontrées à l'hôtel, près d'une personne sur cinq rencontrées dans le dispositif d'insertion et une sur dix dans le dispositif d'urgence. Les troubles non sévères de l'humeur se répartissent en troubles dépressifs moyens (7,9 %), troubles dépressifs légers (6,0 %) (tableaux A36 et A37, annexe) et autres troubles dépressifs (1,9 %). On n'observe pas de différence entre les hommes et les femmes.

4. LE RISQUE SUICIDAIRE

Au cours de leur vie, 21,8 % des personnes sans logement déclarent avoir tenté de se suicider (24,2 % des hommes et 17,2 % des femmes).

Un risque suicidaire moyen ou élevé a été détecté (par le MINI) au jour de l'enquête chez 12,9 % des personnes interrogées (tableau A38, annexe). Les personnes rencontrées dans le dispositif d'urgence présentent un risque suicidaire moyen ou élevé dans 16,8 % des cas, il reste non négligeable dans les hôtels sociaux (12,2 %) ou le dispositif d'insertion (7,9 %). Près de 15 % des hommes et 10 % des femmes ont un risque suicidaire moyen ou élevé.

5. ASSOCIATIONS ENTRE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Des associations significatives entre des troubles psychotiques ou de la personnalité et des caractéristiques sociodémographiques ont été observées. Les personnes atteintes de troubles psychotiques et celles atteintes de troubles de la personnalité sont plus nombreuses à être nées en France que les personnes n'ayant pas ces troubles ; elles travaillent moins souvent ; elles vivent moins souvent avec au moins un de leurs enfants ; elles ont, enfin, plus souvent été placées dans l'enfance (tableau 13).

Tableau 13 : Associations significative entre troubles psychiques et caractéristiques sociodémographiques (autre que le sexe) chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques sociodémographiques	Troubles psychotiques (%)			Troubles de la personnalité (%)		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Lieu de naissance (France)	65,5	36,1	0,004	61,2	34,3	0,01
En activité professionnelle	11,4	31,2	0,06	15,1	32,2	0,03
Vivant avec au moins un enfant	6,6	45,4	<0,001	16,9	45,3	<0,001
Ayant été placé même provisoirement	20,6	10,3	0,06	15,7	10,5	0,4

Pour rappel : Tr. psychotiques : n=88, N=2 798 - Tr personnalité : n=150, N=4 465

Lecture : Parmi les personnes atteintes de troubles psychotiques 65,5% sont nées en France et parmi les personnes n'ayant pas de troubles psychotiques 36,1% sont nées en France. Il existe une association statistiquement significative entre le fait d'avoir un trouble psychotique et le lieu de naissance (p=0,004).

6. COMORBIDITÉS ENTRE LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Il existe peu de comorbidités entre les différents troubles. En effet, moins de 5 % des personnes présentent des troubles associés (tableau 14). Cependant le risque suicidaire, moyen ou élevé, est associé à chacune des quatre grandes catégories de troubles.

Tableau 14 : Prévalence des comorbidités entre troubles psychiatriques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Troubles	Risque suicidaire (%)	Troubles psychotiques (%)	Troubles de la personnalité (%)	Troubles anxieux (%)	Ensemble (%)
Troubles de l'humeur (sévère, moyen, léger)	3,1	0,4	4,1	2,3	22,5
Troubles anxieux	2,2	0	1,3		12,2
Troubles de la personnalité	4,3	0			21,1
Troubles psychotiques	2,9				13,2

Lecture : Dans la population, 3,1% des personnes ont un trouble de l'humeur et un risque suicidaire élevé ou moyen, 2,2% souffrent de troubles anxieux et ont un risque suicidaire élevé ou moyen ...

7. COMORBIDITÉS ENTRE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET MALADIES CHRONIQUES

La présence d'au moins une maladie chronique concerne près de 40 % des personnes qui présentent un trouble de l'humeur ou un trouble de la personnalité, 30,3 % des personnes ayant des troubles anxieux et 14,7 % des personnes ayant des troubles psychotiques (tableau 15).

Les personnes présentant des troubles de l'humeur déclarent significativement plus être atteintes de diabète. Elles sont près de 10 % à déclarer une maladie du système digestif versus moins de 3 % pour celles ayant d'autres troubles.

Les personnes ayant un trouble de la personnalité déclarent plus fréquemment une maladie respiratoire ou ORL (16,4 %).

Tableau 15 : Fréquence des comorbidités entre les différents types de troubles psychiatriques et les maladies chroniques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Maladies chroniques</i>	Troubles de l'humeur(%)[#] (n=188,N=4762)	Troubles anxieux(%) (n=112,N=2594)	Troubles de la personnalité(%) (n=150,N=4465)	Troubles psychotiques(%) (n=88,N=2798)
Au moins 1 maladie chronique	38,4	30,3	39,1	14,7 *
Maladie respiratoire ou ORL	4,4	4,6	16,4 *	1,2 *
Diabète	17,1 *	9,8	1,4 *	1,2 *
Hypertension	3,3	4,6	7,4	0,6 *
Maladie cardio-vasculaire	9,6	2,1	0,6 *	6,1
Maladie du système digestif	9,8	2,5	2,4	1,1
Maladie articulaire et osseuse	5,0	6,2	6,8	1,8
Maladie du foie	4,0	2,4	3,7	0
VIH	0	2,3	0,9	1,8

*association statistique significative entre un trouble psychiatrique et une maladie chronique

[#] Ensemble des troubles de l'humeur (de léger à sévère)

Lecture : Parmi les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur 17,1% déclarent un diabète. Les personnes ayant un trouble de l'humeur déclarent significativement plus avoir un diabète que celles non atteinte de trouble de l'humeur.

8. LES VIOLENCES SUBIES ET LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

A. LES VIOLENCES SUBIES AU COURS DE LA VIE

Au cours de la vie, les personnes atteintes d'au moins un trouble psychiatrique sévère (psychotique, ou de l'humeur sévère, ou anxieux) rapportent significativement plus de violences subies que les autres (tableau 16).

Les violences psychologiques ou morales répétées sont rapportées par la moitié des personnes ayant au moins un trouble sévère versus 23,6 % des personnes n'ayant aucun trouble diagnostiqué ($p<0,001$).

Les violences physiques marquantes, régulières, répétées concernent plus d'un tiers des personnes (38,7 %) ayant au moins un trouble versus 16,9 % de celles n'ayant aucun trouble diagnostiqué ($p=0,007$).

Enfin, les violences sexuelles sont rapportées par 26,9 % des personnes ayant au moins un trouble sévère. Parmi les personnes n'ayant pas de trouble diagnostiqué, moins de 3 % ont fait part de ce type de violence ($p<0,001$).

Si l'on s'intéresse aux violences subies en fonction des différents troubles, on constate que les personnes qui souffrent de troubles anxieux ont subi plus de violences psychologiques ou morales

répétées que celles n'ayant pas ces troubles (62,6 % versus 39,3 %, $p=0,03$) ainsi que plus de violences sexuelles (26,3 % versus 11,7 %, $p=0,07$) (tableau 16bis).

Le constat est identique pour les personnes souffrant de troubles psychotiques. En effet, près de 60 % des personnes ayant des troubles psychotiques ont été victimes de violences psychologiques ou morales répétées, versus 39,5 % des personnes n'ayant pas ces troubles ($p=0,06$). Les violences sexuelles sont rapportées par 38 % des personnes ayant des troubles psychotiques versus moins de 10 % des personnes n'ayant pas de trouble psychotique avéré ($p<0,001$) (tableau 16bis).

Tableau 16 : Fréquence des violences subies au cours de la vie, par sexe en fonction de la présence ou non d'au moins un trouble psychiatrique sévère chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Violences subies au cours de la vie	Pas de trouble diagnostiqué (%) (n=303, N=6 597)			Troubles psychiatriques sévères (%) (n=259, N=6 667)		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Violences psychologiques	7,9	46,8 ***	23,6	52,4	53,6	52,9
Violences physiques	7,1	31,2 **	16,9	35,4	43,7	38,7
Violences sexuelles	0,1	6,8 ***	2,7	24,0	31,4	26,9

** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau 16bis : Violences subies au cours de la vie en fonction des troubles chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Violences subies au cours de la vie	Troubles sévères de l'humeur (%)			Troubles anxieux (%)			Troubles de la personnalité (%)			Troubles psychotiques (%)		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Violences psychologiques	26,4	43,4	0,1	62,6	39,3	0,03	52,4	39,4	0,2	59,3	39,5	0,06
Violences physiques	25,5	29,2	0,7	47,5	26,2	0,09	30,4	28,5	0,8	40,1	27,1	0,2
Violences sexuelles	10,8	13,8	0,6	26,3	11,7	0,07	15,4	13,1	0,7	38,0	9,7	<0,001

Pour rappel : Tr. sévères humeur : n=67, N=1 420 - Tr. anxieux : n=112, N=2 594

Tr personnalité : n=150, N=4 465 - Tr. psychotiques : n=88, N=2 798

Lecture : Parmi les personnes atteintes d'un trouble sévère de l'humeur 26,4% déclarent avoir subi au cours de leur vie une ou des violences psychologiques et parmi les personnes ne présentant pas de trouble sévère de l'humeur 43,4% déclarent avoir subi une ou des violences psychologiques. Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir subi des violences psychologiques et d'avoir un trouble sévère de l'humeur ($p=0,7$).

B. LES VIOLENCES SUBIES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Au cours des douze derniers mois également, les personnes atteintes d'au moins un trouble psychiatrique sévère (psychotique, sévère de l'humeur ou anxieux) ont été significativement plus souvent victimes de différentes formes de violences que les personnes n'ayant aucun trouble diagnostiqué (tableau 17).

Les agressions les plus fréquentes sont les regards ou paroles irrespectueux ou humiliants déclarés par 43,1 % des personnes ayant un trouble et par 27,3 % des personnes n'en ayant aucun ($p=0,07$). Puis les menaces verbales, qui touchent 33,3 % des personnes avec au moins un trouble comparé à 10,5 % de celles non atteintes ($p=0,003$). Plus d'un quart des personnes a été victime de vols versus 12,5 % des personnes n'ayant aucun trouble diagnostiqué ($p=0,02$). Les agressions physiques concernent 15,7 % des personnes atteintes (versus 7,3 %, $p=0,06$) et les coups reçus lors de bagarres 8,1 % (versus 3,9 %, $p<0,01$). Enfin, les agressions sexuelles au cours des douze derniers mois sont rapportées par 2,3 % des personnes ayant au moins un trouble et 0,3 % des personnes n'ayant aucun trouble ($p<0,01$).

Les femmes atteintes de troubles psychiatriques sévères sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles (4,9 %) que les hommes (0,6 %) ainsi que d'agressions physiques (26,0 % versus 8,6 %, $p<0,05$) (tableau 17)

Comme pour les violences au cours de la vie, on constate que les personnes atteintes de troubles psychiatriques, à l'exception de celles souffrant de troubles sévères de l'humeur, rapportent significativement plus de violences dans les douze mois que celles non atteintes de ces mêmes troubles (tableau 17bis).

Au cours des douze derniers mois, ce sont les personnes atteintes de troubles psychotiques qui ont plus souffert de menaces verbales (53 %), de regards ou paroles irrespectueux (50 %) comparé aux personnes atteintes d'autres troubles ou non atteintes (pour ces dernières respectivement 18,4 %, $p<0,001$ et 34 %, $p=0,08$). Les personnes atteintes de troubles anxieux ont été, au cours de l'année écoulée, plus souvent victimes d'agressions sexuelles (3,5 %) que celles n'ayant pas ce type de trouble (0,5 %) ($p<0,001$) (tableau 17bis). Les personnes ayant un trouble de la personnalité rapportent plus souvent que les autres personnes (non atteintes de ce trouble) des regards ou paroles irrespectueux (60,2 % versus 29,5 %, $p<0,01$) et des coups reçus lors de bagarres (25 % versus 6,5 %, $p<0,01$).

Tableau 17 : Fréquence des violences subies au cours des douze derniers mois, par sexe en fonction de la présence ou non d'au moins un trouble psychiatrique sévère chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Violences subies au cours des 12 derniers mois	Pas de trouble diagnostiqué (%) (n=303, N=6 597)			Troubles psychiatriques sévères (%) (n=259, N=6 667)		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Vol	16,7 *	6,1	12,5	35,7	19,6	29,2
Menaces verbales	11,9	8,3	10,5	34,2	32,0	33,3
Regards/paroles irrespectueux	27,2	27,3	27,3	45,1	40,0	43,1
Agressions sexuelles	0,1	0,4	0,3	0,6	4,9 **	2,3
Agressions physiques	9,4	4,3	7,3	8,6	26,0 *	15,7
Coups reçus lors d'une bagarre	5,3	2,0	3,9	10,1	5,1	8,1

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tableau 17bis : Violence subie au cours des douze derniers mois en fonction des troubles psychiatriques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Violences subies au cours des 12 derniers mois	Troubles sévères de l'humeur (%)			Troubles anxieux (%)			Troubles de la personnalité (%)			Troubles psychotiques (%)		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Vol	24,4	19,7	0,6	28,7	18,8	0,3	18,9	20,3	0,8	33,0	18,1	0,1
Menaces verbales	13,7	23,4	0,2	24,4	22,5	0,8	26,0	21,8	0,6	53,0	18,4	<0,001
Regards/paroles irrespectueux	22,1	37,1	0,2	48,3	34,3	0,2	60,2	29,5	<0,01	50,0	34,0	0,08
Agressions sexuelles	0,9	0,9	0,9	3,8	0,5	<0,001	0,4	1,0	0,1	2,0	0,7	0,1
Agressions physiques	13,0	13,3	0,9	24,1	11,8	0,1	14,7	12,9	0,8	8,9	13,9	0,3
Coups	10,8	10,5	0,9	2,8	11,6	<0,01	25,0	6,5	<0,01	12,1	10,3	0,8

Pour rappel : Tr. sévères humeur : n=67, N=1 420 - Tr. anxieux : n=112, N=2 594
Tr personnalité : n=150, N=4 465 - Tr. psychotiques : n=88, N=2 798

V. Prévalence des addictions

Dans ce chapitre nous nous intéressons aux consommations de produits psycho-actifs à problème, c'est-à-dire à la consommation à risque (score à l'AUDIT supérieur ou égal à 7 pour les hommes et supérieur ou égal à 6 pour les femmes) et à la dépendance (score à l'AUDIT supérieur ou égal à 13) pour l'alcool. Pour les drogues illicites et médicaments détournés de leur usage, nous regardons la consommation régulière (plus d'une à deux fois par semaine pour le cannabis, et plus d'une à trois fois par mois pour les autres produits). L'expérimentation (c'est-à-dire le fait d'avoir consommé un produit au moins une fois au cours de la vie) est aussi présentée.

La dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, médicaments détournés de leur usage et/ou drogues illicites) concerne 28,6 % de la population (6 049 personnes) (tableau A39, annexe).

Dans le dispositif d'urgence, un tiers des personnes est dépendant ou consomme régulièrement des substances psychoactives. Dans le dispositif d'insertion, 29,1 % des personnes sont concernées. Elles sont moins d'une personne sur dix dans les hôtels sociaux.

Les hommes consomment trois fois plus souvent de produits psychoactifs que les femmes : plus d'un tiers (37,5 %) est dépendant ou consomme régulièrement des substances psychoactives contre 11,9 % des femmes ($p < 0,001$).

1. L'ALCOOL

Au cours de leur vie, 82,3 % des personnes sans logement personnel déclarent avoir bu au moins une fois des boissons alcoolisées (91,3 % des hommes et 65,5 % des femmes). Au cours des douze derniers mois, elles sont 81,1 % à déclarer avoir consommé au moins une fois de l'alcool.

A. LA CONSOMMATION À RISQUE

Moins d'une personne sur dix (7,9 %) dans la population déclare une consommation à risque d'alcool, il n'y a pas de différence entre les 3 dispositifs (tableau A40, annexe).

Les hommes sont plus nombreux à déclarer une consommation à risque d'alcool que les femmes (10,9 % versus 2,5 %, $p < 0.001$).

Les jeunes de 18 à 25 ans constituent la classe d'âge où la proportion de consommateurs à risque d'alcool est la plus élevée (18,6 %).

B. LA DÉPENDANCE

Une personne sur cinq (21 %) est dépendante à l'alcool (tableau A41, annexe). La consommation d'alcool est plus élevée chez les personnes vues dans le dispositif d'urgence, où plus d'un quart des personnes est dépendant (26,7 %) comparé au dispositif d'insertion (18,9 %) ou aux hôtels sociaux (5,5 %) ($p=0,04$)

Les hommes sont plus nombreux à être dépendants à l'alcool que les femmes (27,3 % versus 9,3 %, $p=0,002$).

On n'observe pas de différence significative de dépendance à l'alcool selon la classe d'âge ou le lieu de naissance.

C. L'ARRÊT DE CONSOMMATION OU LE SEVRAGE

La très grande majorité (90,2 %) des personnes ayant une consommation d'alcool à risque déclarent pouvoir arrêter d'en consommer facilement (tableau 18). Les personnes dépendantes à l'alcool sont près de la moitié (46 %) à évoquer une difficulté d'arrêt de consommation : pour 19,9 % d'entre elles ce serait assez difficile, 23,5 % très difficile et 2,4 % impossible (tableau 18).

Tableau 18 : Fréquence des réponses à la question « Jusqu'à quel point ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer de l'alcool ou de vivre sans ? » chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation d'alcool à risque ou une dépendance, enquête Samenta, 2009.

<i>Degré de difficulté d'arrêt de consommation d'alcool</i>	Alcoolisation à risque (%) (n=61, N=1682)	Alcoololo-dépendance (%) (n=119, N=4445)	Ensemble (%) (n=180 ; N=6127)
Facile	90,2	30,9	47,2
Assez difficile	0,7	19,9	14,7
Très difficile	3,2	23,5	17,9
Impossible	0	2,4	1,7
Ne sait pas	0,2	7,7	5,6
Pas de réponse	5,7	15,6	12,9

Depuis qu'elles sont sans domicile, plus d'un tiers (39,5 %) des personnes ayant une consommation d'alcool à risque ou une dépendance à l'alcool déclarent avoir déjà arrêté toute consommation pendant au moins sept jours dans un but de sevrage alcoolique : 21,1 % pour les personnes ayant une consommation à risque et 46,5 % pour celles ayant une dépendance. En moyenne, elles ont arrêté quatre fois.

Le premier motif d'arrêt de consommation évoqué par les personnes présentant une consommation à risque ou dépendance d'alcool est la santé (64,1 %) (tableau 19). Près d'un quart (24,9 %) déclare avoir arrêté de boire car elles ne supportaient plus leur image, cela concerne plus de la moitié (58,5 %)

des personnes ayant une consommation à risque. Seules les personnes ayant une dépendance ont cité comme raison d'arrêt des effets néfastes de leur consommation sur leur entourage (25,8 %) (tableau 19).

Tableau 19 : Raisons citées pour l'arrêt de consommation d'alcool chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation d'alcool à risque ou une dépendance et ayant arrêté de consommer au moins sept jours, enquête Samenta, 2009.

<i>Raisons d'arrêt de consommation d'alcool*</i>	Alcoolisation à risque (%) (n=15, N=354)	Dépendance à l'alcool (%) (n=55, N=2067)	Ensemble (%) (n=70, N=2421)
Problèmes de santé	75,4	62,2	64,1
Ne supportait plus son image	58,5	19,2	24,9
Effets néfastes sur les relations amicales, familiales, amoureuses	0	25,8	22,0
Pour changer de vie	2,9	11,9	10,6
Crainte de devenir dépendant	0,8	10,0	8,6
Perte du travail	0	3,6	3,1
Ne supportait plus le regard des autres	0,6	3,6	3,1
Blessure car sous emprise d'alcool	0	3,1	2,7
Pour reprendre une vie professionnelle	9,4	1,1	2,3
Pressions de la famille	1,7	2,1	2,0
Raisons financières	4,1	1,0	1,5
Difficile de se procurer de l'alcool	0	1,3	1,1

* Question ouverte

La dernière fois qu'elles ont entrepris d'arrêter de consommer de l'alcool, près de la moitié (47,8 %) des personnes déclare l'avoir fait seul, et plus de la moitié (51,6 %) dit avoir été aidée par une tierce personne : 45,6 % par des médecins, 32,6 % par des associations d'anciens buveurs, 18,9 % par la famille et moins de 5 % par des psychologues ou des assistantes sociales (tableau 20).

Tableau 20 : Personnes ayant aidé la dernière fois à l'arrêt de consommation d'alcool chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation d'alcool à risque ou une dépendance et ayant arrêté de consommer au moins sept jours, enquête Samenta, 2009.

<i>Type de professionnel ayant aidé à l'arrêt</i>	Ensemble (%) (n=29, N=1250)
Médecins	45,6
Associations d'anciens buveurs	32,6
Famille	18,9
Psychologue	4,3
Assistants sociales	2,4

Les types de structure dans lesquelles le sevrage a été réalisé sont des centres de cure dans 29,4 % des cas, des centres de cure ambulatoire en alcoologie pour 17,6 % et l'hôpital dans 9,5 % des cas (tableau 21). Dans plus de la moitié des situations, le sevrage n'a été réalisé dans aucune structure (la personne s'est sevrée toute seule). Cette proportion atteint 95,4 % chez les personnes ayant une consommation à risque, versus 51,2 % chez les personnes dépendantes.

Parmi les personnes ayant une consommation problématique d'alcool et ayant arrêté totalement d'en consommer pendant au moins sept jours, seules 14,6 % déclarent avoir été suivies après leur dernier sevrage (seules ou dans une structure).

Tableau 21 : Lieu du dernier sevrage chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation d'alcool à risque ou une dépendance et ayant arrêté de consommer au moins sept jours, enquête Samenta, 2009.

<i>Type de lieu du dernier sevrage</i>	Alcoolisation à risque (%) (n=15, N=354)	Dépendance à l'alcool (%) (n=55, N=2067)	Ensemble (%) (n=70, N=2421)
Aucun lieu car sevrage seul	95,4	51,2	57,7
Centre de cure	1,7	34,1	29,4
Centre de cure ambulatoire en alcoologie	0	20,6	17,6
Hôpital	2,9	10,7	9,5

Les principales raisons évoquées pour la réussite d'un sevrage alcoolique par les personnes avec une consommation d'alcool problématique (à risque ou dépendance) ayant déjà arrêté leur consommation au moins sept jours, sont en lien avec le fait de retrouver une place dans la société (tableau 22). En effet, les raisons les plus fréquemment citées pour la réussite du sevrage sont le fait de retrouver une activité (ne plus s'ennuyer : 28,2 %, avoir un travail : 13,5 %), de s'éloigner de la vie dans la rue (ne pas retourner à la rue : 21,8 % ; avoir un logement (13,8 %), de nouer des relations affectives (12,8 %). Les raisons liées au traitement lui-même concernent un quart des réponses : ce sont d'abord le fait d'être prêt à arrêter (12,6 %), puis une prise en charge adaptée (8,8 %) et un maintien du soin (2,3 %).

Tableau 22 : Raisons évoquées pour réussir un sevrage alcoolique chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation d'alcool à risque ou une dépendance et ayant déjà arrêté au moins sept jours, enquête Samenta, 2009.

<i>Raisons évoquées pour réussir un sevrage alcoolique*</i>	Alcoolisation à risque (%) (n=15, N=354)	Dépendance à l'alcool (%) (n=22, N=2067)	Ensemble (%) (n=70, N=2421)
Ne pas s'ennuyer	17,1	30,1	28,2
Ne pas retourner à la rue	0	25,6	21,8
Un logement	3,0	15,6	13,8
Un travail	12,2	13,7	13,5
Une relation affective	16,0	12,3	12,8
Etre prêt à arrêter	18,1	11,6	12,6
Une prise en charge adaptée	4,1	9,6	8,8
Ne pas retrouver les copains	0	3,3	2,8
Stabilité psychologique	0	3,3	2,8
Le maintien du soin	3,6	2,1	2,3
Un projet de vie	3,4	1,2	1,5
Ne sait pas	62,3	2,2	11,0

* Question ouverte

2. LE CANNABIS

Au cours de leur vie, 41,6 % des personnes sans logement personnel déclarent avoir expérimenté le cannabis (53,5 % d'hommes et 19,4 % de femmes). Elles sont 21,7 % à déclarer en avoir consommé au moins une fois au cours des douze derniers mois, dont 27,5 % d'hommes et 10,9 % de femmes.

A. LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE

La consommation régulière de cannabis concerne 16,1 % de la population (tableau A42, annexe). Elle est plus élevée dans le dispositif d'urgence avec une personne sur cinq qui en consomme (21,4 %), contre 13,8 % dans le dispositif d'insertion et moins de 3 % dans les hôtels sociaux (p=0,02).

La consommation régulière de cannabis concerne plus d'hommes que de femmes (21,4 % versus 6,1 %, p=0,003). Les personnes de moins de 30 ans représentent plus de la moitié de celles qui consomment régulièrement du cannabis (24,6 % des 18-25 ans et 31,9 % des 26-29 ans).

B. L'ARRÊT DE CONSOMMATION OU SEVRAGE

Les personnes qui ont une consommation régulière de cannabis sont plus de la moitié (56,9 %) à évoquer une difficulté d'arrêt de consommation : pour 39,7 % d'entre elles ce serait assez difficile, pour 15,3 % très difficile et pour 1,9 % impossible (tableau 23).

Tableau 23 : Fréquence des réponses à la question «Jusqu'à quel point ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer du cannabis ou de vivre sans ?» chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation régulière de cannabis, enquête Samenta, 2009.

<i>Degré de difficulté d'arrêt de consommation de cannabis</i>	Ensemble (%) (n=114 ; N=3406)
Facile	34,9
Assez difficile	39,7
Très difficile	15,3
Impossible	1,9
Pas de réponse	8,2

Depuis qu'elles sont sans domicile, près d'un tiers (31,9 %) des personnes ayant une consommation régulière déclare avoir déjà arrêté toute consommation de cannabis pendant au moins sept jours dans un but de sevrage. En moyenne, elles ont arrêté trois fois et demie.

Les raisons principales citées pour l'arrêt de consommation sont la crainte de devenir dépendant (45,7 %), le fait de ne plus supporter son image (29,4 %) et les effets néfastes avec son entourage (15,5 %) (tableau 24). Moins de 10 % évoquent des raisons financières. Les problèmes de santé sont cités par moins de 2 % des personnes. Signalons la fréquence de la réponse « Ne sait pas » (37,9 %)

Tableau 24 : Raisons évoquées pour l'arrêt de consommation de cannabis chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation régulière de cannabis et ayant arrêté au moins sept jours, enquête Samenta, 2009.

<i>Raisons d'arrêt de consommation de cannabis*</i>	Ensemble (%) (n=37, N= 1086)
Crainte de devenir dépendant	45,7
Ne supportait plus son image	29,4
Effets néfastes sur les relations amicales, familiales, amoureuses	15,5
Raisons financières	9,5
Pressions de la famille	3,5
Pour changer de vie	2,4
Problèmes de santé	1,8
Difficile de se procurer du cannabis	1,5
Ne sait pas	37,9

* Question ouverte

La principale raison citée pour réussir un sevrage du cannabis est le fait de se sentir prêt (47,8 %), un quart évoque la nécessité d'une prise en charge adaptée (24,8 %) (tableau 25). Une personne sur cinq conditionne cette réussite au fait d'avoir un projet de vie (21,3 %). Le logement (5,0 %), le travail (7,2 %) et l'activité en général (ne pas s'ennuyer : 1 %) sont les raisons le moins fréquemment citées.

Tableau 25 : Raisons évoquées pour réussir un sevrage du cannabis chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation régulière de cannabis et ayant arrêté au moins sept jours, enquête Samenta, 2009.

<i>Raisons évoquées pour réussir un sevrage de cannabis*</i>	Ensemble (%) (n=37, N= 1086)
Etre prêt à arrêter	47,8
Une prise en charge adaptée	24,8
Un projet de vie	21,3
Un travail	7,2
Un logement	5,0
Ne sait pas	2,9
Ne pas s'ennuyer	1,0

**Question ouverte*

La dernière fois qu'elles ont entrepris d'arrêter de consommer du cannabis, 98,1 % des personnes ayant une consommation régulière déclarent l'avoir fait seules.

3. LES AUTRES DROGUES ILLICITES

Dans la population sans domicile, les produits les plus expérimentés au cours de la vie sont : la cocaïne (10,3 %), l'ecstasy (8,1 %), les champignons hallucinogènes (7,4 %), le poppers (6,6 %), l'héroïne (6,3 %), les amphétamines et les médicaments détournés (5,9 %), le LSD (5,8 %). Les autres produits (crack, subutex, méthadone...) ont été expérimentés par moins de 5 % de la population. L'expérimentation de drogues illicites concerne davantage les hommes que les femmes.

La consommation de drogues illicites au cours des douze derniers mois est beaucoup plus faible. En effet, la prévalence pour la cocaïne est de 4 %, de 1,6 % pour le subutex, de 1,5 % pour les médicaments détournés de leur usage, de 1,2 % pour la méthadone et le crack, de 1,1 % pour l'héroïne et le poppers et de moins de 0,5 % pour les autres drogues (tableau 26). De ce fait, l'indicateur « consommation régulière » n'a pas pu être estimé. Il semble que la population sans domicile fréquentant les services d'aide soit peu consommatrice de substances psychoactives, autres que l'alcool et le cannabis.

Tableau 26 : Prévalence de la consommation de substances psychoactives illicites au cours de la vie et au cours des douze derniers mois par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Consommation de produits illicites</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Cocaïne			
Au moins 1 fois au cours de la vie	14,0 [9,0 ; 21,1]	3,4 [1,2 ; 8,9]	10,3 [6,8 ; 15,3]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	5,2 [2,8 ; 9,7]	1,8 [0,4 ; 8,4]	4,0 [2,2 ; 7,2]
Ecstasy			
Au moins 1 fois au cours de la vie	12,0 [6,5 ; 21,1]	1,0 [0,4 ; 2,3]	8,1 [4,4 ; 14,5]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	0,6 [0,1 ; 2,1]	0	0,4 [0,1 ; 1,4]
Champignons hallucinogènes			
Au moins 1 fois au cours de la vie	11,3 [6,3 ; 19,4]	0,2 [0,04 ; 0,7]	7,4 [4,1 ; 12,9]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	0,08 [0,02 ; 0,3]	0	0,05 [0,01 ; 0,2]
Poppers			
Au moins 1 fois au cours de la vie	8,3 [4,2 ; 15,9]	3,3 [1,2 ; 9,0]	6,6 [3,5 ; 11,9]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	1,5 [0,4 ; 5,6]	0,3 [0,04 ; 2,0]	1,1 [0,3 ; 3,7]
Héroïne			
Au moins 1 fois au cours de la vie	8,6 [4,4 ; 16,3]	2,1 [0,5 ; 8,0]	6,3 [3,4 ; 11,6]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	0,9 [0,2 ; 3,9]	1,5 [0,2 ; 9,3]	1,1 [0,3 ; 3,6]
Amphétamines			
Au moins 1 fois au cours de la vie	8,9 [4,2 ; 17,6]	0,3 [0,09 ; 1,0]	5,9 [2,8 ; 11,9]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	0,08 [0,02 ; 0,4]	0,07 [0 ; 0,5]	0,08 [0,02 ; 0,3]
Médicaments détournés de leur usage			
Au moins 1 fois au cours de la vie	6,9 [3,0 ; 14,9]	4,0 [1,5 ; 10,1]	5,9 [3,0 ; 11,1]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	1,1 [0,3 ; 4,0]	2,2 [0,6 ; 8,5]	1,5 [0,6 ; 3,8]
LSD			
Au moins 1 fois au cours de la vie	8,9 [4,2 ; 17,6]	0,1 [0,01 ; 0,7]	5,8 [2,7 ; 11,8]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	0,02 [0 ; 0,1]	0	0,01 [0 ; 0,08]
Crack			
Au moins 1 fois au cours de la vie	6,5 [2,6 ; 15,1]	0,4 [0,1 ; 1,8]	4,4 [1,8 ; 10,4]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	1,6 [0,5 ; 5,1]	0,4 [0,07 ; 1,9]	1,2 [0,4 ; 3,4]
Subutex			
Au moins 1 fois au cours de la vie	5,4 [2,3 ; 12,3]	2,0 [0,4 ; 8,2]	4,2 [1,9 ; 8,9]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	1,6 [0,5 ; 5,0]	1,5 [0,2 ; 9,3]	1,6 [0,6 ; 4,1]
Méthadone			
Au moins 1 fois au cours de la vie	3,8 [1,4 ; 9,9]	1,6 [0,3 ; 8,8]	3,0 [1,2 ; 7,2]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	1,0 [0,2 ; 4,4]	1,6 [0,3 ; 8,9]	1,2 [0,4 ; 3,8]
Kétamine			
Au moins 1 fois au cours de la vie	2,7 [0,5 ; 13,2]	0,1 [0,01 ; 0,7]	1,8 [0,3 ; 8,9]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	0,04 [0 ; 0,3]	0	0,02 [0 ; 0,2]
Sulfate de morphine			
Au moins 1 fois au cours de la vie	0,7 [1,2 ; 2,4]	0,2 [0,04 ; 0,7]	0,5 [0,2 ; 1,6]
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	0,3 [0,04 ; 2,0]	0,07 [0 ; 0,5]	0,2 [0,04 ; 1,2]

4. LES COMORBIDITÉS ENTRE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET ADDICTIONS

Des associations statistiquement significatives entre troubles psychiatriques et addictions ont été constatées (tableaux 27 et 27bis).

Les personnes atteintes de troubles psychotiques ont près de trois fois plus de risque d'avoir au moins une addiction (Odds ratio (OR) =2,9, p=0,04) (et le risque est près de cinq fois plus élevé pour celles atteintes de schizophrénie), et près de quatre fois plus de risque d'avoir une consommation d'alcool à risque (OR=3,6, p=0,04). Les personnes atteintes de schizophrénie ont près de quatre fois plus de risques d'avoir une consommation régulière de cannabis.

Les taux de comorbidité sont ainsi très élevés : près de la moitié (49,3 %) des personnes atteintes de troubles psychotiques présente une dépendance à au moins un produit psychoactif. Elles sont dépendantes à l'alcool dans 30,1 % des cas et consomment régulièrement du cannabis dans plus de 30 %.

Les personnes atteintes de troubles de la personnalité ou du comportement ont trois fois plus de risque (OR=3,2, p=0,06) d'être consommatrices de façon régulière de cannabis. On ne retrouve aucune association significative avec l'alcool.

Les taux de comorbidité sont importants : dans 42,6 % des cas il existe au moins une addiction, dans 31,5 % des cas une dépendance à l'alcool et dans plus de 30 % des cas une consommation régulière de cannabis.

Les personnes atteintes de trouble de l'humeur ont deux fois moins de risques d'avoir au moins une addiction que les personnes n'ayant pas ce type de trouble (OR=0,5, p=0,04). Parmi elles, les personnes ayant des troubles dépressifs (tout degré de gravité) ou des troubles dépressifs sévères, ne présentent aucune association significative avec des drogues ou l'alcool (consommation à risque et dépendance)

Les personnes ayant des troubles anxieux ont trois fois moins de risque d'avoir au moins une addiction et cinq fois moins de risque d'être dépendant à l'alcool que les personnes non atteintes. Il en est de même pour celles présentant une anxiété généralisée.

Tableau 27 : Taux de comorbidités entre troubles psychiatriques et addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France, enquête Samenta, 2009.

Dépendance / Consommation régulière	Troubles de l'humeur (%)			Troubles anxieux (%)			Troubles de la personnalité (%)			Troubles psychotiques (%)		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Au moins une addiction	18,2	31,6	0,04	12,3	30,8	0,02	42,8	24,8	0,1	49,3	25,4	0,04
Alcool	13,3	23,2	0,1	6,5	23,0	0,02	31,3	18,2	0,2	30,1	19,6	0,3
Cannabis	9,4	18,0	0,03	6,6	17,4	0,06	30,7	12,2	0,05	30,9	13,8	0,06

Pour rappel : Tr. humeur : n=188, N=4 762 - Tr. anxieux : n=112, N=2 594
Tr personnalité : n=150, N=4 465 - Tr. psychotiques : n=88, N=2 798

Tableau 27bis : Prévalence des comorbidités entre troubles psychiatriques et addictions et odds ratio chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Troubles	Au moins une addiction			Consommation d'alcool à risque			Dépendance à l'alcool			Consommation régulière de cannabis		
	%	OR [IC95%]	p	%	OR [IC95%]	p	%	OR [IC95%]	p	%	OR [IC95%]	p
Troubles de l'humeur	4,1	0,5 [0,2 ; 0,9]	0,04	0,9	0,4 [0,1 ; 1,4]	0,2	3	0,5 [0,2 ; 1,2]	0,1	2,1	0,5 [0,2 ; 0,9]	0,3
Troubles dépressifs	4,1	0,6 [0,3 ; 1,1]	0,1	0,9	0,5 [0,1 ; ,7]	0,3	3	0,6 [0,3 ; 1,4]	0,3	2,1	0,5 [0,3 ; 1,0]	0,07
Troubles dépressifs sévères	1,1	0,8 [0,3 ; 2,2]	0,6	0,8	2,6 [0,7 ; 9,9]	0,1	0,5	0,4 [0,2 ; 1,1]	0,08	0,8	1,2 [0,3 ; 3,9]	0,8
Troubles anxieux	1,5	0,3 [0,1 ; 0,9]	0,03	1,9	2,4 [0,6 ; 9,9]	0,2	0,8	0,2 [0,06 ; 0,8]	0,03	0,8	0,3 [0,1 ; 1,1]	0,07
Anxiété généralisée	0,1	0,04 [0,01 ; 0,3]	0,001	0,9	4,0 [0,3 ; 49,4]	0,3	0,05	0,04 [0,01 ; 0,4]	0,01	0,02	0,02 [0,01 ; 0,2]	0,07
Troubles de la personnalité	9	2,3 [0,7 ; 6,9]	0,1	2,9	2,4 [0,6 ; 9,0]	0,2	6,6	2,0 [0,7 ; 6,2]	0,2	6,5	3,2 [0,9 ; 10,8]	0,06
Troubles psychotiques	6,5	2,9 [1,0 ; 8,0]	0,04	2,6	3,6 [1,0 ; 19,2]	0,04	4	1,8 [0,5 ; 5,7]	0,3	4,1	2,8 [0,9 ; 8,5]	0,07
Schizophrénie	5,1	4,6 [1,5 ; 14,4]	0,01	1,2	2,2 [0,3 ; 16,3]	0,4	3,5	3,0 [0,8 ; 16,3]	0,09	3,2	3,8 [1,2 ; 12,7]	0,03

Lecture : La prévalence de comorbidité entre un trouble de l'humeur et au moins une addiction est de 4,1% dans la population ; les personnes ayant un trouble de l'humeur diagnostiqué ont deux fois moins de risque (OR=0,5) d'avoir au moins une addiction que celles n'ayant pas de trouble de l'humeur

5. LE TABAC

Plus de la moitié de la population fume quotidiennement du tabac, dont plus des deux tiers sont des hommes (tableau 28). Le nombre moyen de cigarettes par jour est de 18. Les personnes qui n'ont jamais fumé représentent 31,5 % de la population.

Tableau 28 : Consommation de tabac par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Fréquence de consommation	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Fume quotidiennement	68,6	25,4	53,5
Fume occasionnellement	4,3	6,2	4,9
Ne fume plus	10,4	9,6	10,1
N'a jamais fumé	16,8	58,9	31,5

Les personnes atteintes de troubles de la personnalité ou de troubles psychotiques ont une consommation quotidienne de tabac significativement plus élevée que celles n'ayant pas ces troubles (respectivement 71,1 % et 77,2 % versus 48,8 % et 49,9 %) (tableau 29).

Tableau 29 : Fréquence de la consommation quotidienne de tabac chez les personnes sans logement personnel atteintes de troubles psychiatriques d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Consommation quotidienne</i>	Troubles de l'humeur (%)			Troubles anxieux (%)			Troubles de la personnalité (%)			Troubles psychotiques (%)		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Tabac	56,2	52,7	0,5	34,9	56,1	0,2	71,1	48,8	0,03	77,2	49,9	0,004

Pour rappel : Tr. humeur : n=188, N=4 762

- Tr. anxieux : n=112, N=2 594

Tr personnalité : n=150, N=4 465

- Tr. psychotiques : n=88, N=2 798

VI. Le recours aux soins psychiatriques

Dans ce chapitre, trois aspects du recours aux soins pour des motifs de santé mentale sont étudiés : le recours aux soins vie entière, le suivi actuel et enfin la rupture avec le système de soins.

Nous avons étudié le recours aux soins en psychiatrie, chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques issus d'au moins une de ces quatre catégories :

- Les personnes ayant au moins un trouble psychotique
- Les personnes ayant au moins un trouble sévère de l'humeur
- Les personnes ayant au moins un trouble anxieux
- Les personnes ayant au moins un trouble non sévère de l'humeur

Certaines personnes peuvent présenter plusieurs types de troubles, « diagnostiqués » par les psychiatres de l'étude selon la méthodologie décrite dans les chapitres précédents.

1. LE RECOURS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

Un recours aux soins psychiatriques au cours de la vie entière est défini par le fait d'avoir au moins une fois, pour des raisons de santé mentale, ou 1/ consulté un professionnel de santé (médecin généraliste, psychiatre, psychologue ou infirmier), ou 2/ été hospitalisé en psychiatrie quel que soit le mode légal, ou 3/ pris des médicaments psychotropes prescrits par un médecin.

Le taux de recours aux soins psychiatriques vie entière ainsi défini est estimé à 68,2 % chez les personnes présentant un trouble psychotique, de l'humeur ou anxieux. Il est de 40,5 % chez les personnes ne présentant aucun de ces troubles (différence statistiquement significative).

Les taux de recours aux soins par type de recours (consultations / traitements médicamenteux / hospitalisations) figurent au tableau 30.

Tableau 30 : Répartition des différents types de recours aux soins vie entière pour motif de santé mentale chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France présentant des troubles psychiatriques, enquête Samenta, 2009.

<i>Recours aux soins</i>	Troubles psychiatriques (%) (n=362, N=9603)
A déjà consulté pour des problèmes émotifs, psychologiques, psychiatriques ou de comportement	63,1
A déjà pris des médicaments pour les nerfs, des tranquillisants, des somnifères, des antidépresseurs ou des neuroleptiques prescrits par un médecin	40,6
A déjà été hospitalisé pour des motifs de santé mentale	23,8
A déjà été hospitalisé au moins une fois sous contrainte (HO/HdT)	18,0

Les différents types de recours aux soins vie entière selon la nature des troubles figurent au tableau 31. L'utilisation de chaque type de recours n'est pas associée à la nature du trouble mental¹⁶.

Tableau 31 : Répartition des différents recours aux soins vie entière pour motif de santé mentale en fonction des troubles chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France présentant des troubles psychiatriques (N=9603), enquête Samenta, 2009.

<i>Recours aux soins</i>	Troubles psychotiques (%) (n=88, N=2798)	Troubles sévères de l'humeur (%) (n=67, N=1420)	Troubles anxieux (%) (n= 112, N=2594)	Troubles non sévères de l'humeur (%) (n=121, N=3341)
Consultation auprès d'un professionnel de santé	68,1	70,7	72,2	49,1
Prise de médicaments prescrits par un médecin	47,7	51,6	30,3	65,5
Déjà été hospitalisé en psychiatrie	36,9	16,7	8,7	32,6
Hospitalisé au moins 1 fois sous contrainte	34,1	5,0	4,4	19,1

Lecture : Parmi les personnes présentant des troubles psychotiques, 68,1% ont déjà consulté un professionnel de santé, 47,7% ont déjà pris des médicaments, 36,9% ont déjà été hospitalisé en psychiatrie ...

Même si ces chiffres de recours aux soins vie entière pour des motifs de santé mentale peuvent paraître élevés, il apparaît que 22,9 % des personnes avec un trouble mental (trouble psychotique, de l'humeur, ou anxieux) « diagnostiqué » par les psychiatres n'ont jamais eu de recours aux soins.

Le taux d'absence de recours aux soins n'est pas statistiquement lié à la nature du diagnostic. Ces taux sont de 25,6 % pour les personnes ayant des troubles psychotiques, 28 % pour celles ayant des

16. Pour mesurer l'influence de la nature du diagnostic sur le type de recours, nous avons utilisé des régressions logistiques, afin de prendre en compte le fait que les patients pouvaient présenter plusieurs troubles mentaux. Chaque type de recours était la variable à expliquer et les diagnostics, les variables explicatives.

troubles sévères de l'humeur, 22,2 % pour celles avec des troubles anxieux et 18,2 % pour celles ayant des troubles non sévères de l'humeur.

2. LE SUIVI ACTUEL

Pour les acteurs de santé, une question déterminante du recours aux soins est de préciser la part des personnes qui sont effectivement prises en charge parmi celles ayant un besoin théorique de soins (dans la mesure où un diagnostic a été posé par un psychiatre).

Il s'avère que seules 18,2 % des personnes avec un trouble psychiatrique (trouble psychotique, de l'humeur ou anxieux) « diagnostiqué » par les psychiatres de notre étude déclarent être suivies au moment de l'enquête. Parmi ces personnes, celles ayant un trouble psychotique ont un suivi significativement plus fréquent, en tenant compte des comorbidités, puisqu'il concerne alors 37,7 % des personnes concernées (tableau 32).

Tableau 32 : Suivi en cours en fonction des troubles chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France présentant des troubles psychiatriques (N=1750), enquête Samenta, 2009.

	Troubles psychotiques (%) (n=88,N=2798)	Troubles sévères de l'humeur (%) (n=67,N=1420)	Troubles anxieux (%) (n=112,N=2594)	Troubles non sévères de l'humeur (%) (n=121,N=3341)
Suivi en cours	37,7 *	13,4	8,4	13,2

* Régression logistique : OR=11,8 [1.6-89,1] p = 0,02

Les facteurs associés significativement à un suivi en cours plus fréquent sont le fait d'être une femme, d'avoir une couverture sociale, d'être suivi pour une maladie chronique. A contrario, les personnes âgées de plus de 42 ans et les personnes vivant en hôtel semblent moins suivies.

Les personnes déclarant être en cours de prise en charge au moment de l'enquête consultent principalement dans le système de soins public : 37 % dans les centres médico-psychologiques et 23 % à l'hôpital ; mais aussi de façon non négligeable dans les cabinets de ville (25 %). Moins de 10 % sont suivies dans les associations ou les centres d'hébergement.

Parmi ces personnes suivies, 63,3 % ont pris un traitement dans le mois précédent, ce qui concerne environ les trois quarts des personnes présentant des troubles psychotiques, des troubles sévères de l'humeur ou des troubles anxieux et seulement un tiers des personnes avec un trouble non sévère de l'humeur (tableau 33).

Tableau 33 : Prise de médicaments au cours du mois précédent en fonction des troubles chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France présentant des troubles psychiatriques et ayant un suivi en cours (N=1750), enquête Samenta, 2009.

	Troubles psychotiques (%) (n=37,N=1022)	Troubles sévères de l'humeur (%) (n=19,N=190)	Troubles anxieux (%) (n=19,N=218)	Troubles non sévères de l'humeur (%) (n= 15,N=441)
Prise de médicaments le mois précédent	75,2	73,0	76,6	32,0

3. LA RUPTURE AVEC LE SYSTÈME DE SOINS

A. LA RUPTURE DU SUIVI

De nombreuses pathologies psychiatriques, comme les troubles psychotiques ou certains troubles de l'humeur, sont des affections chroniques. Il est donc essentiel de décrire la trajectoire de soins des patients afin de déterminer si les personnes qui ont eu un contact avec le système de soins ont été en mesure de s'y ancrer. Pour cela, la notion de « rupture de soins » a été définie ici comme étant le fait d'avoir déjà eu un recours aux soins dans sa vie et de ne plus être en cours de suivi actuel.

Chez l'ensemble des personnes présentant des troubles psychotiques, de l'humeur ou anxieux, 71,8 % des personnes sont en rupture de soins au sens donné précédemment. Le fait de présenter un trouble psychotique est associé à un risque moins élevé de rupture, même si les taux de rupture restent très élevés (41,8 %) (tableau 34).

L'étude des facteurs potentiellement associés à cette rupture montre que la rupture des soins est significativement plus fréquente pour les personnes âgées de plus de 42 ans, les hommes, les personnes privées de couverture sociale, les personnes qui ne ressentent pas de gêne fonctionnelle d'origine psychique et les personnes vivant à l'hôtel (donnée presque significative).

Tableau 34 : Rupture de suivi en fonction des troubles chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France présentant des troubles psychiatriques (N=5 653), enquête Samenta, 2009.

	Troubles psychotiques (%) (n=22,N=799)	Troubles sévères de l'humeur (%) (n=25,N=819)	Troubles anxieux (%) (n=45,N=1666)	Troubles non sévères de l'humeur (%) (n=54,N=1666)
Rupture de suivi	41,8 *	81,1	88,5	78,8

* Régression logistique OR=0.07 [0.01-0.60] p = 0,01

B. LA RUPTURE DE TRAITEMENT

Un autre élément classiquement décrit quand on étudie la continuité des soins est l'observance du traitement. Cet élément peut paraître d'autant plus critique dans la population qui nous intéresse, car vivre dans des conditions difficiles peut rendre plus aléatoire la prise régulière d'un traitement. On a

pu évoquer des difficultés financières, des difficultés liées à la peur d'être stigmatisé, des vols de traitement ou des détournements de médicaments comme monnaie d'échange (Mercuel, 2008).

Dans Samenta, 47,8 % des personnes présentant des troubles psychotiques, de l'humeur ou anxieux, ont un jour arrêté le traitement prescrit avant la fin de celui-ci.

La première raison citée pour l'arrêt du traitement est le de fait de « [se sentir bien, de ne pas en avoir besoin] » (26,8 %). Sont mentionnés ensuite une inefficacité du traitement (24,1 %), puis des causes évoquant une forte contrainte (19,5 %) ou des effets secondaires (18,1 %) (tableau 35). Moins de 1 % des personnes ont évoqué des problèmes financiers, un problème de vol, ou une crainte d'être vue pour expliquer l'arrêt du traitement, qui sont des raisons que l'ont pourrait qualifier de « liées à la rue ». Parmi les personnes ayant arrêté leur traitement, 40,9 % déclaraient avoir repris leur traitement, les causes évoquées étaient pour 95,9 % d'entre elles le fait « de se sentir trop mal » et pour 3,3 % une meilleure information sur leur maladie.

Tableau 35 : Motifs d'arrêt de traitement chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France présentant des troubles psychiatriques et ayant déjà pris un traitement (N=5500), enquête Samenta, 2009.

<i>Motifs</i>	Personnes ayant des troubles psychiatriques et ayant déjà pris un traitement (%) (n=168, N=5500)
Se sentait bien, n'en n'avait pas besoin	26,8
Trouvait le traitement non efficace	24,1
Trouvait le traitement trop contraignant	19,5
Déplorait les effets secondaires	18,1
Ne voulait pas être dépendant	7,4
Trouvait le traitement toxique	2,1

VII. Les 18-25 ans : troubles psychiatriques et addictions

Les jeunes franciliens de 18 à 25 ans sans logement personnel représentent 17 % des adultes francophones fréquentant les services d'aide d'Ile-de-France (soit 3 619 personnes IC95 % [2 550 ; 4 688]) (tableau A44, annexe). Parmi eux, 57,2 % sont des femmes (soit 2 069 femmes IC95 % [1 089 ; 3 049]).

1. LA DESCRIPTION DE LA POPULATION

A. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel sont nés à l'étranger pour 31,3 % d'entre eux (tableau A44, annexe). Les jeunes nés à l'étranger ne diffèrent pas selon le sexe et l'âge avec les jeunes nés en France. Parmi les jeunes nés à l'étranger, plus des trois quarts sont nés en Afrique subsaharienne (77,1 %). Parmi les jeunes nés en France, 60 % sont nés en Ile-de-France et 20 % dans les DOM-TOM.

Les jeunes adultes francophones sans logement personnel de moins de 25 ans sont hébergés principalement dans le dispositif d'insertion (64 %) (tableau A44, annexe).

Plus de la moitié des jeunes a arrêté ses études à la fin du premier cycle. Le niveau d'étude diffère selon le lieu de naissance (14 % des jeunes nés à l'étranger ont un niveau d'étude supérieur versus 0,8 % des jeunes nés en France, $p<0,01$).

La grande majorité des jeunes est célibataire (90,9 %), 7,3 % ont été mariés une fois, 0,9 % sont divorcés ou séparés et 0,9 % sont veufs. Plus des deux tiers vivent seuls (tableau A44, annexe). Un jeune sur cinq vit seul avec un enfant. Les femmes ont plus fréquemment au moins un enfant que les hommes, elles sont même majoritairement dans cette situation (51,1 % versus 8,3 %, $p<0,01$). Les personnes nées à l'étranger ont plus souvent au moins un enfant (58,9 % versus 21,5 %, $p=0,001$). Les femmes vivent plus souvent avec au moins un de leurs enfants que les hommes : quand elles en ont, elles sont presque toutes dans cette situation alors que les trois quarts des hommes dans cette situation ne vivent avec aucun d'entre eux (92,3 % versus 24,2 % vivent avec au moins l'un de leurs enfants, $p<0,01$).

B. LES ÉVÉNEMENTS MARQUANTS DURANT LA VIE CHEZ LES PARENTS, LES PERSONNES OU LES INSTITUTIONS QUI LES HÉBERGEAIENT

Durant leur enfance, 26 % des jeunes ont été placés même provisoirement et 15,7 % d'entre eux n'ont jamais vécu avec leurs parents (tableau 36). Près de 30 % ont fugué et plus d'un quart a été suivi par un juge des enfants avant l'âge de 18 ans.

Les violences vécues durant l'enfance sont nombreuses et diverses. En effet, 44,5 % ont été confrontés à de graves disputes entre leurs parents, 24,6 % ont subi des violences psychologiques ou morales, 23,2 % des violences physiques marquantes, 19 % des violences sexuelles et 7,6 % ont vécu dans une zone de guerre ou de conflit. Près d'un quart des jeunes déclare que ses parents avaient des difficultés matérielles (problèmes de logement, d'argent).

Tableau 36 : Événements de vie marquants chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France durant la vie chez les parents ou chez les personnes ou les institutions qui les hébergeaient , enquête Samenta, 2009.

<i>Evènements de vie</i>	Ensemble (%) (n=222, N=3619)
Graves disputes des parents	44,5
Graves problèmes de santé des parents	41,1
Problèmes d'alcool ou de drogues des parents	29,0
Fugue	27,8
Suivi par un juge des enfants	26,9
Placement même temporaire	26,0
Graves problèmes de logement des parents	25,9
Victime de violences psychologiques ou morales répétées	24,6
Graves problèmes d'argent des parents	24,1
Victime de violences physiques marquantes, régulières, répétées	23,2
Victime de violences sexuelles	19,0
Placement long dans une famille d'accueil, institution, foyer	15,7
Prison	11,2
Condamné en justice	8,3
Vécu dans une zone de guerre ou de conflit	7,6

C. LA SANTÉ

i. La santé ressentie

Les jeunes sont près d'un tiers (30,0 %) à considérer leur état de santé général mauvais ou très mauvais, et près de la moitié (47,1 %) considèrent leur état de santé psychologique comme mauvais ou très mauvais (tableau 37). Il n'y a pas de différence selon le sexe.

Tableau 37 : Ressenti de l'état de santé général et psychologique chez jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Etat de santé</i>	Général (%) (n=222, N=3619)	Psychologique (%) (n=222, N=3619)
Très bon / bon	14,8	13,0
Moyen	55,2	39,9
Mauvais / Très mauvais	30,0	47,1

ii. La couverture maladie

Près de 90 % des jeunes ont une couverture maladie (tableau A44, annexe). Plus de la moitié (57,1 %) bénéficie de la couverture maladie universelle (CMU). Près d'un jeune sur dix déclare, en revanche, n'avoir aucune couverture maladie.

iii. Les maladies chroniques

Près d'un jeune sur cinq de 18 à 25 ans (18,6 %) déclare souffrir d'au moins une maladie chronique (tableau 38). Les jeunes hommes déclarent plus souvent une maladie chronique que les jeunes femmes (31,2 % versus 9,2 %, $p=0,04$).

Les maladies chroniques les plus citées sont les maladies psychiques, qui affectent 7,2 % de la population, significativement beaucoup plus souvent les jeunes hommes (16,1 % versus 0,5 % pour les jeunes femmes, $p<0,01$), les maladies respiratoires ou ORL (6,8 %), l'hypertension (4,1 %) et l'infection à VIH (1,5 %).

Tableau 38 : Distribution des principales maladies chroniques par sexe chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Maladies chroniques</i>	Homme (%) (n=77, N=1546)	Femme (%) (n=143, N=2066)	Ensemble (%) (n=220, N=3611)
Au moins une maladie chronique *	31,2	9,2	18,6
Maladie psychique *	16,1	0,5	7,2
Maladie respiratoire ou ORL	11,5	3,3	6,8
Hypertension	9,5	0	4,1
VIH	0	2,6	1,5

* $p<0,05$

Indépendamment de la présence d'une maladie chronique, 29,5 % déclarent avoir un traitement régulier et 23 % un suivi régulier pour raison médicale.

iv. Le recours aux soins

Parmi les jeunes de 18 à 25 ans, les trois quarts (74,4 %) ont consulté un médecin dans les six derniers mois, dont 46 % au cours du dernier mois. Ils sont 10% à ne pas avoir consulté de médecin depuis plus d'un an. Parmi eux, 27,8 % déclarent avoir eu un problème de santé au cours des douze derniers mois et ne pas avoir consulté de médecin pour raison financière dans 90,9 % des cas.

Le principal lieu de consultation médicale chez les jeunes est le cabinet de médecine privée (62,3 %), viennent ensuite les consultations dans un hôpital (16,0 %), les consultations dans un dispensaire ou un centre médical (13,7 %) et les consultations aux urgences (3,9 %). Les autres lieux ne sont que très rarement cités (1,6 % pour les consultations dans les associations et moins de 1 % pour tous les autres types de structures).

2. LA PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

A. LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES SÉVÈRES

Parmi les jeunes sans logement personnel, 39,7 % présentent au moins un trouble psychiatrique sévère (tableau 39). Les troubles psychotiques ont été repérés chez 16,9 % d'entre eux (dont 16,5 % de schizophrénies), les troubles sévères de l'humeur chez 8,9 % et les troubles anxieux chez 16,5 %. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.

Tableau 39 : Répartition des troubles psychiatriques sévères par sexe chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

B. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Un tiers des jeunes de 18-25 ans présente un trouble de la personnalité (tableau 40). Les hommes sont plus concernés que les femmes (46,7 % versus 21,5 %, $p=0,07$).

Tableau 40 : Répartition des troubles de la personnalité par sexe chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Troubles	Homme (%) (n=78, N=1550)	Femme (%) (n=144, N=2069)	Ensemble (%) (n=222, N=3619)
Troubles de la personnalité	46,7	21,5	32,3

C. LES TROUBLES NON SÉVÈRES DE L'HUMEUR

Des troubles non sévères de l'humeur ont été repérés chez 12,7 % des jeunes. Les jeunes femmes en souffrent plus que les jeunes hommes (19,9 % versus 3,1 %, $p<0,01$) (tableau 41).

Tableau 41 : Répartition des troubles non sévères de l'humeur par sexe chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Troubles	Homme (%) (n=78, N=1550)	Femme (%) (n=144, N=2069)	Ensemble (%) (n=222, N=3619)
Troubles non sévères de l'humeur *	3,1	19,9	12,7

* $p<0,01$

3. PRÉVALENCE DES ADDICTIONS

La dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicament détourné de leur usage) concerne 37,6 % des jeunes de 18 à 25 ans. Il n'y a pas de différence significative par sexe (tableau 42).

Tableau 42 : Fréquence de consommation régulière d'au moins une substance psychoactive par sexe chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Addictions	Homme (%) (n=78, N=1550)	Femme (%) (n=144, N=2069)	Ensemble (%) (n=222, N=3619)
Au moins 1 addiction (alcool ou drogues illicites ou médicaments)	46,6	30,9	37,6

A. L'ALCOOL

Au cours de leur vie, 83,3 % des jeunes de 18-25 sans logement personnel déclarent avoir bu au moins une fois des boissons alcoolisées (92,4 % des hommes et 76,6 % des femmes). Au cours des douze derniers mois, ils sont 82,6 % à déclarer avoir consommé au moins une fois de l'alcool.

i. La consommation à risque

Près d'un jeune sur cinq de 18 à 25 ans (18,6 %) présente une consommation d'alcool à risque, les hommes ont plus souvent une consommation à risque que les femmes (35,3 % versus 6,1 %, $p=0,005$) (tableau 43).

ii. La dépendance

Un jeune sur cinq (20,5 %) est dépendant à l'alcool (tableau 43). On n'observe pas de différence significative selon le sexe.

Tableau 43 : Fréquence de consommation à risque ou de dépendance à l'alcool par sexe chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Consommation d'alcool	Homme (%) (n=78, N=1550)	Femme (%) (n=144, N=2069)	Ensemble (%) (n=222, N=3619)
Consommation à risque *	35,3	6,1	18,6
Dépendance	11,8	27,1	20,5

* $p < 0.01$

iii. L'arrêt de consommation ou le sevrage

Plus de 95 % des jeunes ayant une consommation d'alcool à risque déclarent pouvoir arrêter d'en consommer facilement (tableau 44). Plus de la moitié des jeunes ayant une dépendance à l'alcool évoque une difficulté d'arrêt de consommation : pour 45,9 % ce serait assez difficile, pour 2,8 % très difficile et pour 2,7 % impossible.

Tableau 44 : Fréquence des réponses à la question «Jusqu'à quel point ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer de l'alcool ou de vivre sans ?» chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation d'alcool à risque ou de dépendance, enquête Samenta, 2009.

<i>Degré de difficulté d'arrêt de consommation d'alcool</i>	Alcoolisation à risque (%) (n=19, N=673)	Dépendance à l'alcool (%) (n=24, N=742)	Ensemble (%) (n=43, N=1415)
Facile	97,1	43,6	69,0
Assez difficile	0	45,9	24,1
Très difficile	0	2,8	1,5
Impossible	0	2,7	1,4
Ne sait pas	0	2,1	1,1
Pas de réponse	2,9	2,9	2,9

Depuis qu'ils sont sans domicile, 28,4 % des jeunes ayant une consommation à risque ou une dépendance déclarent avoir déjà arrêté toute consommation d'alcool pendant au moins sept jours dans un but de sevrage alcoolique : cela concerne 33,8 % de ceux présentant une consommation à risque et 23,6 % de ceux présentant une dépendance.

B. LE CANNABIS

Au cours de leur vie, la moitié des jeunes sans logement personnel (50,6 %) déclare avoir expérimenté le cannabis (61,9 % d'hommes et 42,1 % de femmes). Ils sont 35,3 % à déclarer en avoir consommé au moins une fois au cours des douze derniers mois, dont 39,9 % d'hommes et 31,9 % de femmes.

i. La consommation régulière

Au cours des douze derniers mois, plus d'un tiers des jeunes a consommé du cannabis, un quart en consomme régulièrement (tableau 45). Il n'y a pas de différence selon le sexe.

Tableau 45 : Fréquence de consommation de cannabis par sexe chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Consommation de cannabis</i>	Homme (%) (n=78, N=1550)	Femme (%) (n=144, N=2069)	Ensemble (%) (n=222, N=3619)
Consommation sur les 12 derniers mois	39,9	31,9	35,3
Consommation régulière	35,0	16,9	24,6

ii. L'arrêt de consommation ou le sevrage:

Les jeunes qui ont une consommation régulière de cannabis sont près de 70 % à évoquer une difficulté d'arrêt de consommation : pour 41,3 % ce serait assez difficile, pour 26,6 % très difficile et pour 2 % impossible (tableau 46).

Tableau 46 : Fréquence des réponses à la question «Jusqu'à quel point ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer du cannabis ou de vivre sans ?» chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France ayant une consommation régulière de cannabis, enquête Samenta, 2009

Degré de difficulté d'arrêt de consommation de cannabis	Ensemble (%) (n=41, N=891)
Facile	28,8
Assez difficile	41,3
Très difficile	26,6
Impossible	2,0
Pas de réponse	1,4

Depuis qu'ils sont sans domicile, 40,9 % des 18-25 ans déclarent avoir déjà arrêté toute consommation de cannabis pendant au moins sept jours dans un but de sevrage.

C. LES AUTRES DROGUES ILLICITES

Concernant la consommation au cours des douze derniers mois des autres drogues, la fréquence est extrêmement faible : la cocaïne a été consommée dans les douze derniers mois par neuf personnes de l'échantillon et seules trois personnes sont concernées par les autres drogues, de plus, une d'entre elle est « polyconsommatrice ». On ne peut donc pas estimer la prévalence de consommation de substances psychoactives, autres que celles de l'alcool et du cannabis, chez les jeunes de 18 à 25 ans sans domicile.

4. LES COMORBIDITÉS ENTRE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET ADDICTIONS

On observe des co-morbidités entre troubles psychiatriques et addictions chez les jeunes de 18 à 25 ans (tableau 47).

Près de neuf jeunes sur dix (88,1 %) atteints de troubles psychotiques présentent une dépendance à au moins un produit psychoactif contre moins de 30 % des jeunes non atteints par ces troubles ($p<0,01$). Ils sont dépendants à l'alcool et présentant une consommation régulière de cannabis dans plus de 40 % des cas.

Les jeunes ayant des troubles anxieux, à l'inverse, présentent significativement souvent moins une addiction que ceux non atteints de ces troubles (5,0 % versus 44,1 %, $p<0,01$), que ce soit en terme de dépendance à l'alcool ou de consommation régulière de cannabis (tableau 47).

Les jeunes atteints de troubles de la personnalité ou du comportement présentent au moins une addiction dans 47,8 % des cas, 23,9 % sont dépendants à l'alcool et 34,5 % consomment régulièrement du cannabis.

Près d'un jeune sur cinq souffrant de troubles de l'humeur présente au moins une addiction, près d'un sur dix est dépendant à l'alcool et près d'un sur cinq consomme régulièrement du cannabis.

Tableau 47 : Taux de comorbidités entre troubles psychiatriques et addictions chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Dépendance / Consommation régulière	Troubles de l'humeur (%)			Troubles anxieux (%)			Troubles de la personnalité (%)			Troubles psychotiques (%)		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Au moins une addiction	19,0	42,8	0,2	5,0	44,1	<0,01	47,8	32,8	0,5	88,1	27,4	<0,01
Alcool	9,3	23,6	0,2	4,7	23,6	0,03	23,9	18,9	0,8	44,4	15,7	0,1
Cannabis	19,0	26,2	0,7	1,8	29,1	<0,01	34,5	19,9	0,4	43,7	20,8	0,3

Pour rappel : Tr. humeur : n=58, N=782 - Tr. anxieux : n=36, N=597
Tr personnalité : n=49, N=1 169 - Tr. psychotiques : n=14, N=611

5. LE SUIVI ACTUEL CHEZ LES JEUNES DE 18 À 25 ANS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Les jeunes franciliens atteints de troubles psychotiques paraissent plus suivis que les personnes sans logement personnel des classes d'âge plus élevées : ils ont déclaré un suivi en cours dans 70,7 % des cas (tableau 48). Les jeunes ayant un trouble de la personnalité ont un suivi en cours dans 37,2 % des cas. Les jeunes souffrant de troubles de l'humeur et ceux souffrant de troubles anxieux se disent suivis dans un cas sur dix.

Tableau 48 : Suivi actuel en fonction des troubles chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France ayant des troubles psychiatriques, enquête Samenta, 2009.

	Troubles de l'humeur (%) (n=58, N=782)	Troubles anxieux (%) (n=36, N=597)	Troubles de la personnalité (%) (n=49, N=1169)	Troubles psychotiques (%) (n=14, N=611)
Suivi actuel	12,2	8,8	37,2	70,7

Cependant, la co-morbidité avec au moins une addiction à l'alcool ou à une drogue illicite montre que, pour les jeunes souffrant de troubles anxieux ou de troubles de la personnalité, le suivi n'est pas forcément en lien direct avec le trouble, mais probablement avec la prise de produits.

En effet, les jeunes ayant des troubles anxieux et ayant au moins une addiction sont suivis dans 34,4 % des cas, ce qui est significativement plus que ceux n'ayant pas d'addictions ($p=0,03$). Il en est de même pour les jeunes souffrant de troubles de la personnalité et ayant au moins une addiction qui sont suivis dans 72,9 % des cas, ce qui est là aussi significativement plus que pour ceux n'ayant pas d'addiction (27,2 %, $p<0,01$).

Les jeunes présentant des troubles psychotiques et au moins une addiction, sont suivis dans 74,4 % des cas versus 43,5 % des jeunes ayant un trouble psychotique sans addiction (différence non significative).

6. LE TABAC

Plus de la moitié (53,3 %) des jeunes fume quotidiennement du tabac (tableau 49). Il n'y a pas de différence selon le sexe. Le nombre moyen de cigarettes par jour est de treize ($\pm 1,5$).

Tableau 49 : Consommation de tabac chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Consommation de tabac</i>	Homme (%) (n=78, N=1550)	Femme (%) (n=144, N=2069)	Ensemble (%) (n=222, N=3619)
Fume quotidiennement	65,7	44,1	53,3
Fume occasionnellement	10,9	7,0	8,6
Ne fume plus	0,09	4,2	2,4
N'a jamais fumé	23,3	44,7	35,6

Les jeunes atteints de troubles psychotiques présentent une consommation quotidienne de tabac plus élevée que ceux n'ayant pas ces troubles (93 % versus 45,3 %) (tableau 50).

Tableau 50 : Fréquence des associations entre troubles et tabac chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Consommation quotidienne</i>	Troubles de l'humeur (%)			Troubles anxieux (%)			Troubles de la personnalité (%)			Troubles psychotiques (%)		
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p
Tabac	33,6	58,8	0,3	44,9	55,0	0,6	65,3	47,6	0,4	93,0	45,3	<0,01

Pour rappel : Tr. humeur : n=58, N=782

- Tr. anxieux : n=36, N=597

Tr personnalité : n=49, N=1 169

- Tr. psychotiques : n=14, N=611

VIII. Discussion

Ce rapport s'est attaché principalement à la description des prévalences des troubles psychiatriques et des addictions de la population sans logement personnel en Ile-de-France, conformément à l'objectif principal de la mission confiée par la Préfecture de Paris et la Mairie de Paris. Le croisement des données médicales et des données recueillies sur la situation et le parcours social des personnes, autre objectif important, est en cours d'analyse. Il fera l'objet de publications courant 2010.

Dans cette partie, nous allons comparer les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes sans logement personnel avec celles d'enquêtes antérieures, ainsi qu'avec la population résidant en ménage ordinaire, par le biais des enquêtes en population générale.

Mais il faut d'emblée souligner une limite de cette étude, ressortissant à la taille de l'échantillon. Dans certains cas, les comparaisons dans des sous-groupes ne nous permettent pas de conclure par manque de puissance statistique.

A. DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA POPULATION

Modification des caractéristiques sociodémographiques de la population sans logement en Ile-de-France entre 2001 et 2009

La méthodologie de l'enquête a permis d'estimer la taille de la population des personnes adultes francophones sans logement personnel fréquentant les services d'aide en Ile-de-France, sur une semaine moyenne de la période d'enquête. Cette estimation est de 21 176 personnes, elle est supérieure à l'estimation obtenue dans le cadre de l'enquête de l'Insee en 2001 (SD2001) pour l'agglomération parisienne (Debras, 2002). Cependant, à champ d'enquête égal¹⁷, le nombre d'adultes francophones est estimé à 17 333 [13 967; 20 700] comparé à 15 000¹⁸ dans SD2001, soit une augmentation non significative de 14 %.

Cette méthodologie d'étude, basée sur un tirage aléatoire de prestations dont le nombre est inférieur à la taille de la population demandeuse n'estime donc que la partie de la population qui a eu accès à ces services durant la période d'étude. Ainsi les personnes dont la demande n'est pas pourvue par

17. C'est-à-dire sans les accueils de jour inclus dans Samenta, trois villes ne faisant pas partie de l'agglomération parisienne (Maincy (77) Meaux (77) Bois le Roi (77)) et une ville (Le Raincy (93)) qui ne comptait pas de centre d'hébergement en 2001.

18. N'ayant pas accès aux intervalles de confiance des estimations dans les publications de l'enquête SD2001 pour l'agglomération parisienne, nous avons regardé si l'estimation donnée dans SD2001 était comprise dans l'intervalle de confiance de l'estimation donnée dans Samenta.

manque de places, et celles sans solution d'hébergement qui ne font pas de demandes, ne sont pas prises en compte dans cette estimation. Le renouvellement de cette enquête selon la même méthodologie, ne peut mettre en évidence une augmentation des usagers des services que si le nombre de prestations augmente. Compte tenu de la modification à la marge du nombre total de prestations entre 2001 et 2009 (les modifications ont plutôt concerné le contenu de ces prestations, transformation de places d'urgence en places de stabilisation- loi DALO), il n'est guère étonnant de trouver une augmentation non significative de la population alors que le sentiment général est à l'augmentation du phénomène.

Globalement la comparaison des caractéristiques sociodémographiques des personnes entre les deux enquêtes¹⁹ ne permet pas de mettre en évidence des tendances statistiquement significatives, même si les pourcentages observés sont sensiblement différents, et même si certaines évolutions sont observées par ailleurs. En effet, la taille des échantillons (800 personnes environ) ne donne pas une précision suffisante des estimations (les intervalles de confiance sont larges). Ainsi des différences même de dix points entre deux pourcentages n'impliquent pas forcément une évolution statistiquement significative s'ils concernent des sous-échantillons de trop petite taille.

La population francilienne sans logement n'est pas plus âgée en 2009 qu'en 2001 : 29,5 % [22,6 ; 37,4] ont moins de 30 ans dans Samenta versus 34 % dans SD2001. De plus la proportion de femmes est stable : 39,4 % [28,5 ; 41,5] versus 35% dans SD2001 (Debras et Dorothé, 2002). La comparaison globale, en dehors du problème de puissance statistique de la comparaison, ne montre pas les évolutions qui ont été notées par ailleurs allant dans le sens de tendances au vieillissement et à la féminisation de la population dans certains dispositifs comme l'urgence sociale (MIPES, 2008).

Par ailleurs, la population de Samenta est plus jeune que la population générale d'Ile-de-France. En effet, les moins de 30 ans représentent 30,6 % [24,2 ; 37,8] des personnes sans logement versus 21,0 % en population générale, et les 50 ans et plus 17,0 % [12,0 ; 23,7] versus 39,0 %.

En revanche, en 2009, les personnes seraient sans logement depuis plus longtemps : la moitié a perdu son logement depuis plus de quatre ans, c'était deux ans et demi en 2001. De plus elles auraient plus souvent dormi au moins une fois dans la rue au cours de leur vie (62,6 % [52,1 ; 72,0] versus 50 % en 2001) ou dormi le plus souvent dans la rue ces douze derniers mois (9,7 % [5,4 ; 17,1] versus 5 % en 2001) (Chamboredon et Portas, 2005)²⁰. Cette fréquence plus importante de personnes ayant dormi dans la rue en 2009 qu'en 2001 correspond bien à l'augmentation des contacts avec les personnes sans-abri qu'ont signalé les services de maraude parisiens ces dernières années.

La répartition des personnes sans logement entre les différents lieux d'hébergement diffère également entre les enquêtes de 2009 et 2001. On peut noter une augmentation de la proportion de personnes en hôtels 16,4 % [13,2 ; 20,2] dans Samenta versus 9 % dans SD2001 (Debras et Dorothé, 2002). Si, pour les autres services (urgence, insertion), la comparaison n'est pas faisable directement, cette augmentation

19. Toutes les comparaisons qui suivent sont réalisées à champ d'enquête égal.

20. La moindre superposition des intervalles de confiance suggère une véritable évolution confirmée par l'observation des acteurs de terrain.

de la population vivant en hôtel reflète sans doute l'augmentation du nombre des familles migrantes (en particulier des femmes avec enfants) sans logement personnel en Ile-de-France observée depuis plusieurs années, une conséquence de la précarisation croissante des conditions de vie des immigrés sans papier notée par les associations qui les prennent en charge (Chauvin et al., 2009).

L'aggravation des conditions de logement des plus démunis en dix ans se traduit par l'augmentation de la proportion de personnes qui n'ont jamais vécu dans un logement personnel entre 2001 et 2009 (32 % versus 46,4 % [35,8 ; 57,4]). Parmi elles, plus de la moitié (54,2 % [44,2 ; 63,8]) a plus de 30 ans en 2009 alors qu'elles n'étaient qu'un tiers en 2001. Les raisons de la perte de logement sont dans le même ordre hiérarchique en 2009 et en 2001 avec la séparation familiale comme première raison (26,4% versus 31%), puis l'impossibilité de payer son loyer (16,1 % [10,1 ; 25,6] versus 22 %), le déménagement ou la migration (12,6 % versus 16 %) et l'expulsion (8,2 % [4,0 ; 15,7] versus 15 %) (Chamboredon et Portas, 2005).

Les difficultés du marché du travail se font également sentir, en 2009 comme en 2001, quand on observe le niveau d'emploi et les contrats de travail des personnes sans logement. Environ un tiers des personnes sans logement travaille en 2009 (32,7 % [20,6 ; 47,8]) comme en 2001 (35 %). La proportion de chômeurs est également comparable (41,5 % [31,7 ; 52,1] en 2009 versus 36 % en 2001) (Debras et al., 2004). La proportion de personnes déclarant ne pas être autorisées à travailler est proche (9,2 % [6,0 ; 13,8] en 2009, 10 % en 2001). La plupart des personnes qui travaillent en 2009 sont employées (51,3 % [27,7 ; 74,3]) ou ouvriers (39,5 % [14,7 ; 71,2]), dans des proportions proches de celles de 2001 (respectivement 48 % et 35 %). La part de contrats en CDI est peu différente entre les deux périodes, de l'ordre d'un tiers (33,2 % en 2009 versus 34 % en 2001), de même pour les contrats en CDD (12,3 % [6,3 ; 22,5] versus 15 %). En revanche la proportion des contrats en intérim (5,6 % [1,2 ; 22,7] versus 22 %) aurait tendance à diminuer. La population sans logement personnel compte donc toujours autant de travailleurs pauvres en ses rangs.

Ces quelques aspects descriptifs sur les situations sociales et les conditions de vie des personnes sans logement personnel, qui seront complétés par des analyses ultérieures, reflètent, on le voit, certains des mécanismes structurels et macro sociaux qui alimentent depuis plusieurs décennies, la « question SDF » en Europe (Meert et al., 2005) et singulièrement en France (Girard et al., 2010) : le coût élevé du marché du logement et l'insuffisance de logements sociaux, la restructuration du marché du travail (et ses conséquences en termes de chômage, de précarisation des statuts d'emploi et d'accroissement du nombre de travailleurs pauvres), le durcissement des règles relatives au droit de séjour des étrangers et plus généralement la marginalisation de « ceux qui ne sont jamais éligibles ».

B. LA SANTÉ

Dégradation de l'état de santé ressenti, pas d'éloignement des soins pour la majorité, une minorité qui n'a toujours pas accès

Les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ont un ressenti de leur état de santé général moins bon que la population générale de l'agglomération parisienne. Ainsi moins de la moitié (47,4 %) considère son état de santé général comme bon ou très bon, comparé à 77,5 % des personnes de la

cohorte SIRS²¹ (Chauvin et Parizot, 2009). Dans l'enquête de l'Insee de 2001, un peu plus de la moitié considéraient sa santé comme bonne ou très bonne (De La Rochère, 2003). De la même façon, ils évaluent leur état de santé psychologique comme moins bon. Ils sont 44 % à le considérer comme bon ou très bon versus 77,2 % des membres de la cohorte SIRS. Il y aurait donc une dégradation générale de la santé ressentie par les personnes sans logement personnel, marquant un écart important avec la population générale.

La limitation fonctionnelle (depuis au moins six mois dans les activités que font les gens habituellement) est très problématique pour une population dont le mode de vie et les structures de prise en charge ne sont pas adaptés à de nombreuses formes de handicap. Ils ne sont cependant pas plus nombreux que dans la population générale de l'agglomération parisienne à être fortement limités (8,2 % versus 5,7 % dans la cohorte SIRS) ou limités (10,1 % versus 12,3 %). Toutefois, l'analyse en tenant compte de l'âge, montrerait sans doute une proportion plus élevée de handicaps chez les personnes sans logement, population plus jeune que la population générale francilienne.

L'existence d'au moins une maladie chronique est déclarée par plus d'un tiers (37,7 %) des personnes sans logement personnel : c'est équivalent à la déclaration des franciliens de la cohorte SIRS (33 %) alors que, là aussi, la population sans logement est globalement plus jeune. Cette proportion est beaucoup plus faible que celle estimée en 2001 : plus des deux-tiers (65 %) des personnes sans-domicile déclaraient une maladie chronique (ou un problème de santé) (De La Rochère, 2003). Cet écart paraît assez improbable et résulte d'une interrogation différente des personnes concernant leurs problèmes de santé²².

Les maladies chroniques les plus fréquemment citées diffèrent entre les populations. Les quatre principales pathologies mentionnées par les personnes sans logement en 2009 sont les maladies respiratoires, le diabète, l'hypertension et les maladies psychiques. Alors que dans la population générale de l'agglomération parisienne, les personnes de la cohorte SIRS nomment la migraine ou les maux de tête, les maladies rhumatismales ou articulaires, l'allergie et l'hypertension. En 2001, les sans domicile souffrent d'abord de migraines, puis de maladies respiratoires, de problèmes ostéo-articulaires, de pathologies digestives puis d'hypertension. Dans Samenta, la migraine est très rarement citée, en revanche on peut noter que les maladies psychiques sont citées en quatrième position, alors qu'elles n'apparaissent pas dans les dix premières pathologies citées en 2001. Ceci peut s'expliquer par la possibilité de parler plus librement de ces maladies, dans le contexte du processus de déstigmatisation qui se développe depuis quelques années grâce au travail des associations de malades.

Les personnes sans logement recourent majoritairement au médecin, plus de 80 % ont vu un médecin au cours de l'année écoulée. Cependant, parmi celles qui n'ont pas consulté depuis au moins un an, 28,2 %

21. La cohorte Santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS) est une enquête socio-épidémiologique longitudinale auprès d'un échantillon représentatif de Paris et de la petite couronne. Les données citées ici sont de 2005.

22. Dans SD2001, la question était : « Etes-vous atteint d'une des maladies chroniques suivantes ? » L'enquêteur pouvait choisir sur une liste. Dans Samenta, la question était : « Avez-vous une maladie chronique qui dure depuis longtemps (au moins 6 mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers ? » (comparable à la question posée dans la cohorte SIRS, elle-même issue, avec les deux questions précédentes sur l'état de santé général et la limitation fonctionnelle, de la triade du « module minimum européen » sur la santé ressentie). Le fait de ne pas proposer de liste et d'insister sur la durée de 6 mois et la nécessité de soins a limité sans doute le nombre de réponses affirmatives.

ont eu des problèmes de santé. Et parmi elles, un tiers a renoncé pour des raisons financières et une sur cinq faute de couverture maladie. Rappelons que le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est de 17 % dans l'agglomération parisienne dans son ensemble et 27 % dans les ZUS franciliennes interrogées dans SIRS (Chauvin et Parizot, 2009) et qu'il atteint 32 % des assurés sociaux sans assurance complémentaire dans l'ensemble de la population française (Allonier et al., 2008). Si la couverture maladie de la population sans logement personnel est pourtant importante puisque près de 90 % des personnes en bénéficient, *a contrario* une personne sur dix n'en bénéficie pas, c'est dix fois plus important que dans la population générale de l'agglomération parisienne (0,6 % dans la cohorte SIRS) (Chauvin et Parizot, 2009). Cette proportion a peu évolué depuis 2001, puisque 12 % des sans domicile déclaraient alors ne pas avoir de couverture sociale (De La Rochère, 2003).

C. LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Dans cette partie nous allons tenter de confronter les premiers résultats de Samenta avec ceux d'autres études publiées (tableau A45, annexe). Ceci n'est pas aisé du fait des différences d'outils utilisés pour mesurer les troubles psychiatriques et d'une plus ou moins grande précision des catégories analysées, qui ne rendent pas toujours ces comparaisons interprétables en termes de tendances.

Les observations que nous fournissons nécessitent d'être croisées avec des données socio-démographiques, afin de pas ignorer le contexte social dans lequel elles prennent sens. Il a été montré de longue date que la maladie mentale est inégalement répartie au sein de la population (Lovell, 2000 ; Murali et Oyebode, 2004) : moins les personnes sont dotées (socialement, économiquement, culturellement), plus la prévalence des troubles est élevée. Il sera ainsi important de mettre en miroir les prévalences de troubles psychiatriques, de troubles du comportement et d'addictions avec l'origine sociale des personnes, mais aussi avec leurs trajectoires sociales, ponctuées d'événements de vie parfois déterminants.

Les prévalences que nous allons présenter ont été estimées à partir de la population qui a fréquenté les services d'aides à destination des personnes sans logement. Durant l'étude, nous n'avons pu accéder aux personnes sans logement atteintes de troubles psychiatriques hospitalisées, ou emprisonnées, comme nous n'avons pu atteindre les personnes très malades (mélancoliques, psychotiques) qui se cachent dans les interstices de la ville. Combien sont-elles ? Il est difficile de répondre à cette question. On peut seulement faire l'hypothèse que des personnes qui ont fréquenté les services d'aide ont pu, à un moment de leur parcours, avoir été dans une situation similaire et pourraient donc d'une certaine façon les représenter par leur trajectoire similaire.

De même il est difficile d'estimer la part des personnes qui auraient refusé du fait de leur maladie mentale, ce qui peut entraîner aussi une sous-estimation de la prévalence. Le taux de refus de 29 % estimé dans notre enquête est proche de celui observé en moyenne dans d'autres enquêtes sur les même populations (Fazel et al., 2009).

Pas d'évolution de la prévalence des troubles psychotiques chez les sans domicile ?

La présence de troubles psychotiques sur douze mois a été diagnostiquée chez 13,2 % des personnes, dont 8,4 % de schizophrénies. Ces proportions ne diffèrent pas significativement de celles retrouvées par

Kovess (1999) qui sont de 16 % de troubles psychotiques sur la vie et de 14,9 % de schizophrénies. Dans la méta-analyse de Fazel (2009) la prévalence poolée²³ pour les troubles psychotiques chez des sans domicile s'élève à 12,7 % et les auteurs ne retrouvent pas d'évolution de cette prévalence sur la période d'étude. Une seule étude chez les sans domicile aux Etats-Unis sur trois décennies (1980, 1990, 2000) retrouve une augmentation significative de la schizophrénie chez les femmes entre 1990 et 2000 (16,4 % à 18,9 %) (North, 2004). Dans l'étude française menée auprès des personnes incarcérées (Falissard et al., 2006), la prévalence des troubles psychotiques est de 17,0 % (tableau A45, annexe). Les données en population générale sur ces troubles sont rares. L'étude réalisée en France en 2000 (en utilisant le MINI mais sans clinicien) conduit à une estimation de 2 % de syndromes d'allure psychotique récurrents passés ou actuels (Bellamy et al., 2004). Les prévalences estimées chez les personnes sans domicile seraient ainsi huit à 10 fois supérieures à celle de la population générale.

Cependant, cette stabilité de la prévalence des troubles psychotiques chez des personnes sans logement, dans le temps et dans l'espace, est troublante et difficile à interpréter. La rupture sociale²⁴ est un risque important pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères (en particulier schizophrénie et troubles bipolaires) et plus élevé que pour les personnes non atteintes de troubles mentaux. Une étude sur 10 340 patients atteints de troubles psychiatriques sévères²⁵ prises en charge dans le système de soins public aux Etats-Unis, donnait une prévalence de 15 % de personnes s'étant retrouvées sans logement au moins une fois dans les 12 derniers mois et de 20 % chez les personnes atteintes de schizophrénie (Folsom et al., 2005). Ces dernières avaient un risque deux fois plus élevé (OR=2,4) de se retrouver sans logement que les autres personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères. Les facteurs associés à ce risque, en dehors de la couverture médicale, étaient une comorbidité avec les addictions.

En France, parmi les personnes atteintes de schizophrénie incluses dans la cohorte européenne (EuroSC), 9,4 % d'entre elles avaient eue une expérience de perte de logement et 5,6 % avaient dormi dans la rue ou des lieux non prévus pour l'habitation (Bebbington, 2005). Ces fréquences d'expérience de rupture sociale étaient proches de celles des allemands et plus de deux fois plus faibles que celles des habitants du Royaume-Uni, malgré l'importance du système de soins communautaire dans ce pays. Les troubles psychotiques renforçant la vulnérabilité par rapport à l'emploi ou encore au logement, une dégradation de la situation sociale rend a priori les personnes atteintes de troubles psychotiques encore plus vulnérables, sauf si dans le même temps le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale de la santé mentale s'améliore.

Une part importante de troubles dépressifs moyens et légers

Les troubles sévères de l'humeur concernent 6,7 % de la population, dont les troubles dépressifs sévères 4,5 %. La fréquence des troubles dépressifs sévères est peu éloignée de celle retrouvée en population générale. Dans l'enquête nationale Baromètre santé 2005 de l'Inpes, la prévalence de l'épisode

23. Prévalence recalculée sur l'ensemble des participants aux différentes études.

24. Au sens de perte de logement, d'emploi, ou de lien avec son entourage

25. Schizophrénie, troubles bipolaires, trouble dépressif majeur

dépressif majeur sévère au cours des douze mois (mesurée avec le CIDI-SF), s'élève à 3,2 % chez les 15-75 ans (Morvan et al., 2007 ; Briffault et al., 2008).

La prévalence de l'ensemble des troubles dépressifs (de sévères à légers) dans Samenta est de 20,3 %. Cette prévalence est très proche de celle retrouvée par V. Kovess qui est de 20,2 % (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999) et de celle estimée chez les personnes incarcérées (24 %) (Falissard et al., 2006). En population générale, avec le même outil (le MINI), la prévalence des troubles dépressifs est estimée autour de 11 % dans l'enquête nationale « santé mentale en population générale » (Bellamy et al., 2004) comme dans l'agglomération parisienne par la cohorte SIRS en 2005 (Roustit et al., 2008, soulignant par ailleurs les forts gradients sociaux et biographiques associés à cette maladie). Alors que la prévalence est généralement deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes en population générale, dans Samenta, la prévalence des troubles dépressifs ne diffère pas statistiquement entre les hommes et les femmes.

Parmi les troubles dépressifs détectés, ce sont les troubles dépressifs moyens et légers qui sont relativement importants, ils représentent respectivement 6,0 % et 7,9 % comparé à 4,2 % et 0,4 % en population générale (Baromètre santé 2005).

Les troubles anxieux à peine plus élevés qu'en population générale

Les troubles anxieux touchent 12,2 % de la population. Parmi les troubles anxieux les plus fréquents, on retrouve le stress post-traumatique (4,2 %) et l'anxiété généralisée (4,0 %). Ces fréquences sont inférieures à celles retrouvées chez les personnes incarcérées (respectivement 14,2 % et 17,7 %) (Falissard et al., 2006). L'enquête en population générale Anadep retrouve une prévalence de 5,1 % pour l'anxiété généralisée au cours de la vie avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes (6,8 % versus 3,2 % chez les hommes) (Sapinho et al., 2009). Comme en population générale, dans Samenta, les femmes ont significativement plus de troubles anxieux que les hommes (21,0 % versus 7,5 %). L'enquête ESEMeD (Lépine et al., 2005) en population générale française (2001-2003) estime une prévalence de 9,8 % de troubles anxieux dont 5,0 % chez les hommes et 14,2 % chez les femmes. Dans une autre enquête en population générale (SMPG, 1999-2003) utilisant le MINI, l'anxiété généralisée concerne 12,8 % de la population : 10,9 % des hommes et 14,6 % des femmes (Bellamy et Roelandt, 2004).

Des tentatives de suicide et un risque suicidaire quatre fois et trois fois plus élevés qu'en population générale

Dans Samenta, 21,8 % des personnes déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (24,2 % chez les hommes et 17,2 % chez les femmes). Ces fréquences sont significativement plus élevées qu'en population générale. En effet, dans le Baromètre santé 2005, 5,0 % des personnes déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (2,9 % chez les hommes et 7,1 % chez les femmes).

Un risque suicidaire moyen ou élevé a été repéré par le MINI chez 12,9 % des personnes sans logement, il concerne 10 % des hommes et 15 % des femmes. En population générale, l'enquête SMPG estime ce risque à 4,0 % (Bellamy et Roelandt, 2004).

Les troubles de la personnalité cinq fois plus élevés qu'en population générale

Un trouble de la personnalité est retrouvé chez 21,0 % des personnes, cette proportion est proche de celle estimée dans le cadre de la méta-analyse de Fazel (23,1 %) (Fazel et al., 2008). En population générale, une estimation a été réalisée sur un échantillon aléatoire au Royaume-Uni donnant une prévalence à 4,4 % (Coid et al., 2006).

Les comorbidités troubles psychiatriques et addictions

Les prévalences de comorbidités entre troubles psychiatriques sont du même ordre de grandeur dans Samenta qu'en population générale. Elles sont moins élevées que l'on aurait pu s'y attendre, au regard des niveaux de prévalence estimés des différents troubles. On peut faire l'hypothèse que notre dispositif d'enquête, comportant des cliniciens, a limité ces comorbidités en partie induites et surestimées, en population générale, par l'utilisation d'outils standardisés sans clinicien.

Les prévalences de comorbidités les plus élevées concernent le risque suicidaire moyen ou élevé et les troubles de l'humeur, de la personnalité et psychotiques de l'ordre de 3 à 4 %. Viennent ensuite les prévalences de comorbidités troubles anxieux et troubles de l'humeur (2,3 %) et troubles de la personnalité et troubles de l'humeur (4,1 %). En population générale, l'enquête ESMed retrouve une prévalence de comorbidités troubles anxieux et de l'humeur sur les douze mois très proche (2,3 %) (Lépine et al.). Dans Anadep, la prévalence sur la vie de comorbidités troubles de l'humeur et troubles anxieux est de 2,3 % (Sapinho et al.).

Les taux de comorbidités avec les addictions sont assez élevés. Les personnes atteintes de troubles psychotiques ont significativement plus souvent que les autres au moins une addiction associée, en particulier une consommation d'alcool à risque. Parmi elles, les personnes schizophrènes ont quatre fois plus de risque d'avoir une consommation dite « à problème » de cannabis. Cette association est aussi retrouvée par V. Kovess en 1996.

De même, les personnes atteintes de troubles de la personnalité ont une consommation de cannabis significativement plus importante que les personnes ne présentant pas ces troubles.

En revanche, les personnes atteintes de troubles de l'humeur (dont les dépressions) et de troubles anxieux (dont l'anxiété généralisée) présentent significativement moins de comorbidités avec une ou plusieurs addictions que les personnes non atteintes de ces troubles. Nous ne retrouvons pas l'association mise en évidence par V. Kovess entre la dépendance à l'alcool et les troubles dépressifs. Dans ESMed, seuls les troubles dépressifs majeurs sont associés à une dépendance à l'alcool. Parmi les troubles anxieux, l'anxiété généralisée est associée à une augmentation du risque de trouble lié à l'alcool (dépendance et abus).

D. LA VIOLENCE SUBIE

Une plus grande fréquence de violences subies pour tous

Les personnes en grande précarité ont vécu au cours de leur vie ou vivent plus fréquemment des situations de violences quelles qu'elles soient (Jaspard et al., 2002). Dans Samenta, les violences déclarées par les personnes sont beaucoup plus élevées que dans d'autres études en population générale même si les comparaisons ne sont pas toujours aisées (les périodes d'interrogation diffèrent dans toutes les études).

Ainsi 40,9 % des personnes sans logement déclarent avoir subi au cours de leur vie des violences psychologiques ou morales répétées. Dans la population générale de l'agglomération parisienne (SIRS), 8,4 % des personnes déclarent avoir déjà subi de telles violences depuis l'âge de 18 ans (Chauvin et Parizot, 2009). La période d'étude n'est pas la même mais le taux déclaré par les personnes sans logement suggère une fréquence de violences subies bien supérieure. De même dans la cohorte SIRS, 4,4 % des personnes rapportent des violences physiques ou sexuelles depuis leurs 18 ans, les chiffres de Samenta atteignent 27,7 % de violences physiques et 12,8 % de violences sexuelles au cours de la vie.

Les violences sexuelles rapportées dans Samenta ne font l'objet que d'une question parmi d'autres sur les événements marquants au cours de la vie, elles ne sont donc pas détaillées. Elles sont rapportées par 17,0 % des femmes et 10,5 % des hommes. On dispose de plusieurs estimations nationales en population générale. Dans l'enquête Evènement de vie et santé (EVS), réalisée en 2005-2006, 7 % des 18-75 ans rapportent avoir subi au cours de leur vie des attouchements sexuels, tentatives ou rapports forcés (avant les deux dernières années), soit 11 % des femmes et 3 % des hommes (Cavalin, 2007). Dans l'enquête sur la sexualité en France en 2006, 20,4 % des femmes et 6,8 % des hommes rapportent des agressions à caractère sexuel (attouchement, tentative ou rapport forcé) (Bajos et Bozon, 2008). Cette dernière étude portant sur la sexualité, avec un module détaillé abordant les violences sexuelles, cela permettait sans doute d'en parler plus facilement ou de se remémorer les événements. Dans Samenta, il est plausible que les personnes n'aient déclaré que les événements les plus graves. A ce titre, on peut souligner que dans le Baromètre santé 2005, où la question est posée sans autant de détails que dans EVS et dans une forme proche de celle de Samenta, seuls 2,4 % des 12-75 ans (4,1 % des femmes, 0,6 % des hommes) déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de leur vie (Beck et al., 2007).

Nous nous sommes aussi intéressés aux violences subies dans les douze derniers mois, plus en relation avec la situation de vie sans logement personnel actuelle. Les fréquences des violences subies sont aussi plus élevées que dans les enquêtes en population générale. Dans l'enquête EVS, 18 % déclarent des violences verbales dans les deux dernières années contre 22,5 % dans Samenta dans les douze derniers mois, de même les agressions physiques s'élèvent à 3 % dans EVS contre 13,2 % dans Samenta, et les vols respectivement 12 % et 19,8 %. Les violences sexuelles sont aussi plus fréquentes respectivement 0,4 % (0,3 % chez les hommes et 0,4 % chez les femmes) dans EVS (Cavalin, 2007) et 0,9% (0,2 % chez les hommes et 2,1 % chez les femmes) dans Samenta.

Ces taux sont donc relativement importants. Ils amènent néanmoins à interroger certains compte-rendu ethnographiques présentant la population sans domicile comme victime de violences quasi-quotidiennes notamment dans leurs formes les plus graves (Bruneteaux et Lanzarini, 1998 ; Lanzarini, 2000, 2003).

La violence subie chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères

Si l'ensemble de la population des personnes sans logement est plus souvent victime de violences au cours de sa vie ou dans l'année écoulée, parmi elles, les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves sont encore plus touchées.

Ce n'est pourtant pas la représentation qu'en a la population générale, pour laquelle le « fou » ou le « malade mental » est d'abord associé aux comportements violents (meurtre, viol, inceste,...) qu'il est susceptible de commettre (Bellamy et al., 2004, Maniglio, 2009), pourtant exceptionnellement. L'association entre violence et maladie mentale procède d'une confusion entre deux types de risque comme l'explique très bien A. Lovell (Lovell et al., 2008). Il y a le risque d'actes violents que l'on peut attribuer aux malades mentaux, et ce risque (attribuable) est faible - entre 2,7 % et 10 % de l'ensemble des actes violents - et serait encore plus faible si on enlevait les actes commis sous l'emprise de substances psychoactives. Et le risque (relatif) que les personnes atteintes de troubles mentaux commettent de tels actes par rapport à d'autres populations. Ce dernier risque est un peu plus élevé que pour des populations non malades si la maladie mentale est accompagnée d'autres facteurs, par exemple si la personne a été victime de violences dans le passé, s'il existe un contexte de violence environnante ou si elle abuse de substances toxiques. Ces facteurs auraient un effet cumulatif sur le risque de comportements violents (Swanson et al., 2002). D'autres facteurs de risque ont été identifiés, comme certains états psychotiques (délires de persécution), certains troubles de la personnalité, la pauvreté ou un traitement inapproprié interrompu ou impossible (Lovell et al., 2008).

Dans Samenta, compte tenu de la lourdeur du questionnaire, nous n'avons pu étudier que la violence subie. Les personnes atteintes de troubles mentaux sévères, que ce soit au cours de leur vie ou des douze derniers mois sont victimes de violences dans des proportions bien supérieures à celles des personnes n'ayant aucun trouble diagnostiqué. Parmi elles, les personnes atteintes de troubles psychotiques ont vécu le plus de violences, en particulier psychologiques ou morales (sur la vie, 59,3 %) et sexuelles (sur la vie, 38,0 %).

On retrouve dans la littérature des résultats similaires pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves. Dans une étude française, chez des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire, le taux de viol au cours de la vie de patients schizophrènes est de 23 % et, chez des personnes atteintes de troubles bipolaires, de 23 % (Darves-Bornoz et al., 1995). Il existe de nombreuses autres études montrant cet excès considérable de violences subies chez des personnes avec des troubles mentaux graves.

Chez les personnes sans domicile qui cumulent les deux facteurs de vulnérabilité, être sans logement et être atteinte d'un trouble mental grave, les fréquences de violences subies sont encore plus élevées.

A. Lovell (Lovell et al., 2008) a recensé deux études chez des sans domicile qui donnent une fréquence de victimation violente (agressions physiques et/ou sexuelles). Dans celle de Lam et Rosenheck, le taux de victimation violente est de 44,1 % sur deux mois (Lam et Rosenheck, 1998) et dans celle de Sullivan, ce taux atteint 57 % pour les femmes et 42 % pour les hommes sur un mois (Sullivan et al., 2000). Dans Samenta, sur douze mois, les fréquences parmi les personnes atteintes de troubles graves sont inférieures, mais atteignent néanmoins 26 % pour l'ensemble des victimations violentes.

Ces taux doivent s'interpréter en fonction des niveaux de violence dans les populations de référence (les personnes sans logement, la population générale) : plus le niveau de violence dans la population de référence est élevé, plus celui subi par les personnes vulnérables le sera. Ainsi pour mieux comprendre et prévenir les mécanismes de violence, on ne saurait se passer d'étudier la violence agie, donc les auteurs de violence, de même que les contextes dans lesquels ces actes violents se développent.

E. LES ADDICTIONS

La dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concerne 28,5 % de la population. Cela représente un tiers (33,8 %) des personnes rencontrées dans le dispositif d'urgence, 29 % dans le dispositif d'insertion et moins d'une personne sur dix dans les hôtels sociaux (7,9 %).

Une dépendance à l'alcool est retrouvée chez 21 % des personnes, avec une fréquence significativement plus importante chez les hommes (27,3 %) comparé aux femmes (9,3 %), et chez les personnes rencontrées dans les dispositifs d'urgence (27 % comparé au dispositif de réinsertion (19 %) ou aux hôtels sociaux (5,5 %). V. Kovess retrouve une prévalence de la dépendance proche (14,9 %) (1999). La prévalence de la dépendance chez les personnes incarcérées est plus faible mais non significativement différente (11,7 %, Falissard et al., 2006). Fazel, dans sa méta-analyse (Fazel et al., 2009) donne une prévalence poolée qui n'est pas significativement différente (37,9 %, tableau A45, annexe) de celle de Samenta.

En population générale, dans l'enquête Baromètre santé 2005, la prévalence des buveurs à risque chronique ou à risque de dépendance est de 8,5 % selon l'AUDIT-C, chez les 15-64 ans, de 15 % chez les hommes et 3 % chez les femmes (Legleye et Beck, 2007). Ces chiffres confirment la fréquence plus élevée de la dépendance à l'alcool chez les personnes sans logement personnel comparé à la population générale. Mais il est aussi important de souligner, qu'à l'inverse, les personnes sans logement personnel sont globalement moins consommatrices d'alcool que la population générale.

En effet, dans l'enquête Baromètre santé 2005, 8,4 % des personnes interrogées, âgées de 12 à 75 ans, disent n'avoir jamais bu de leur vie (6,2 % d'hommes et 8,5 % de femmes) et 6,8 % supplémentaires disent ne pas avoir bu au cours des douze derniers mois. Elles sont plus du double (17,6 %) dans Samenta à déclarer n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées au cours de leur vie (8,7 % d'hommes et 34,3 % de femmes) et 18,9 % au cours de l'année écoulée (18,2 % d'hommes et 20,6 % de femmes). Ce constat a déjà été porté par F. Beck (Beck et al., 2006) à partir de l'analyse de la consommation des personnes sans domicile de l'enquête SD2001. Il apparaissait ainsi que les sans domicile étaient de prime abord moins consommateurs que la population générale.

De nouveau, cela signifie qu'il faut, notamment en matière de consommation d'alcool, distinguer les caractéristiques sociales et démographiques, et les différentes situations de précarité des personnes sans logement. Le fait d'être une femme, d'être né à l'étranger, d'être hébergé en hôtel, d'avoir des enfants, d'être en couple sont autant d'éléments qui tendent vers une non-consommation.

A l'inverse, des situations comme l'hébergement dans le dispositif d'urgence, le fait d'être un homme, de vivre seul, d'être âgé, d'être français sont plutôt associés à une sur-consommation d'alcool (Beck, 2006).

Un usage régulier de drogues illicites concerne 17,5 % de la population dans Samenta, cette proportion ne diffère pas significativement de celle retrouvée par V. Kovess (10,3 %), B. Falissard (14,6 %) et S. Fazel (24,4 %).

Le cannabis est la drogue la plus utilisée avec une fréquence de consommation régulière de 16 % (21,4 % d'hommes et 6,1 % de femmes). Elle n'est que de 2,7 % pour un usage régulier dans la population générale (4,2 % chez les hommes et 1,2 % chez les femmes, Baromètre santé 2005). Comme en population générale, le niveau de consommation des hommes est nettement plus élevé que celui des femmes et encore plus important dans les jeunes générations. Chez les 18-25 ans : 8,7 % en population générale et 24,6 % dans Samenta, chez les 26-44 ans : respectivement 2,5 % et 15,5 %, chez les 45-64 ans : respectivement 0,2 % et 13,3 %.

La consommation régulière des autres drogues ou de médicaments détournés de leur usage n'a pu être estimée du fait d'un nombre très faible de personnes déclarant ce niveau de consommation. On peut faire l'hypothèse d'une sous-déclaration de ces pratiques. En effet, dans l'enquête Coquelicot réalisée auprès d'usagers de drogues (UD) fréquentant des services thérapeutiques spécifiques aux usagers, plus de la moitié d'entre eux (55 %) sont dans une situation d'instabilité vis-à-vis du logement, et parmi eux 19 % vivent dans un squat ou dans la rue. Parmi la population enquêtée, 27 % consomment de la cocaïne, 20 % de l'héroïne et 12 % de l'ecstasy. Les principaux médicaments consommés sont les benzodiazépines (40 % des UD), les hypnotiques (20 %) et les amphétamines (7 %) (Jauffret-Roustide et al., 2006). Cependant, cette faible déclaration de consommation « à problème » dans Samenta suggère, malgré le déni supposé, une faible représentation des usagers de drogue dans les services d'aide à destination des sans domicile.

Une consommation quotidienne de tabac est rapportée par plus de la moitié des personnes 53,5 % dans Samenta. En population générale, un quart (26,5 %) fume quotidiennement.

F. LE RECOURS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

Nous avons étudié le recours aux soins psychiatriques des personnes sans domicile personnel dans une optique descriptive et pour répondre à la question suivante : quel est l'accès aux soins et le maintien dans le soin des personnes en situation de précarité avec un trouble mental détecté par le dispositif d'enquête ? Nous voulions déterminer si les personnes sans domicile avaient pu avoir un point d'entrée dans le système de soins et s'y maintenir, malgré de potentielles barrières économiques, sociales, ou organisationnelles du système de soins. Par ailleurs nous voulions étudier l'évolution de cet accès depuis la dernière étude ayant décrit le recours aux soins de cette population en Ile-de-France (Kovess et Mangin-Lazarus, 1996).

Notre étude montre qu'une part importante des personnes présentant des troubles psychotiques, de l'humeur ou anxieux ont eu dans leur vie un accès aux soins pour un motif ayant trait à la santé mentale (68,2 %). La comparaison de ce taux de recours aux soins psychiatriques au cours de la vie entière avec celui de l'étude de V. Kovess (59,3 %) ne montre pas de différence statistiquement significative, ce qui ne nous permet pas de conclure à une évolution de ce recours aux soins en quinze ans.

Concernant le recours à l'hospitalisation, le taux d'hospitalisation vie entière déclaré dans notre étude chez les personnes présentant un trouble psychotique (34 %) ne diffère pas de ceux déjà publiés dans des populations de sans-domicile pour les mêmes troubles (30 %) (Ducq et al., 1997).

Comment interpréter ces chiffres ? Il ne faut sans doute pas faire l'amalgame entre un accès aux soins préservé et des taux de recours (vie entière) relativement élevés. En effet, ces derniers ne signifient pas que les personnes sans domicile ne rencontrent pas d'obstacle dans l'accès aux soins du fait de leur situation. Elles ont pu, de fait, recourir aux soins avant de rencontrer leurs difficultés actuelles et/ou pour un autre trouble que celui repéré au moment de l'enquête. Cette remarque ne peut que nous inciter à être prudents dans l'interprétation du recours aux soins vie entière.

Un chiffre plus facile à interpréter, complémentaire du précédent, est celui de l'absence de recours aux soins sur la vie entière : 22,9 % des personnes pour lesquelles des troubles ont été repérés n'ont jamais été prises en charge.

De même, il faut souligner un faible taux de suivi déclaré : seules 18,2 % des personnes ayant un trouble psychotique, dépressif ou anxieux déclaraient être actuellement en cours de soins pour raison de santé mentale au moment de l'enquête. Il était le plus important pour les personnes atteintes de troubles psychotiques (37,7 %) et le plus faible pour celles atteintes de troubles anxieux (8,4 %). Parmi ces personnes, près des deux-tiers avaient pris un traitement dans le mois précédent.

Faut-il interpréter ces taux comme un défaut de prise en charge ? Pour tenter de répondre à cette question, nous devons au préalable clarifier la notion de besoin de soins. En effet, parler de défaut de prise en charge, c'est implicitement dire que des soins auraient dû être donnés, et, partant, qu'un besoin de soins n'a pas été satisfait. Or, d'une façon générale, les enquêtes épidémiologiques ne mettent en évidence que des besoins « théoriques » (quand elles font reposer le besoin de soins sur le seul diagnostic). En outre, dans de telles études plusieurs raisons peuvent expliquer l'absence de recours aux soins (bien qu'un diagnostic ait été posé). D'une part, les outils utilisés pour détecter des symptômes ou des maladies dans les enquêtes épidémiologiques ont une validité « populationnelle » largement validée mais ne permettent pas, bien entendu, de porter des diagnostics individuels, notamment en psychiatrie. D'autre part, le trouble mis ainsi en évidence n'est pas forcément en adéquation avec le besoin perçu et exprimé par la personne elle-même (ou son entourage) ; par ailleurs, un besoin exprimé peut être capté, à l'inverse, par des questions sur le renoncement aux soins (Bazin et al., 2005).

Toutefois, dans de nombreuses maladies psychiatriques (notamment psychotiques), le déni est une composante clinique du tableau symptomatique et dans ces situations, le besoin et la possibilité même du soin sont également évalués au cas par cas (de l'abstention thérapeutique à la contrainte). De plus,

l'expression d'un besoin de soins, d'un symptôme ou d'une souffrance ne doit pas être considérée seulement dans sa dimension spontanée ; elle peut émerger d'une interaction entre l'individu et un médecin (or, on l'a vu, le recours au médecin n'est pas exceptionnel, loin s'en faut, dans cette population). Aussi une absence de recours aux soins consécutive à un défaut de perception du besoin ne peut exonérer complètement le système de soins.

Enfin, « le besoin de soins en psychiatrie reste une notion assez complexe. Toutes les personnes qui présentent un problème de santé mentale n'ont pas forcément besoin de soins » (Kovess, 2007)²⁶. Ce besoin s'évalue, individuellement et au cas par cas, notamment en fonction du retentissement de la maladie dans les rôles sociaux et la vie quotidienne de la personne, ou encore de sa détresse psychique (Lovell, 2003). Toutes ces précautions sont importantes à rappeler pour éviter une surestimation de la non-réponse aux besoins à partir de seules données épidémiologiques. Il existe, au contraire, un écart parfois notable entre la fréquence des cas repérés dans une enquête épidémiologique et leur taux de recours aux soins.

Cette situation est assez commune dans les enquêtes sur la santé mentale, en particulier quand elles utilisent des outils d'interview standardisé sans clinicien (Le Pape et Lecompte, 1999). Ainsi dans l'étude Baromètre santé en population générale francilienne en 2005 (Embersein et Gremy, 2008), les personnes avec un trouble dépressif caractérisé repéré n'avaient pas eu de recours aux soins dans près de 70 % des cas pour les hommes et de 60 % des cas pour les femmes. Si notre design d'enquête permet en théorie de minimiser la fréquence de faux cas théoriques, puisque nous avons complété l'outil standardisé par le diagnostic de deux cliniciens, la part des cas relevant d'une prise en charge reste inconnue au sens propre.

Des études plus poussées seront donc nécessaires pour mieux comprendre ce qui, dans l'absence de recours aux soins, revient d'une part à un défaut de perception d'un besoin réel (mais, encore une fois, ce défaut de perception ne dédouane pas complètement le praticien ou le système de soins dont le rôle est aussi de détecter et de faire prendre conscience de certains symptômes), d'autre part à des problèmes de santé mentale qui ne relèvent pas de soins, enfin à d'authentiques difficultés dans l'accès aux soins et le suivi, liées aux conditions de vie et aux expériences vécues des personnes sans logement personnel. Quoi qu'il en soit, les taux de suivi observés dans Samenta ne peuvent qu'alerter sur la situation des malades atteints de troubles psychotiques, dépressifs ou anxieux : leur faiblesse est telle (y compris pour des troubles sévères) qu'elle ne peut sans doute pas être expliquée uniquement par les limites que nous venons d'exposer.

Parallèlement à l'analyse de l'accès aux soins, il convient de déterminer si les personnes sans logement ayant déjà recouru aux soins ont pu s'inscrire dans la continuité des soins, et particulièrement celles qui présentent une pathologie chronique.

26. Ce n'est d'ailleurs pas propre à la santé mentale mais tout aussi courant pour nombre de maladies chroniques somatiques même si les bonnes pratiques médicales peuvent y être plus volontiers standardisées et, de ce fait, les cas à traiter plus facilement repérables dans une enquête épidémiologique...

Dans notre étude, les personnes sans domicile souffrant de troubles mentaux n'ont pas été en mesure de s'ancrer dans les soins : plus de 70 % ont interrompu les soins et près de la moitié a déjà arrêté au moins une fois son traitement²⁷. Le fait de présenter un trouble psychotique diminue le risque de rupture des soins, mais 41,8 % des personnes avec un trouble psychotique repéré ont interrompu leurs soins. Cette errance médicale a déjà été décrite dans une étude canadienne, où sur une enquête transversale répétée, les taux de recours étaient stables d'année en année, mais où des personnes différentes étaient vues (Bonin et al., 2009). Des études ultérieures seront nécessaires pour étudier le maintien dans le soin, spécifiquement chez les personnes qui présentent des pathologies chroniques (pour lesquelles cette notion prend tout son sens) et, d'autre part, pour identifier les facteurs de rupture (méconnaissance du trouble, difficultés sociales...). Enfin la mauvaise observance du traitement chez les personnes sans logement semble proche de celle de la « population psychiatrique » générale (Corruble et Hardy, 2003), en terme de fréquence et quant aux motifs d'arrêt, qui n'étaient pas dans notre étude « liés à la rue ».

Dans les mois qui viennent, nous approfondirons l'analyse des facteurs associés au recours aux soins, en termes de leviers et de freins qui permettent ou limitent l'accès et le maintien dans le soin, à partir de facteurs décrits comme pouvant influencer le recours aux soins chez les personnes sans domicile (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999 ; Bonin et al., 2007) comme, d'ailleurs, dans la population générale. On peut d'ores et déjà souligner que les personnes hébergées à l'hôtel et présentant des troubles psychiatriques ont un suivi en cours significativement moins fréquent et qu'elles ont aussi rompu plus fréquemment un suivi antérieur.

Au-delà, des études ultérieures sont à envisager, comme nous l'avons déjà évoqué, afin de mieux décrire le recours aux soins des personnes sans domicile et, par là, de mieux connaître leurs besoins. Une meilleure description des besoins de soins permettrait en effet d'affiner l'interprétation des taux de non recours, de mieux caractériser le suivi et ses ruptures, et dans une optique d'organisation de la politique de santé, de mieux mettre en adéquation l'offre de soins aux besoins des personnes.

G. LES JEUNES DE 18 À 25 ANS

Peu d'évolutions des caractéristiques sociodémographiques des jeunes avec celles des jeunes sans domicile ou en situation précaire enquêtés par l'Ined en 1998

La taille de la population des jeunes franciliens de 18 à 25 ans sans logement personnel est estimée à 3 620 personnes, ce qui représente 17 % de la population de Samenta et 0,3 % des jeunes de la région Ile-de-France (Insee, 2006).

27. L'éclatement des lieux de soins et la multitude des équipes en charge de ces personnes ne favorisent pas la coordination des soins dans cette population, contrairement à l'organisation des soins proposée dans les secteurs psychiatriques, créés pour assurer cette fonction. Afin de pouvoir améliorer la lisibilité de la prise en charge des personnes à la rue, un nouvel outil émerge : le dossier patient informatisé, qui permet de colliger les informations médicales des différents intervenants d'un réseau de soins. C'est ce que les EMPP de Paris sont en train de mettre en place. Cet outil, hautement sécurisé, en cours de réalisation, qui retracera pour un même individu l'ensemble de sa prise en charge par les EMPP, devrait permettre de mieux organiser la continuité des soins, comme la loi nous y invite (Article L. 1110-1 du Code de la santé publique : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* »)

Dans Samenta, les femmes représentent 57,2 % [37,4 % ; 74,9 %] de la population des 18-25 ans, proportion non significativement différente de celle retrouvée dans l'étude de 1998 auprès des jeunes sans domicile de 16 à 24 ans (37 %) (Marspat et Firdion, 2000).

L'origine géographique des jeunes n'a pas évolué entre ces deux enquêtes, plus des deux tiers étant nés en France (62 % en 1998 et 69 % en 2009). Cette proportion est plus élevée que pour leurs aînés (34,2 % des 26 ans ou plus nés en France).

La fréquence des mauvais traitements subis dans le passé ne semble pas avoir diminué en onze ans. En effet, en 1998, 38 % des hommes et 47 % des femmes déclarent avoir subi de mauvais traitements, ils sont respectivement 47 % et 56 % en 2009.

Depuis 1998, le placement en famille d'accueil, institution ou foyer semble avoir régressé pour les jeunes filles. Ainsi, en 1998, 39 % des femmes rapportent avoir été confiées à la DDASS, elles sont 10 % [3,0 ; 29,1] en 2009 ; pour les hommes cette proportion n'a pas évolué (respectivement 27 % et 23 % en 2009).

Des similitudes dans les comportements des jeunes persistent entre 1998 et 2009. En effet, si les garçons ont plus fréquemment connu la prison (20 % en 1998 et 26 % en 2009), c'est beaucoup plus rare pour les filles (3 % en 1998 et moins de 2 % en 2009). Les filles évoquent, elles, davantage de fugues : 57 % en 1998 et 42 % en 2009 (versus 46 % et 24 % pour les garçons) et de tentatives de suicide : 40 % en 1998 et 31 % en 2009 (versus 24 % et 28 % pour les garçons). Les tentatives de suicide restent très élevées pour les deux sexes en 2009, sans différence significative entre hommes et femmes.

Les jeunes ont été rencontrés pour plus des deux tiers d'entre eux dans un service d'insertion (CHRS, centres maternels), pour un quart dans un service d'urgence (CHU, CHS, accueils de jour, points de distribution de repas) et pour 12 % dans un hôtel social. Comparé à leurs aînés ils sont donc plus souvent dans des situations d'hébergement stable, ces derniers étant majoritairement dans le dispositif d'urgence (55,3 % des personnes de 26 ans et plus sont dans le dispositif d'urgence et 30,9 % dans le dispositif d'insertion).

Au cours des douze derniers mois, plus de la moitié d'entre eux (54 %) a dormi le plus souvent dans un service de réinsertion, 16 % ont dormi le plus souvent dans des squats ou chez des connaissances ; 11 % ont dormi principalement dans des centres d'hébergement d'urgence et 9 % principalement en hôtel social ; 6 % des jeunes sont depuis peu sans domicile et ont principalement vécu dans leur logement personnel ; enfin, 3 % ont surtout dormi dans l'espace public, ce qui est beaucoup moins fréquent que chez leurs aînés.

Près d'un jeune sur cinq (17 %) travaille en 2009, 84 % d'entre eux vivent dans un centre d'insertion. En 1998, 32 % des jeunes déclarent un salaire, en 2009, ils sont 21 % à percevoir un salaire.

La proportion d'étudiants n'a pas varié entre 1998 et 2009 (respectivement 15 % et 17 %). Entre 1998 et 2009, les jeunes semblent avoir « poussé » un peu plus leur études jusqu'au niveau secondaire

1^{er} cycle (CAP, BEP, collège). En effet, en 1998, seuls 23 % ont atteint ce niveau, c'est plus de la moitié en 2009 (56,4 % [40,0 ; 71,4]).

La santé des jeunes plus préoccupante que celle de leurs aînés

La santé des jeunes est préoccupante, surtout lorsque l'on s'intéresse au ressenti de leur état de santé général et psychologique. Ainsi, ils sont 14,8 % à considérer leur état de santé général comme bon ou très bon et 13 % pour leur état de santé psychologique. C'est plus bas que chez leurs aînés (dont près de la moitié considère son état de santé général ou psychologique bon ou très bon).

Près d'un jeune sur cinq de 18 à 25 ans (18,6 %) déclare souffrir d'au moins une maladie chronique. Les jeunes hommes déclarent plus souvent une maladie chronique que les jeunes femmes (31,2 % versus 9,2 %). Dans l'enquête de l'Ined, 52% des hommes et 60 % des femmes déclarent au moins un problème de santé (Amossé et al., 2001). En 2009, les maladies chroniques les plus citées sont la maladie psychique qui affecte 7,2 % de la population, et plus particulièrement les jeunes hommes (16,1 % versus 0,5 % pour les jeunes femmes), les maladies respiratoires ou ORL (6,8 %), l'hypertension (4,1 %) et l'infection VIH (1,5 %). En 1998, la maladie psychique arrive en troisième position derrière les maladies respiratoires et les problèmes de peau.

Indépendamment de la présence d'une maladie chronique, 29,5 % déclarent avoir un traitement régulier et 23 % un suivi régulier pour raison médicale.

Le recours aux soins est assez fréquent chez les jeunes : en 2009, ils sont 62,6 % à avoir consulté un médecin au cours du dernier trimestre. Ils ont consulté essentiellement dans le système de soins classique (96,8 % des femmes et 92 % des hommes). En 1998, neuf femmes sur dix et deux hommes sur trois parmi les 18-25 ans ayant consulté dans les trois mois précédant l'enquête, ont eu recours au système de soins classiques. En 1998 comme en 2009, les femmes privilégient la médecine de ville (en 2009, elles sont 71,7 % à avoir consulté en cabinet de médecine privée versus 15,3 % des hommes) et les hommes les dispensaires (en 2009, ils sont 53,1 % versus 3,8 % de femmes).

La couverture maladie s'est étendue parmi les jeunes (près de 90 % sont couverts) : en 1998, 27 % des hommes n'ont aucune couverture maladie versus 10,6 % [4,0 ; 25,4] en 2009, et 18 % des femmes versus 7,7 % [3,4 ; 16,4] en 2009.

La santé mentale chez les jeunes sans logement encore moins bonne que chez leurs aînés

Près de quatre jeunes sur dix présentent un trouble psychiatrique grave chez les 18-25 ans sans logement personnel. Les schizophrénies représentent la pathologie grave la plus fréquente avec 16,5 % des jeunes touchés.

La prévalence des épisodes dépressifs majeurs au cours des douze derniers mois est estimée à 20,1 % [12,8 ; 30,0] chez les jeunes de Samenta, elle est près de cinq fois plus élevée que chez les jeunes de 16-25 ans en population générale dans l'enquête Anadep (3,8 %) (Sapinho et al., 2009). Cette prévalence est plus élevée chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes, aussi bien chez les jeunes sans logement qu'en population générale (femmes : 27 % dans Samenta et 6,3 % en population générale ; hommes : 16,4 % dans Samenta et 1,4 % en population générale).

La prévalence des épisodes dépressifs majeurs sévères des jeunes de 18-25 ans, comme pour l'ensemble de la population sans logement, n'est pas très éloignée de celle en population générale (enquête Anadep). Dans Samenta, elle s'élève à 8,2 % [3,7 ; 17,2], sans différence selon le sexe (8,8 % des hommes et 7,7 % des femmes). En population générale, elle est de 5,2 % chez les 16-25 ans dans l'enquête Anadep, de 2,2 % chez les hommes et de 8,2% chez les femmes (Sapinho et al., 2009).

L'anxiété généralisée est un phénomène plus rare, tant en population générale que dans Samenta. Elle est rapportée par 3 % des jeunes en population générale et par 6,5 % [1,1 ; 30,6] des jeunes dans Samenta.

En revanche, les tentatives de suicide au cours de la vie sont beaucoup plus élevées chez les jeunes hommes de 18-25 ans dans Samenta (28,2 %) qu'en population générale (2,1 %) (Baromètre santé 2005). De même que chez les jeunes femmes, elles sont 31,1 % dans Samenta à déclarer des tentatives de suicide au cours de la vie versus 5,8 % des 18-25 ans en population générale (Michel et al., 2007).

Les addictions près de trois fois plus élevées qu'en population générale

La présence d'au moins une addiction est déclarée par plus d'un tiers des jeunes (37,6 %). Une dépendance à l'alcool est retrouvée chez 20,5 % des jeunes et 18,6 % présentent une alcoolisation à risque. Un quart consomme régulièrement du cannabis (24,5 %).

Comparé à la population générale (Baromètre santé 2005), les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel consomment plus d'alcool, de cannabis, et d'autres drogues (cocaïne, poppers...). En effet, les jeunes de 18-25 ans en population générale sont 9 % à être des buveurs à risque chronique ou à risque de dépendance (AUDIT-C) alors qu'ils sont 20,5 % dans Samenta à être dépendants à l'alcool (AUDIT). Pour le cannabis, 8,7 % des jeunes en population générale en consomment régulièrement comparé à 24,6 % dans Samenta. Un usage quotidien de tabac concerne plus de la moitié (53,3 % [41,5 ; 64,9]) des jeunes dans Samenta, cette proportion est supérieure à celle retrouvée en population générale (Baromètre Santé 2005) qui est de 36,2 %.

On retrouve une fréquence de comorbidité importante entre la dépendance à l'alcool et/ou une utilisation régulière de cannabis et les troubles psychotiques (respectivement 44,4 % et 43,7 %). Chez les jeunes atteints de trouble de la personnalité, un tiers (34,5 %) consomme régulièrement du cannabis et près d'un quart (23,9 %) est dépendant à l'alcool.

IX. Synthèse et conclusion

Cette enquête, initiée par les pouvoirs publics, vise à améliorer la connaissance sur les troubles psychiatriques et les addictions des personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, dans un objectif opérationnel d'amélioration de la prise en charge médicale et sociale.

La première question posée par les responsables politiques portait sur l'ampleur du problème et plus précisément, la taille de la population concernée par ces troubles et ces addictions. Aussi avons-nous choisi de réaliser une enquête « en population », c'est à dire d'interroger des personnes représentant la population sans logement personnel, et pas seulement celles qui ont recours au système de soins. Pour cela, nous avons utilisé une méthodologie déjà éprouvée par l'Ined en 1995 et l'Insee en 2000, afin de tenter de joindre et de décrire une population qui n'a pas de domicile propre mais qui fréquente les services d'aide qui leur sont destinés. Cette méthodologie a été complétée par des méthodes d'épidémiologie psychiatrique qui permettent d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions. Nous nous sommes appuyés en particulier sur les travaux français de V. Kovess et C. Mangin-Lazarus, qui ont mené la précédente enquête française sur la santé mentale des sans domicile, et sur ceux de B. Falissard chez les personnes incarcérées, qui présentent des innovations méthodologiques intéressantes pour Samenta. Nous avons essayé de construire un dispositif d'enquête assurant les estimations les plus fiables de prévalence des troubles psychiatriques et des addictions. Ainsi, les personnes sans logement ont été interrogées par un binôme enquêteur professionnel / psychologue clinicien, avec un avis ultérieur de psychiatre, si nécessaire, pour coter un éventuel diagnostic. Si notre responsabilité est de fournir des résultats fiables, notre préoccupation est aussi de ne pas produire des informations qui stigmatiseraient, davantage encore la population étudiée, notamment en mobilisant des outils et des procédures de recrutement qui y surreprésenteraient indûment la maladie mentale. La méthodologie retenue permet en outre, de donner une image actualisée de la population francilienne sans logement en général.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION...ET LIMITES DE L'ÉCHANTILLON

Nous avons ainsi pu estimer la population adulte francophone sans logement personnel fréquentant les services d'aide en Ile-de-France à 21 176 personnes, dans un intervalle de confiance allant de 17 582 à 24 770 personnes. La description des caractéristiques confirme l'hétérogénéité de cette population, tant du point de vue des trajectoires de vie (migrants originaires de zones de conflits, jeunes ayant connu le placement en familles d'accueils ou institutions, personnes ayant perdu leur emploi, ou ayant connu des séparations conjugales, ...) que des traits sociodémographiques. Cette analyse contredit

largement la figure prégnante du SDF comme celle d'un homme né en France, sans-abri, isolé, sans attache, alcoolique et sans aucune activité.

La comparaison des résultats avec ceux de l'enquête de l'Insee de 2001 souffre d'un manque de puissance du fait de la taille des échantillons, qui ne permet pas de conclure à une modification de la structure de la population pourtant observée par ailleurs (féminisation, internationalisation, vieillissement). Il n'est pas non plus possible de dire si la population sans logement personnel en Ile-de-France a augmenté entre 2001 et 2009, car l'enquête ne prend en compte que les usagers de prestations et laisse de côté ceux qui n'y ont pas accès, faute d'une offre suffisante en particulier. Par ailleurs, la situation professionnelle des personnes sans logement a peu évolué : un tiers d'entre elles travaille toujours, essentiellement comme employé ou ouvrier, et parmi elles, un tiers bénéficie d'un CDI. En d'autres termes, la population des personnes sans logement compte toujours autant de travailleurs pauvres qu'il y a dix ans. Mais notre enquête suggère parallèlement une dégradation des conditions de logement et d'hébergement des personnes les plus démunies, en raison du doublement du temps passé depuis la première expérience de vie sans domicile (deux ans et demi en moyenne pour la moitié des personnes en 2001, quatre ans en moyenne pour la moitié des personnes en 2009) et de l'augmentation de la proportion de personnes qui ont dormi le plus souvent dehors dans les douze derniers mois (5 % en 2001, 11 % en 2009).

D'autre part, on constate une dégradation de l'état de santé ressenti entre 2001 et 2009, marquant un écart important avec le ressenti de la santé en population générale. Pourtant le nombre de maladies chroniques déclarées par les personnes n'a pas augmenté entre 2001 et 2009. Néanmoins, la maladie psychique occupe un rang plus élevé au sein de ces maladies : elle arrive en quatrième position en 2009, alors qu'elle n'apparaissait pas dans les dix premières en 2001. La prévalence des troubles psychiques n'ayant pas évolué, ceci peut être rattaché sans doute à un contexte de dé-stigmatisation des maladies mentales auxquelles travaillent depuis une quinzaine d'années les associations de malades. Dans ce contexte, il pourrait être à la fois plus facile de parler de souffrance psychique, et de relier cette souffrance à un état de santé plus général.

Enfin, sur le plan de la santé, comme en 2001, une personne sur dix n'a toujours pas de couverture maladie en 2009 : c'est dix fois plus élevé qu'en population générale. Cette donnée paraît contraster avec des informations sur la fréquence de recours aux soins. Il faut ainsi remarquer que le recours aux soins reste proche de celui de la population générale ; plus de 80 % des personnes ont par exemple consulté un médecin dans les douze mois précédant l'enquête... mais ce taux ne dit rien sur la qualité et le suivi des soins (au contraire même, vu le faible taux de suivi des malades psychiatriques –cf. infra – il s'agit peut être d'autant d'occasions manquées de détecter des troubles et de proposer un suivi adapté à ces personnes). Signalons aussi un recours un peu moins élevé pour les personnes hébergées dans le dispositif d'urgence comparé à celles hébergées en hôtel ou dans le dispositif d'insertion.

LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES OU D'ADDICTIONS

Prévalence des troubles psychiatriques

Nous avons estimé à un tiers de la population les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement) et de troubles anxieux.

Les troubles psychotiques, majoritairement des schizophrénies, représentent la pathologie la plus grave et la plus fréquente dans cette population comparé à la population générale, soit une prévalence huit à dix fois supérieure. La fréquence de cette pathologie ne semble pas avoir évolué depuis l'enquête de V. Kovess et C. Mangin-Lazarus en 1996. Une méta-analyse faite à partir d'études réalisées principalement aux États-Unis et en Europe, donne une estimation du même ordre.

La proximité de ces résultats ne manque pas d'étonner. Comment expliquer que la proportion de personnes atteintes de troubles psychotiques apparaisse si stable dans le temps et dans l'espace, alors même que la situation sociale se dégrade (par rapport à l'emploi, au logement) et rend donc les personnes atteintes de troubles psychotiques, à risque élevé d'exclusion sociale, encore plus vulnérables ? Est-ce le signe d'une meilleure prise en charge psychiatrique et sociale en amont ? Ces questions appellent à collecter des données longitudinales, permettant de mieux comprendre les trajectoires de personnes atteintes de troubles psychotiques.

Les troubles dépressifs sévères et les troubles anxieux sont à peine plus élevés qu'en population générale. La prédominance féminine de ces troubles observés en population générale ne se retrouve que chez les personnes sans logement atteintes de troubles anxieux. Les personnes hébergées en hôtel sont les plus touchées par ces pathologies, un quart d'entre elles en souffre.

Le risque suicidaire moyen ou sévère décelé chez une personne sur dix sans logement est plus élevé qu'en population générale, de même que les tentatives de suicide au cours de la vie rapportées par une personne sur cinq.

Les troubles de la personnalité et du comportement sont aussi beaucoup plus fréquents que dans la population générale : ils concernent une personne sur cinq. Ces troubles sont rarement investigués en population générale car très difficiles à diagnostiquer dans une enquête transversale (à partir d'une seule interview).

Les troubles dépressifs légers et moyens sont relativement plus fréquents que les épisodes sévères chez les personnes sans logement et bien plus élevés qu'en population générale contrairement aux troubles dépressifs sévères. Ces épisodes dépressifs légers et moyens peuvent être qualifiés de « réactionnels », en lien avec la situation d'exclusion sociale. Ils sont à nouveau assez fréquents parmi les personnes hébergées en hôtel, détectés chez près d'un quart des personnes.

La place des addictions

La fréquence élevée de la dépendance à l'alcool dans la population sans logement est confirmée (elle concerne trois hommes sur dix et une femme sur dix). Cependant, il faut souligner que la proportion de personnes non consommatrices d'alcool est plus élevée chez les personnes sans logement que dans la population générale. Un tiers des femmes et près d'un homme sur dix déclarent n'avoir jamais bu d'alcool au cours de leur vie. Les caractéristiques sociales et les situations de précarité influent visiblement sur la consommation d'alcool : le fait d'être une femme, d'être né à l'étranger, d'être hébergé en hôtel, d'avoir des enfants, d'être en couple sont autant d'éléments qui tendent vers une non-consommation, comme en population générale. A l'inverse, être hébergé dans le dispositif d'urgence, être un homme, vivre seul, être âgé, être né en France sont plutôt associés à une surconsommation d'alcool, comme en population générale.

Nous avons été étonnés d'avoir rencontré peu d'usagers de drogue à forte consommation, alors que l'instabilité du logement observée chez les usagers de drogue fréquentant les services thérapeutiques dédiés existe pour la moitié d'entre eux. Toutefois, la consommation régulière d'au moins un produit psycho-actif concerne près d'une personne sur cinq. Elle porte essentiellement sur le cannabis. Elle est cinq fois supérieure à la consommation équivalente en population générale. Soulignons que la consommation des autres drogues illicites ou de médicaments détournés de leur usage, quel que soit le niveau de consommation dans les douze derniers mois, reste non estimable compte tenu du très faible nombre de personnes ayant déclaré des consommations au cours de l'enquête. Si l'on peut faire, comme dans toute investigation sur des pratiques non licites, l'hypothèse d'une sous-déclaration, il semble pourtant que les usagers de ces autres drogues sont très faiblement représentés parmi les personnes fréquentant des services à destination des sans domicile.

L'étude des comorbidités révèle des modifications dans les associations habituellement rencontrées entre troubles et addictions. Les prévalences de comorbidités entre troubles psychiatriques sont du même ordre de grandeur dans Samenta qu'en population générale, entre 2 % et 4 %. Elles sont moins élevées que l'on aurait pu s'y attendre, au regard des niveaux de prévalence estimés des différents troubles par rapport à la population générale. En revanche, les comorbidités troubles psychiatriques / addictions sont beaucoup plus fréquentes. Nous avons constaté une association significative entre les troubles psychotiques et au moins une addiction, en particulier avec la consommation à risque d'alcool. Chez les personnes schizophrènes, on observe une association significative avec la consommation régulière de cannabis et une association (à la limite de la significativité) pour la dépendance à l'alcool. V. Kovess et C. Mangin-Lazarus constatent aussi une association entre schizophrénie et usage de drogue. Chez les personnes ayant un trouble de la personnalité, une association significative avec la consommation régulière de cannabis est retrouvée. Contrairement à ce qui était attendu²⁸, nous n'avons constaté aucune association significative entre les troubles de l'humeur en général (et les troubles dépressifs en particulier) ou les troubles anxieux en général (et l'anxiété généralisée en particulier) et des addictions - notamment l'alcool, que ce soit pour une consommation à risque ou une dépendance.

28. Une association entre troubles dépressifs et abus ou dépendance à l'alcool avait été mise en évidence par V. Kovess et C. Mangin-Lazarus en 1996 chez les sans domicile. Cette association a également été retrouvée en population générale (Lépine et al., 2005), de même que pour l'anxiété généralisée.

Le recours aux soins psychiatriques

L'analyse du recours aux soins psychiatriques a montré que deux tiers de la population sans logement personnel ont eu dans leur vie recours aux soins, pour un motif de santé mentale. Il n'est pas certain que ce taux de recours ait évolué depuis l'analyse qu'en avaient faite V. Kovess et C. Mangin-Lazarus en 1996, la différence n'étant pas statistiquement significative. Cependant, ce chiffre doit être relativisé par un autre : près des trois quarts de ces personnes ne se sont pas maintenues dans le soin et la moitié d'entre elles a déjà interrompu au moins une fois son traitement. Parmi elles, quatre personnes sur dix présentent un trouble psychotique diagnostiqué. Mais on peut également relativiser cette mauvaise observance du traitement, en la comparant à celle de la population générale dont la fréquence et les motifs d'arrêts sont proches. Par ailleurs, près d'un quart des personnes atteintes d'un trouble sévère n'a déclaré aucun recours aux soins et seuls 18 % de la population déclarent un suivi en cours.

Si l'interprétation de ces résultats en terme de défaut de recours aux soins est délicate (toutes les personnes qui présentent un problème de santé mentale n'ayant pas forcément besoin de soins), ce taux est si faible, y compris pour des troubles sévères, qu'il correspond sans doute à une fréquence élevée d'authentiques défauts de suivi. Pour autant, des analyses plus poussées seront nécessaires pour mieux comprendre ce qui, dans l'absence de recours aux soins, revient d'une part à un défaut de perception d'un besoin réel, d'autre part à des difficultés dans l'accès à des soins nécessaires liées aux conditions de vie et aux expériences vécues des personnes, et enfin à des troubles qui ne relèvent pas de soins.

Victimation

Les personnes en grande précarité ont vécu dans leur passé plus de violences et subissent au cours de leur vie plus de violences que la population générale. Ces faits étayés par de nombreux travaux sont confirmés dans Samenta. Au cours de la vie, les violences psychologiques ou morales répétées rapportées sont cinq fois plus importantes qu'en population générale. Les violences sexuelles sont aussi particulièrement élevées, quatre fois plus pour les femmes et près de dix fois plus pour les hommes comparé à la population générale.

Si l'ensemble de la population des personnes sans logement est plus souvent victime de violences au cours de sa vie ou dans l'année écoulée, parmi elles, les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves sont encore plus touchées. Dans Samenta, les personnes atteintes de troubles mentaux sévères sont victimes de violences, que ce soit au cours de leur vie ou des douze derniers mois, dans des proportions bien supérieures à celles des personnes n'ayant aucun trouble diagnostiqué. Et parmi celles atteintes de troubles sévères, les personnes atteintes de troubles psychotiques ont vécu le plus de violences au cours de la vie en particulier psychologiques ou morales (six personnes sur dix) ou sexuelles (quatre personnes sur dix). Ces prévalences importantes ne suffisent pourtant pas à dire, comme c'est souvent le cas, que les personnes sans logement personnel sont toutes et quotidiennement victimes de violence. Réduire la réalité de cette façon empêche de lutter contre la diversité des situations rencontrées.

LES JEUNES DE 18-25 ANS, LEUR SANTÉ ...MENTALE ET LES ADDICTIONS

Les jeunes de 18-25 ans sans logement personnel ont fait l'objet d'une attention particulière dans l'enquête et dans nos analyses. Ils sont assez différents, dans leurs caractéristiques sociodémographiques, de leurs aînés : ils sont plus souvent nés en France, les femmes sont plus représentées, ils ont plus souvent un passé de placement dans l'enfance, ils sont plus souvent hébergés dans des structures d'insertion. Comparé à des jeunes de 16-25 ans parisiens sans logement interrogés en 1998, on constate une diminution du placement pour les jeunes filles, une amélioration du niveau d'étude, mais une proportion de salariés qui tend à être moindre. Ces jeunes présentent un état de santé ressenti notablement mauvais, plus mauvais que celui de leurs aînés et des jeunes insérés. Le premier problème de santé déclaré est un problème psychique, ce qui semble plus les préoccuper qu'en 1998. Le recours aux soins est assez fréquent, plus des deux tiers ont consulté dans le dernier trimestre et leur couverture maladie s'est étendue en 2009.

Près de quatre jeunes sur dix sans logement présentent un trouble psychiatrique sévère. La schizophrénie représente la pathologie la plus grave et la plus fréquente, comme pour les adultes. Les autres pathologies sévères - anxiété généralisée, troubles dépressifs sévères - sont un peu plus élevées qu'en population générale. Comme chez leurs aînés, ce sont les épisodes dépressifs moyens et légers qui sont les plus fréquents. Les tentatives de suicide au cours de la vie chez les jeunes hommes et femmes sont cinq à dix fois plus élevées que chez les jeunes du même âge de la population générale.

La consommation de produits psychoactifs est particulièrement importante chez les jeunes sans logement. Un sur cinq est dépendant à l'alcool, une proportion équivalente présente une consommation à risque d'alcool et un quart consomme régulièrement du cannabis. Ces prévalences sont bien plus élevées que chez les jeunes du même âge en population générale. Ces fortes prévalences se reflètent dans les taux de comorbidités entre troubles psychiatriques et addictions. On constate une association significative entre le fait d'avoir au moins une addiction et un trouble psychotique (en particulier une schizophrénie) de même qu'entre une addiction et un trouble de la personnalité. On ne retrouve par contre aucune association entre troubles dépressifs et addictions.

POUR CONCLURE

Par conséquent, la population sans logement personnel francilienne demeure particulièrement touchée en terme de troubles psychiatriques. Les troubles mentaux et les addictions restent surreprésentés par rapport à la population générale, en particulier dans leurs formes les plus sévères, les troubles psychotiques, et donc les plus handicapantes. Pour la majorité des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères rencontrées, la prévention du risque d'exclusion sociale, inhérent à ce type de pathologie, a été mise en échec. Les prévalences de troubles sévères et d'addictions sont par ailleurs plus élevées dans des dispositifs à bas seuil, qui accueillent un public plus défavorisé et ne facilitent pas l'accès ou le maintien dans le soin. Le dispositif d'urgence et les hôtels sociaux sont particulièrement concernés.

Néanmoins, cette conclusion doit être relativisée. La maladie mentale n'affecte pas toute la population sans logement personnel, encore moins dans ses formes les plus sévères ; il en est de même au sujet des addictions.

Les prévalences mesurées devront être, dans les prochaines analyses, rapportées plus précisément aux caractéristiques et aux trajectoires sociales des personnes enquêtées, afin de rendre compte plus finement de l'inégale répartition des troubles et des addictions dans la population, mais aussi d'évaluer leur importance variable dans les parcours et la vie ordinaire des personnes.

Bibliographie

Allonier C, Dourgnon P, et Rochereau T. 2008. Enquête sur la santé et la protection sociale 2006. Paris : IRDES.

Amossé T, Doussin A, Firdion JM, Marpsat M et Rochereau T. 2001. Questions d'économie de la santé : Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. *Bulletin d'information en économie de la santé*, no. 40.

Ardilly P et Le Blanc D. 2001. Echantillonnage et pondération d'une enquête auprès de personnes sans domicile : un exemple français. *Technique d'enquête* 27, no. 1 : 117-127.

Bajos N, et Bozon M. 2008. *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques genre et santé*. Paris : La Découverte.

Bazin F, Parizot I, et Chauvin P. 2005. Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare: a study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001-2003. *European Journal of Public Health* 15 : 361-367.

Bebbington PE, Angermeyer M, Azorin JM, Brugha T, Kilian R, Johnson S et al. 2005. The European schizophrenia cohort (EuroSC) - A naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40 : 707-717.

Beck F, Guilbert P et Gautier A. 2007. *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportement de santé*. Editions Inpes.

Beck F, Legleye S, et Spilka S. 2006. L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Economie et statistique*, no. 391-392 : 131-149.

Beck F, Legleye S, et Spilka S. 2007. Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier. *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé* : 168-221. Editions Inpes.

Bellamy V, Roelandt JL, et Caria A. 2004. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et résultats* (Drees), no. 347.

Benoist Y. 2009a. *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins*. Paris : L'Harmattan.

—. 2009b. La folie réinventée. *Médiapart* (24 décembre 2009).

Bonin JP, Fournier L, Blais R, 2007. Predictors of Mental Health Service Utilization by People Using Resources for Homeless People in Canada. *Psychiatric Services* 2007 58 : 936-941.

Bonin JP, Fournier L, Blais R, Perrault M, et Djawn White J. 2009. Health and Mental Care Utilization by Clients of Resources for Homeless Persons in Quebec City and Montreal, Canada: a 5-year Follow-up Study. *The Journal of Behavioural Health Services & Research* : 95-110.

- Bresson M., 1997. *Les SDF et le nouveau contrat social*. Paris : L'Harmattan.
- . 2003. Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. *Cahiers internationaux de sociologie* 115 : 311-326.
- Briffault X, Morvan Y, Guilbert P, et Beck F. 2008. Evaluation de la dépression dans une enquête en population générale. *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire* 35-36 : 318-321.
- Brousse C, de la Rochère B, et Massé E. 2002. Les sans domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002* : 395-431. Paris : La Documentation française.
- Brousse C. 2006a. Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête. *Insee - Méthodes* no. 116, partie 1.
<http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imet116.htm>
- . 2006b. Réalisation de l'enquête. *Insee - Méthodes* no. 116, partie 3.
<http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imet116.htm>
- Bruneteaux P, et Lanzarini C. 1998. La sexualité agressive des sous-prolétaires à la rue. *L'homme et la société* 129, no. 3 : 113-126.
- Cavalin C. 2007. Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans : Premiers résultats de l'enquête événements de vie et santé. *Etudes et résultats (Drees)*, no. 598.
- Chambaud L, et De Fleurieu A. 2006. *Rapport de la mission effectuée à la demande de madame Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité*.
- Chamboredon H, et Portas C. 2005. Franciliens sans domicile : un sur trois est sans logement depuis plus d'un an. *Insee Ile-de-France à la page*, no. 259.
- Chan Chee C, Beck F, et Sapinho D. 2009. *La dépression en France – Enquête Anadep 2005*. Inpes.
- Chauvin P, and the EUROPROMED working group, eds. 2002. *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*. Amsterdam : IOS Press.
- Chauvin P, et Parizot I. 2003. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 51: 577-588.
- Chauvin P, et Parizot I, eds. 2005a. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Editions Inserm.
- . 2005b. *Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social*. Paris : Editions Inserm-Vuibert.
- Chauvin P, et Parizot I. 2009. *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'Ile-de-France, une analyse de la cohorte SIRS*. Paris : Editions de la DIV.
- Chauvin P, Parizot I, et Simonnot N. 2009. *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*. Paris : Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde.
- Cohen J. 1960. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 20 : 27-46.
- Coid J, Yang M, Roberts A, et Ulrich S. 2006. Prevalence and correlates of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 188 : 423-431.

- Couty E. 2009. *Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports*. Paris, Ministère de la santé et des sports.
- Corruble E, et Hardy P. 2003. L'observance du traitement en psychiatrie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Paris : Elsevier. 6 p.
- Craig M, Burns T, Fitzpatrick R, Pinfold V, et Priebe S. 2007. Social exclusion and mental health. *British Journal of Psychiatry* : 477-483.
- Damon J. 2002. *La question SDF. Critique d'une action publique*. Paris : PUF.
- Darves-Bornoz, JM, Lamperiere T, Degiovanni A, et Gaillard P. 1995. Sexual victimization in women with schizophrénia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 30 : 78-84.
- De La Rochère B. 2003. La santé des sans-domicile des services d'aide. *Insee première*, no. 893.
- Debras B, Chamboredon H, et Thiery P. 2004. Dans l'Ile-de-France, un sans-domicile sur trois déclare avoir un emploi. *Insee Ile-de-France à la page*, no. 241.
- Debras B et Dorothé O. 2002. Les sans domicile usagers des services d'aide dans l'agglomération parisienne. *Insee Ile-de-France à la page*, no. 214.
- Declerck P. 2001. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon.
- Declerck P et Pailler JJ. 2007. Clochardisation et autodestruction. *Revue française de psychosomatique* 32, no. 2 : 129-144.
- Deville JC et Lavallé P. 2006. Sondage indirect : les fondements de la méthode généralisée du partage des poids. *Technique d'enquête* 32, no. 2 : 185-196.
- Dodier N et Rabeharisoa V. 2006. Les transformations croisées du monde «psy» et des discours du social. *Politix* 19, no. 73 : 9-22.
- Douville O. 2004. Exclusions et corps extrêmes. *Champ Psychosomatique*, no. 35 : 89-104.
- Ducq H, Guesdon I et Roelandt JL. 1997. Santé mentale des sans-abri. Revue critique de la littérature anglo-saxonne, *L'Encéphale* 23, no. 6 : 420-430.
- Ehrenberg A. 2004a. Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue Française des Affaires Sociales*, no. 1 : 77-88.
- . 2004b. Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit* : 133-156.
- . 2004c. Le sujet cérébral. *Esprit* : 130-155.
- . 2007. Sciences neurales, sciences sociales : de la totémisation du soi à la sociologie de l'homme total (De Mauss à Wittgenstein et retour). *Les sciences sociales en mutation*, éd Michel Wieworka : 385-397. Paris : Sciences Humaines.
- . 2008. Le cerveau «social». Chimère épistémologique et vérité sociologique. *Esprit* : 79-103.
- Ehrenberg A et Lovell A. 2001. *La maladie mentale en mutation*. Psychiatrie et Société. Paris : Odile Jacob.
- Embersein C et Gremy I. 2008. La dépression chez les adultes franciliens : Exploitation du Baromètre santé 2005. *ORSIF Bulletin français* : 16p.
- Falissard B. 2004. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*. Rapport au Ministère de la santé et au Ministère de la justice.

- Falissard B, Loze JY et Gasquet I. 2006. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 6 : 33.
- Fassin D. 1996. Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États-Unis et en Amérique latine. *Revue française de sociologie* 37, no 1 : 37-75.
- 2006. Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique. *Politix* 19, no. 73 : 137-157.
- Fazel S, Khosla V, Doll H, et Geddes J. 2008. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine* 5, no 12 : 1670-1680.
- FEANTSA 2009. Participation des personnes sans domicile : partager le pouvoir et travailler ensemble. *Sans-abri en Europe*. Bruxelles.
<http://www.feantsa.org/code/fr/theme.asp?ID=34>
- Feinstein AR et Cicchetti DV. 1990. High agreement but low Kappa : I. The problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology* 43 : 543-548.
- Folsom DP, Hawthorne W, Lindamer L, Gilmer T, Bailey A, Golshan S et al. 2005. Prevalence and risk factor for homelessness and utilization of mental health services among 10 340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry* 162(2) :370-376.
- Gardella E. 2003. Au-delà des lectures sociologiques et psychiatriques de l'exclusion. A propos des Naufragés de Patrick Declerck (note critique). *Terrains et travaux* 5, no. 2 : 165-176.
- Gardella E et Le Méner E. 2010. *Le refus d'hébergement d'urgence de la part de personnes sans-domicile*. Observatoire du Samusocial de Paris (à par.)
- Girard V, Estecahandy P et Chauvin P. 2010. La santé des personnes sans chez soi : *Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport à la Ministre de la santé et des sports. Paris : La Documentation française.
- Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et Strang J. 1995. The Severity of Dependence Scale (SDS) : psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90 : 607-614
- Guesdon I, et Roelandt JL. 1998. Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe. *L'information psychiatrique*, no. 4 : 343-357.
- Hopper K. 1988. More than Passing Strange : Homelessness and Mental Illness in New York City. *American Ethnologist* 15, no. 1 : 155-167.
- . 2002. *Reckoning with Homelessness*. Ithaca : Cornell University Press.
- Insee. 2006. Recensement de la population. Insee.
<http://www.recensement.insee.fr/basesTableauxDetailliesTheme.action?idTheme=12>.
- Irwin J, LaGory M, Ritchey F, et Fitzpatrick K. 2008. Social assets and mental distress among the homeless : Exploring roles of social support and other forms of social capital on depression. *Social Science and Medicine* 67 : 1935-1943.
- Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Maillochon F, Saurel-Cubizolles MJ et Schiltz MA. 2002. *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*. Paris : La Documentation française.

- Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C et al. 2006. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 33 : 244-247.
- Kamaldeep B, Shanahan L et Harding G. 2006. Homelessness and Mental Illness : A Literature Review and a Qualitative Study of Perceptions of the Adequacy of Care. *International Journal of Social Psychiatry* 52, no 2 : 152-165.
- Koegel P. 1992. Through a Different Lens : An Anthropological Perspective on the Homeless Mentally Ill. *Culture, Medecine and Psychiatry*, no. 16 : 1-22.
- Kovess V. 2007. Evaluation du besoin de soin en psychiatrie. *Manuel de psychiatrie*, éd. Julien-Daniel Guelfy et Frédéric Rouillon 620-624. Issy-Les-Moulineaux : Masson.
- Kovess V et Mangin-Lazarus C. 1997. *La santé mentale des sans-abri dans la ville de Paris*. Rapport association l'Elan Retrouvé.
- . 1999. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34 : 580-587.
- Lam J et Rosenheck R. 1998. The effect of Victimization on Clinical Outcomes of Homeless Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 49 : 678-683.
- Lamb H et Bucharach LB. 2001. Some Perspectives on Desinstitutionalization. *Psychiatric Services* 52 : 1039-1045.
- Landis JR et Koch G. 1977. Measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159-174.
- Lanzarini C. 2000. *Survivre dans le monde sous-prolétaire*. Paris : PUF.
- . 2003. Survivre à la rue. Violence faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale. *Cahiers du genre*, no. 35 : 95-115.
- Lavallé P. 2002. *Sondage indirect : ou la méthode généralisé du partage des poids*. Paris et Bruxelles : Ellipses et Université de Bruxelles.
- Lazarus A. 2000. Les conséquences de la précarité du point de vue sociologique. *Pratiques en santé mentale*, no. 1: 5-11.
- Lazarus A et Strohl H. 1995. *Souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail « Ville santé mentale, précarité et exclusion sociale »*. Rapport à la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion.
- Le Pape A et Lecompte T. 1999. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997. *Questions d'économie de la santé*, no. 21.
- Legleye S et Beck F. 2007. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. Dans *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, 168-221. Editions Inpes.
- Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et Gaudin AF. 2005. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'encéphale* 31 : 182-94.
- Lovell A. 1996. Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs ». Dans *La folie dans la place*, éd. Isaac Joseph et Joëlle Proust, 55-81. Raisons Pratiques 7. Paris : EHESS.

- . 2003. Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale, Rapport à l'Institut de veille sanitaire, Paris.
- . 2000. Les troubles mentaux. In *Les inégalités sociales de santé* : 251-266. Paris : La Découverte.
- . 2001. Fictions de soi-même ou les délires identificatoires dans la rue. *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et Société*, éd Alain Ehrenberg et Anne Lovell, 127-161. Paris : Odile Jacob.
- . 2007. Sociologie des troubles psychiatrique. *Manuel de psychiatrie*, éd. Julien-Daniel-Guelfy et Frédéric Rouillon, 66-74. Issy-Les-Moulineaux : Masson.
- Lovell A, Cook J, et Velpy L. 2008. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de littérature et des notions connexes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 56: 197-207.
- Maniglio R. 2009. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119 : 180-91.
- Marpsat M, et Firdion JM. 2000. *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 90*. Paris : Ined-PUF.
- Marpsat M. 2001. Problems in Comparative and Triangulated Homelessness Research. *Bulletin de méthodologie sociologique* 71, no. 1 : 5-57.
- Marpsat M, Quaglia M, et Razafindratsima N. 2003-2004. Les sans domicile et les services itinérants. *Les travaux de l'Observatoire National Pauvreté et Exclusion Sociale* : 255 - 290. Paris : La Documentation française.
- Marpsat M et Vanderburg A. 2004. *Le Monde d'Albert La Panthère, cybernaute et sans domicile à Honolulu*. Paris : Bréal.
- Massé E. 2006. Aspects statistiques. Partie 4, *Insee - Méthodes*, no. 116.
- Médecins du Monde. 2008. *Rapport de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde*.
- Mercuel A. 2007. Prise en charge des exclus. *Manuel de Psychiatrie*, éd. Julien-Daniel Guelfy et Frédéric Rouillon, 606-610. Issy-Les-Moulineaux : Masson.
- . 2008. Les antipsychotiques auprès des usagers : images et vécu en précarité. *L'encéphale*, Supplément 6: s206 - s208.
- Meert H, Benjaminsen L, Cabrera P, et al. 2005. *L'évolution des profils des sans-abri : une dépendance persistante à l'égard des services d'urgence en Europe : qui et pourquoi ?* Bruxelles : Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-abri (FEANTSA).
- Michel G, Aquaviva E, Aubron V, et Purper-Ouakil D. 2007. Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. *Baromètre Santé* 2005, 487 - 506. Editions Inpes.
- Minard M, 1999. *Exclusion et psychiatrie*. Paris : Erès.
- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. 2005. *circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie*.
- MIPES. 2009. *Recueils statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Ile-de-France au 31 décembre 2008*.
- Moore G, Gerdzt M, et Manias E. 2007. Homelessness, health status and emergency department use: An integrated review of the literature. *Australian Emergency Nursing Journal* 10 : 178-185.

- Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R, Pinfold V, et Priebe S. 2007. Social exclusion and mental health. *British Journal of Psychiatry*, no. 191: 477-483.
- Morin P, Ghosn AM, et Dorvil H. 2003. Sévices sexuels et physiques envers les femmes présentant des troubles graves de santé mentale : une recension des écrits. *Santé mentale au Québec* 28, no. 2 : 233-250.
- Morvan Y, Pietro A, Briffault X, Blanchet A, Dardennes R, Rouillon F, et Lamboy B. 2007. La dépression, : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. Dans *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. Inpes.
- Murali V, et Oyeboode F. 2004. Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* 10 : 216-224.
- Narrow WE, Rae DS, Robins LN, et Regier DA. 2002. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry* 59, no. 2 : 115-123.
- North CS, Eyrich KM, Pollio DE, et Spitznagel EL. 2004. Are rates of psychiatric disorders in the homeless population changing ? *American Journal of Public Health* 94, no. 1 : 103-108.
- North CS, Pollio DE, Thompson SJ, Ricci DA, Smith EM, et Spitznagel EL. 1997. A Comparison of Clinical and Structured Interview Diagnoses in a Homeless Mental Health Clinic. *Community Mental Health Journal* 33 : 531-543.
- Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. 2007. *Guide des lieux d'accueil pour personnes en difficulté, Ile-de-France 2007 2008*.
www.ors-idf.org
- Orain H, et Chambaud L. 2008. *L'identification et la prise en charge des personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement*. Rapport remis au Préfet de Paris.
- Organisation Mondiale de la Santé. 1992. CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Issy-Les-Moulineaux : Masson.
- Parizot I, Chauvin P, Firdion JM, et Paugam S. 2004. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Ile de France. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, 367-414. Paris : La Documentation française.
- Paugam S, et Cléménçon M. 2002. Détresse et ruptures sociales - Résultats de l'enquête OSC-FNARS « personnes en détresse », FNARS, *Recueils et documents*, n° 17, avril, 68p.
- Perret J, Vayne P, Furtos J, Declerc C, Deries B, Fracassi A, Gormally O, Houver J, Lascotas M, et Laval C. 1997. *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*. Lyon : ORSPERE / Ecole Rockefeller.
- Pichon P. 2000. Premiers travaux sociologiques et ethnographiques français à propos des sans domicile fixe. La rue et le foyer. *Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, éd. Jean-Marie Firdion et Maryse Marpsat, 107-126. Paris : Editions de INED et PUF Diffusion
- . 2007. Penser d'ici, penser d'ailleurs. Vers une anthropologie pragmatique des SDF Dans *Itinéraires d'un pragmatiste : autour d'Isaac Joseph*, éd. D. Cefai et C. Saturno. Paris : Economica.
- Pichon P, et Torche T. 2007. *S'en sortir...Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*. Saint-Etienne : Publications de l'Université de Saint-Etienne.

- Pickett-Schenk SA, Cook JA, Grey D, Banghart M, Rosenheck RA, et Randolph F. 2002. Employment Histories of Homeless Persons with Mental Illness. *Community Mental Health Journal* 38, no. 3 : 199-211.
- Quesemond Zucca, S. 2007. *Je vous salis ma rue*. Paris : Stock.
- Roustit C, Cadot E, Renahy E, Massari V, et Chauvin P. 2008. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *BEH* 35-36 : 321-325.
- Sapinho D, Chan Chee C, et Beck F. 2009. Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités. *La dépression en France Enquête ANADEP 2005*, 35 - 57. Inpes.
<http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/depression2005.pdf>
- Schvartz A. 2007. *Le Plan d'Urgence Hivernale. L'échec du pilotage automatique de la prise en charge des sans-abri*. Observatoire du Samusocial de Paris.
- . 2009. Les Enfants de Don Quichotte et le plan d'urgence hivernale : les effets d'une mobilisation collective sur l'action publique. *Raison présente*, no. 170 : 79-90.
- Sheehan DV, Lecubrier Y, et Sheehan KH. 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CIM10. *J Clin Psychiatry* 59 suppl 20 : 22-33; quiz 34-57.
- Sicot F. 2001. *Maladie mentale et pauvreté*. Paris : L'Harmattan.
- Snow DA, Baker SG, Anderson L, et Martin M. 1986. The myth of pervasive mental illness among the homeless. *Social Problems* 33 : 407-423.
- . 1988. On the Precariousness of Measuring Insanity in Insane Contexts. *Social Problems* 35, no. 2 : 192-196.
- . 1989. Criminality and Homeless Men : An Empirical Assessment. *Social Problems* 36, no. 5 : 532-549.
- Snow DA, et Anderson L. 1993. *Down on Their Luck. A Study of Homeless People*. Berkeley et Los Angeles : University of California Press.
- Sullivan G, Burnam A, Koegel P, et Hollenberg J. 2000. Quality of life of homeless persons with mental illness : results from the course-of-homelessness study. *Psychiatric Services*; 51 : 1135-41.
- Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, et Goodman LA. 2002. The social-environmental context of violent behaviour in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health* 92 : 1523-31.
- Tremblay J, Rouillard R, April N, et Sirois M. 2001. DEBA-A/D, Dépistage/Evaluation du Besoin d'Aide, Alcool/Drogues, version 1.7. Manuel d'utilisation. Québec, Qc, Canada: ALTO/Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve.
<http://www.risqtoxico.ca/risq/www/>
- Wright JD. 1988. The Mentally Ill Homeless : What is Myth and What is Fact ? *Social Problems* 35, no. 2 : 182-191.

Liste des annexes

ANNEXE 1	
Liste des tableaux + tableaux	138
ANNEXE 2	
Lettre de mission	168
ANNEXE 3	
Lettre d'information aux structures	169
ANNEXE4	
Guide de l'enquête (document de travail des enquêteurs)	170
ANNEXE 5	
Carnet de l'enquêteur	176
ANNEXE 6	
Affiche Samenta dans les structures	179
ANNEXE 7	
Lettre d'information aux enquêtés	180
ANNEXE 8	
Calendrier de l'étude	181
ANNEXE 9	
Questionnaire	184

Annexe 1 : Liste des tableaux

Tableau A1 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes sans logement personnel d'Ile-de-France selon le type de structure, enquête Samenta, 2009.

Tableau A2 : Statut matrimonial par sexe, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A3 : Fréquence des personnes ayant au moins un enfant vivant avec elle, par sexe et par classe d'âge, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A4 : Situation professionnelle au moment de l'enquête, par sexe, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A5 : Situation professionnelle au moment de l'enquête, par classe d'âge, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A6 : Caractéristiques des personnes en fonction de leur situation professionnelle au moment de l'enquête, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A7 : Caractéristiques des emplois (contrat, temps de travail, CSP), chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France qui travaillent au moment de l'enquête, enquête Samenta, 2009.

Tableau A8 : Evénements marquants de la vie par lieu de naissance, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A9 : Type de violence par type de structure, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A9bis : Type de violence subie au cours des douze derniers mois par sexe, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A10 : Lieu de vie avant d'être sans domicile la première fois par classe d'âge, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A11 : Raisons de la perte de domicile la première fois par classe d'âge, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A12 : Couverture maladie par lieu de naissance, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A13 : Prévalence d'au moins un trouble psychiatrique sévère selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A13a : Lieux les plus fréquentés pour dormir durant les douze derniers mois chez les personnes sans logement personnel atteintes de troubles psychiatriques sévères en Ile-de-France, Enquête Samenta, 2009.

Tableau A13b : Fréquence des troubles psychiatriques sévères selon les lieux dans lesquels les personnes sans logement personnel ont dormi le plus souvent durant les douze derniers mois, enquête Samenta, 2009.

Tableau A14 : Prévalence des troubles psychotiques selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A15 : Prévalence de la schizophrénie selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A16 : Prévalence des troubles délirants selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A17 : Prévalence des autres troubles psychotiques selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A18 : Prévalence des troubles de l'humeur selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A19 : Prévalence des troubles sévères de l'humeur selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A20 : Prévalence des troubles dépressifs sévères selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A21 : Prévalence des manies ou hypomanies selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A22 : Prévalence des troubles affectifs bipolaires selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A23 : Prévalence des troubles anxieux selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A24 : Prévalence de l'état de stress post-traumatique selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A25 : Prévalence de l'anxiété généralisée selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A26 : Prévalence des autres troubles anxieux selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A27 : Prévalence des troubles de l'adaptation selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A28 : Prévalence des troubles de la personnalité selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A29 : Prévalence des troubles de la personnalité dyssociale selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A30 : Prévalence des troubles de la personnalité dépendante selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A31 : Prévalence des troubles de la personnalité borderline selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A32 : Prévalence des troubles de la personnalité émotionnellement labile selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A33 : Prévalence des autres troubles de la personnalité selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A34 : Prévalence des troubles de la personnalité sans précision selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A35 : Prévalence des troubles non sévères de l'humeur selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A36 : Prévalence des troubles dépressifs moyens selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A37 : Prévalence des troubles dépressifs légers selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A38 : Prévalence du risque suicidaire élevé ou moyen selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A39 : Prévalence des addictions alcool et/ou au moins une drogue illicite selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A40 : Prévalence de la consommation à risque d'alcool selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A41 : Prévalence de la dépendance à l'alcool selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A42 : Prévalence de la consommation régulière de cannabis selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A43 : Prévalence de la consommation régulière d'au moins une drogue illicite et/ou d'un médicament détourné de son usage selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Tableau A44 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes de 18-25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009

Tableau A45 : Prévalences des troubles psychiatriques, du comportement et des addictions dans différentes études.

Tableau A1 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes sans logement personnel d'Ile-de-France selon le type de structure, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	n obs	%	IC 95%	N	IC 95%
Sexe					
Homme	402	65,1	54,5 ; 74,4	13 777	10 408 ; 17 146
Femme	438	34,9	25,7 ; 45,5	7399	5077 ; 9721
Age					
18-25 ans	222	17,1	12,2 ; 23,5	3619	2550 ; 4688
26-29 ans	112	13,5	8,9 ; 20,0	2863	1530 ; 4195
30-39 ans	230	26,6	21,3 ; 32,6	5628	4050 ; 7206
40-49 ans	166	25,8	18,8 ; 34,3	5455	3494 ; 7416
≥ 50 ans	110	17,0	12,0 ; 23,7	3611	2179 ; 5044
Lieux de naissance					
France	280	40	33,1 ; 47,4	8469	6532 ; 10 406
Etranger	559	60	52,6 ; 66,9	12 690	9875 ; 15 505
Services					
Urgence	420	50,0	41,6 ; 58,4	10 587	8028 ; 13 146
Insertion	224	36,6	28,4 ; 45,7	7747	5245 ; 10 249
Hôtel	196	13,4	11,0 ; 16,3	2842	2522 ; 3162
Niveau d'étude					
Jamais été à l'école	33	5,1	3,0 ; 8,6	1047	455 ; 1692
Enseignement primaire	73	6,1	4,0 ; 9,0	1286	756 ; 1816
Enseignement secondaire 1 ^{er} cycle	358	46,1	36,4 ; 56,0	9753	7230 ; 12 277
Enseignement secondaire 2 nd cycle	225	26,4	17,6 ; 37,4	5579	3087 ; 8071
Enseignement supérieur	151	16,5	12,5 ; 21,4	3483	2472 ; 4495
Situation de famille					
Seul	478	70,2	61,9 ; 77,3	14 857	11 614 ; 18 101
Seul avec enfant	205	14,4	8,9 ; 22,6	3058	1583 ; 4533
En couple	26	3,8	1,9 ; 7,2	802	241 ; 1363
En couple avec enfant	114	9,5	6,2 ; 14,1	2009	1190 ; 2827
Avec parents	5	0,1	0,1 ; 0,3	27	3 ; 51
Avec d'autres personnes	12	2,0	0,5 ; 7,1	423	0 ; 971

Tableau A2 : Statut matrimonial par sexe, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Statut matrimonial</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21 176)
Célibataire ou en concubinage	64,0	72,7	67,0
Divorcé ou séparé *	23,3	11,0	19,0
Marié pour la 1 ^{ère} fois	10,6	13,2	11,5
Veuf	0,7	2,3	1,3
Remarié après un divorce *	0,7	0,1	0,5
Remarié après un veuvage	0,6	0,3	0,5
Pacsé	0,2	0,5	0,3

$p < 0.05$

Tableau A3 : Fréquence des personnes ayant au moins 1 enfant vivant avec elle, par sexe et par classe d'âge, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Classe d'âge</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21 176)
18-25 ans	4,7	22,4	20,0
26-30 ans	1,6	32,3	28,3
31-40 ans	63,4	32,9	36,9
41-49 ans	26,3	11,9	13,7
≥ 50 ans	4,0	0,7	1,1
Total	100	100	100

Tableau A4 : Situation professionnelle au moment de l'enquête, par sexe, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Situation professionnelle</i>	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21 176)
Au chômage *	51,6	33,4	45,2
Travaille	26,1	33,2	28,6
Pas autorisé à travailler	10,8	10,7	10,8
En invalidité *	5,2	1,6	4,0
Etudiant **	1,2	7,1	3,2
Au foyer ***	0	6,2	2,2
Autre inactif **	0,6	5,2	2,2
Retraité ***	3,2	0,1	2,1
Jamais travaillé ***	0,1	2,4	0,9
Ne veut pas répondre	1,2	0,1	0,8

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tableau A5: Situation professionnelle au moment de l'enquête, par classe d'âge, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Situation professionnelle</i>	18-25 ans (%) (n=222,N=3619)	26-30 ans (%) (n=112,N=2863)	31-40 ans (%) (n=230,N=5628)	41-49ans (%) (n=166,N=5455)	≥ 50 ans (%) (n=110,N=3611)	<i>Ensemble (%)</i> (n=840, N=21176)
Au chômage	55,0	60,5	39,7	45,8	29,5	45,2
Travaille	17,3	24,2	40,7	35,7	14,9	28,6
Pas autorisé à travailler	2,8	10,4	11,9	13,6	13,5	10,8
En invalidité ***	0	0,9	0,8	3,5	16,4	4,0
Etudiant ***	17,4	0,4	0,7	0	0	3,2
Au foyer *	5,6	1,5	3,3	0,3	0	2,2
Autre inactif *	0,6	0,9	1,4	1,0	8,0	2,2
Retraité **	0	0	0	0	12,5	2,1
Jamais travaillé	1,3	1,3	1,3	0,1	0,7	0,9
Ne veut pas répondre	0	0	0	0	4,7	0,8
Congé parental	0	0	0,02	0	0	0,004

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A6 : Caractéristiques des personnes en fonction de leur situation professionnelle au moment de l'enquête, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques</i>	Personnes qui travaillent (n=208, N=6 048)	<i>Personnes qui ne travaillent pas *</i> (n=632, N=15 128)
Femme	40,6	31,5
Age moyen	37,5	38,2
18-25 ans	10,3	16,9
26-30 ans	13,1	17,6
31-40 ans	38,4	23,9
41-49 ans	29,3	22,9
≥ 50 ans	8,9	18,8
Né en France	31,5	43,1
Niveau d'étude		
Jamais été à l'école	2,6	5,0
Enseignement primaire	4,7	7,1
Enseignement primaire 1 ^{er} cycle	49,8	45,2
Enseignement secondaire	25,8	26,9
Enseignement supérieur	17,1	15,9
Situation de famille		
Seul	62,5	71,8
Seul avec enfant	20,0	12,7
En couple	7,6	2,4
En couple avec enfant	9,4	10,3
Avec parents	0,2	0,1
Avec d'autres personnes	0,3	2,7
Couverture maladie		
Sécurité sociale	47,1	22,2
CMU	28,7	48,2
AME	20,7	13,9
Aucune	3,2	10,6
Prestations sociales	26,8	50,0
RMI	4,8	20,4
RMA	0,2	1,4
Allocation chômage	0,8	10,1
Allocation familiales	11,0	6,9
Allocation parent isolé	1,9	3,4
Allocation adulte handicapé	7,1	4,4
Aide au logement	1,9	3,0
Pension d'invalidité	0	1,5
Allocation d'insertion	0,05	1,6
CIVIS	0,1	0,1
CNASEA	0	2,1
Allocation enfant handicapé	0,2	0,05

* Ne sont pas pris en compte les étudiants et les retraités

Tableau A7 : Caractéristiques des emplois (contrat, temps de travail, CSP), chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France qui travaillent au moment de l'enquête, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques des emplois</i>	<i>Personnes qui travaillent (n=208, N=6 048)</i>
Type de contrat	
Apprentissage sous contrat	2,2
Emploi jeune	1,1
Contrat à durée déterminée (CDD)	13,5
Contrat à durée indéterminée (CDI)	33,2
Contrat de travail intérimaire	5,7
Contrat emploi solidarité	3,1
Sans contrat car non déclaré	17,1
Sans contrat car non autorisé	7,0
Compagnon Emmaüs	13,4
Autres	3,4
Temps de travail	
Temps complet	58,5
Temps partiel	41,5
Catégories socio-professionnelles	
"Personnels de service direct aux particuliers"	33,2
"Ouvriers non qualifiés de type artisanal"	19,3
"Employés de commerce"	9,9
"Ouvriers qualifiés de type artisanal"	9,4
"Ouvriers qualifiés de type industriel"	7,6
"Employés administratifs d'entreprise"	4,2
"Policiers et militaires"	3,9
"Professions intermédiaires de la santé et du travail social "	3,2
"Commerçants et assimilés"	3,1
"Employés civils et agents de service de la fonction publique"	1,5
"Professions intermédiaires admin. et commerciales des entreprises"	1,4
"Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés"	0,9
"Ouvriers non qualifiés de type industriel"	0,8
"Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport"	0,6
"Techniciens"	0,3
"Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise"	0,3
"Chauffeurs"	0,3
"Professions de l'information, des arts et des spectacles"	0,05
"Contremaîtres, agents de maîtrise"	0,04

Tableau A8 : Evénements marquants de la vie par lieu de naissance, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Évènements de vie</i>	Nés en France(%) (n=280, N=8469)	Nés à l'étranger (%) (n=559, N=12 690)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Victime de violences psychologiques ou morales répétées	36,3	44,0	40,9
Victime de violences physiques marquantes, régulières, répétées	28,5	27,2	27,7
Graves problèmes de santé des parents	34,2	22,9	27,4
Vécu dans une zone de guerre ***	2,5	40,8	25,4
Graves disputes des parents	29,5	18,5	22,9
Graves problèmes d'argent des parents	17,1	24,4	21,4
Condamné en justice	25,6	15,4	19,5
Fugue ***	29,2	12,6	19,2
Prison	18,5	18,0	18,2
Problèmes d'alcool ou de drogues des parents	22,9	9,8	15,0
Victime de violences sexuelles *	17,5	9,6	12,8
Suivi par un juge des enfants ***	24,2	2,8	11,4
Graves problèmes de logement des parents	11,1	9,9	10,4

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A9 : Type de violence subie au cours des 12 derniers mois par type de structure, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Type de violence</i>	Urgence (%) (n=420, N=10 587)	Insertion (%) (n=224, N=7 747)	Hôtel(%) (n=196, N=2 842)	Ensemble(%) (n=840, N=21176)
Vol *	27,4	12,4	13,6	20,0
Menaces verbales *	30,4	16,2	12,5	22,7
Regards/ paroles irrespectueux **	45,9	26,6	28,9	36,0
Agressions sexuelles #	0,5	0,8	2,4	0,9
Agressions physiques	14,2	13,4	9,9	13,3
Coups lors de bagarres ***	18,2	2,9	2,5	10,5

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

$p=0,09$

Tableau A10 : Lieu de vie avant d'être sans domicile la 1ère fois par classe d'âge, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Lieux de vie</i>	18-25ans (%) (n=222, N=3619)	26-30ans (%) (n=112, N=2863)	31-40ans (%) (n=230, N=5628)	41-49ans (%) (n=166, N=5455)	≥ 50 ans (%) (n=110, N=3611)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Dans son propre logement ***	17,6	10,1	26,9	44,4	73,2	34,7
Chez les parents *	40,6	47,5	22,6	22,3	2,5	26,0
Hébergé gratuitement ou avec une participation	14,0	9,4	29,0	14,7	5,5	16,0
Chez des membres de la famille autre que les parents	16,7	18,4	8,5	4,4	5,2	9,9
Dans une chambre d'hôtel	6,4	0,08	4,6	6,4	9,1	5,4
Dans une famille d'accueil, un foyer	5,8	0,7	4,1	1,1	5,1	3,3
Dans une institution	0,7	2,5	0	3,3	0,08	1,3
Dans un squat *	0	5,9	0,1	0,2	0	1,0
Dans une résidence universitaire *	0,06	5,7	0	0	0	0,9
En prison	0	0	0	1,9	0,08	0,5
Dans une caserne	0	0	0,9	0	1,1	0,4
Dans une chambre d'hôtel payée par un organisme	0,08	0,3	0,2	0,2	0,03	0,2
A l'hôpital	0	0	0	0	0,2	0,04

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A11 : Raisons de la perte de domicile la 1^{ère} fois par classe d'âge, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Raisons de la 1^{ère} perte de domicile</i>	18-25ans (%) (n=222, N=3619)	26-30ans (%) (n=112, N=2863)	31-40ans (%) (n=230, N=5628)	41-49ans (%) (n=166, N=5455)	≥ 50 ans (%) (n=110, N=3611)	<i>Ensemble</i> (%) (n=840, N=21176)
Ne pouvait plus payer le loyer, les charges ... [#]	9,7	7,7	9,2	25,1	34,6	17,1
Séparation ou divorce	11,5	14,7	11,4	20,5	22,0	15,9
Fin d'un hébergement gratuit ou avec participation.	18,2	5,8	23,2	12,5	14,9	15,7
Quitte de plein gré un hébergement gratuit ou avec participation ***	19,0	33,4	4,0	3,6	1,6	10,6
Perte d'emploi	3,3	2,2	5,1	14,1	15,9	8,3
Expulsion	1,6	15,2	8,8	2,8	14,5	8,1
Mis dehors par leurs parents *	17,1	1,8	2,8	11,9	1,3	7,0
Migration économique ***	2,1	6,7	11,9	1,7	2,8	5,5
Migration pour quitter des zones de conflits *	4,4	1,2	9,5	1,2	1,5	4,0
Déménagement, fin de bail *	4,0	0,1	8,3	0,9	0,3	3,2
Violence du conjoint	1,8	2,4	3,4	2,2	3,2	2,7
Problèmes de santé *	1,5	0	0,09	1,2	11,2	2,5
Mise dehors pour cause de grossesse *	3,2	5,3	1,9	0,5	0	2,0
Violence des personnes qui hébergent	2,9	0,6	1,9	0	4,0	1,8
Hospitalisation	0,7	0,6	0	0	5,6	1,1
Emprisonnement	3,8	0	0,2	1,4	0,06	1,0
Destruction du logement (incendie...)	0	1,9	1,4	0,3	0	0,8
Fin d'un hébergement car majeur *	3,0	0,2	0,6	0	0,08	0,7
Regroupement familial	0,2	0	0,4	1,7	0	0,5
Problème de drogues	0,1	1,2	0,02	0,9	0	0,4
Décès des personnes qui hébergent [#]	0,2	0,2	0,2	0	1,0	0,3
Problème d'alcool	0,3	0,2	0,1	0,2	0	0,2

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ [#] $p = 0,06$

Tableau A12 : Couverture maladie par lieu de naissance, chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Couverture maladie</i>	Nés en France (%) (n=280, N=8469)	Nés à l'étranger (%) (n=559, N=12 690)	<i>Ensemble (%)</i> (n=840, N=21176)
CMU	51,0	36,5	42,3
Sécurité sociale	38,4	22,9	29,1
AME	0	25,3	15,1
Aucune	7,4	8,3	8,0
Oui, mais ne sait pas laquelle	2,9	2,1	2,4
Ne sait pas	0,3	3,6	2,3
Ne veut pas répondre	0,08	1,3	0,8

Tableau A13: Prévalence d'au moins un trouble psychiatrique sévère selon les caractéristiques socio-démographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Au moins un trouble psychiatrique sévère			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	31,5	25,4 ; 38,3	6667	5082 ; 8252
Sexe					
Homme	402	29,2	21,4 ; 38,4	4017	2351 ; 5682
Femme	438	35,8	25,9 ; 47,2	2651	1588 ; 3713
Age					
18-25ans	222	39,7	23,3 ; 58,8	1437	740 ; 2135
26-29ans	112	24,9	11,9 ; 44,8	711	204 ; 1219
30-39ans	230	33,0	23,4 ; 44,9	1859	1047 ; 2670
40-49ans	166	25,8	15,2 ; 40,4	1408	606 ; 2211
≥ 50ans	110	34,7	17,7 ; 56,6	1251	258 ; 2245
Lieu de naissance*					
France	280	43,0	30,7 ; 56,3	3644	2111 ; 5178
Etranger	559	23,7	17,7 ; 30,9	3006	2220 ; 3792
Type de service					
Urgence	420	34,1	25,6 ; 43,9	3612	2420 ; 4804
Insertion	224	26,5	16,7 ; 39,4	2053	1059 ; 3047
Hôtel	196	35,2	24,8 ; 47,3	1002	680 ; 1323

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tableau A13a : Lieux les plus fréquentés pour dormir durant les douze derniers mois chez les personnes sans logement personnel atteintes de troubles psychiatriques sévères en Ile de France, Enquête Samenta, 2009.

Lieux les plus fréquentés au cours des 12 derniers mois	Troubles psychiatriques sévères (%) (N=6667)	Troubles psychotiques (%) (N=2798)	Schizophrénies (%) (N=1774)	Troubles sévères de l'humeur (%) (N=1420)	Troubles anxieux (%) (N=2594)
Espace public	17,7	23,1	26,0	6,3	16,8
Squat, connaissance ou famille	11,2	11,6	17,9	5,1	14,0
CHU	8,9	11,0	10,0	17,7	3,8
CHS	14,4	21,8	12,0	0	12,6
Hôtel social	11,1	2,6	2,7	12,5	18,5
Insertion (CHRS, centre maternel)	28,2	23,5	27,3	50,1	23,8
Logement personnel, hôtel à ses frais	7,6	4,2	0,7	8,3	10,4
Autre (prison et hôpital)	0,9	2,1	3,5	0	0,1
TOTAL	100	100	100	100	100

Tableau A13b : Fréquence des troubles psychiatriques sévères selon les lieux dans lesquels les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ont dormi le plus souvent durant les douze derniers mois, enquête Samenta, 2009.

<i>Lieux les plus fréquentés au cours des 12 derniers mois</i>	Troubles psychiatriques sévères (%)	Troubles psychotiques (%)	Schizophrénies (%)	Troubles sévères de l'humeur (%)	Troubles anxieux (%)
Espace public (N=2372)	44,3	24,5	16,7	3,1	17
Squat, connaissance ou famille (N=3176)	20,9	9,2	8,5	1,8	10,6
CHU (N=1955)	26,9	14,1	7,8	10,5	4,6
CHS (N=1396)	61,0	39,3	13,0	0	21,8
Hôtel social (N=2560)	25,6	2,6	1,6	5,6	17,4
Insertion (CHRS, centre maternel) (N=6240)	26,8	9,5	6,7	9,3	9,2
Logement personnel, hôtel à ses frais (N=1699)	26,5	6,3	0,6	5,6	14,7
Autre (prison et hôpital) (N=120)	46,9	44,1	44,1	0	2,8

Tableau A14 : Prévalence des troubles psychotiques selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Obs</i>	<i>Troubles psychotiques</i>			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	13,2	8,6 ; 19,8	2798	1615 ; 3981
Sexe					
Homme	402	15,4	9,3 ; 24,6	2128	955 ; 3300
Femme	438	9,1	4,6 ; 17,2	671	211 ; 1130
Age					
18-25ans	222	16,9	6,2 ; 38,5	611	15 ; 1206
26-29ans	112	8,8	3,9 ; 18,9	253	12 ; 494
30-39ans	230	13,5	6,8 ; 24,9	758	226 ; 1291
40-49ans	166	15,7	8,0 ; 28,5	858	214 ; 1502
≥ 50ans	110	8,8	3,4 ; 20,6	318	0 ; 653
Lieu de naissance**					
France	280	21,6	12,6 ; 34,6	1831	758 ; 2905
Etranger	559	7,5	4,1 ; 13,3	950	384 ; 1515
Type de service					
Urgence	420	18,7	12,1 ; 27,7	1977	985 ; 2968
Insertion	224	8,4	2,8 ; 23,0	654	44 ; 1264
Hôtel	196	5,9	1,7 ; 18,3	168	0 ; 378

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tableau A15 : Prévalence de la schizophrénie selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Obs</i>	<i>Schizophrénie</i>			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	8,4	4,9 ; 13,9	1774	869 ; 2679
Sexe					
Homme	402	8,7	4,4 ; 16,4	1201	368 ; 2034
Femme	438	7,7	3,6 ; 15,8	573	131 ; 1015
Age					
18-25ans	222	16,5	5,9 ; 38,3	598	3,1 ; 1193
26-29ans	112	6,9	2,5 ; 17,8	199	0 ; 432
30-39ans	230	8,2	3,1 ; 19,9	463	15 ; 911
40-49ans	166	8,0	2,8 ; 20,7	440	0 ; 914
≥ 50ans	110	2,0	0,7 ; 5,8	73	0 ; 147
Lieu de naissance**					
France	280	14,7	7,8 ; 26,0	1244	430 ; 2057
Etranger	559	4,0	1,7 ; 9,3	513	82 ; 944
Type de service					
Urgence	420	11,0	6,1 ; 19,2	1165	423 ; 1907
Insertion	224	6,1	1,8 ; 18,4	473	0 ; 948
Hôtel	196	4,8	1,0 ; 19,4	136	0 ; 345

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A16 : Prévalence des troubles délirants selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Obs</i>	<i>Troubles délirants</i>			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	3,5	1,8 ; 6,6	739	245 ; 1232
Sexe***					
Homme	402	5,0	2,6 ; 9,6	691	199 ; 1183
Femme	438	0,6	0,2 ; 2,0	48	0 ; 102
Age					
18-25ans	222	0,4	0 ; 2,5	13	0 ; 38
26-29ans	112	0,2	0 ; 1,3	5	0 ; 15
30-39ans	230	4,7	1,2 ; 16,3	266	0 ; 620
40-49ans	166	3,9	1,8 ; 8,2	214	30 ; 398
≥ 50ans	110	6,7	1,9 ; 20,6	241	0 ; 572
Lieu de naissance					
France	280	4,0	1,4 ; 10,8	337	0 ; 703
Etranger	559	3,1	1,3 ; 7,7	401	29 ; 774
Type de service					
Urgence	420	5,4	2,6 ; 11,1	578	131 ; 1025
Insertion	224	2,1	0,5 ; 7,7	161	0 ; 370
Hôtel	196	0		0	

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A17 : Prévalence des autres troubles psychotiques selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Autres troubles psychotiques			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	1,3	0,3 ; 5,4	285	0 ; 697
Sexe					
Homme	402	1,7	0,3 ; 8,8	235	0 ; 642
Femme	438	0,7	0,2 ; 2,4	50	0 ; 111
Age					
18-25ans	222	0		0	
26-29ans	112	1,7	0,4 ; 6,3	49	0 ; 111
30-39ans	230	0,5	0,1 ; 2,2	29	0 ; 72
40-49ans	166	3,7	0,5 ; 22,7	204	0 ; 609
≥ 50ans	110	0,1	0 ; 0,6	3	0 ; 9
Lieu de naissance*					
France	280	3,0	0,6 ; 13,5	250	0 ; 659
Etranger	559	0,3	0,1 ; 1,1	35	0 ; 82
Type de service					
Urgence	420	2,2	0,4 ; 11,4	233	0 ; 640
Insertion	224	0,3	0 ; 1,9	20	0 ; 60
Hôtel	196	1,1	0,3 ; 4,5	32	0 ; 79

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A18 : Prévalence des troubles de l'humeur selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles de l'humeur			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	22,5	15,8 ; 31,0	4762	2783 ; 6740
Sexe					
Homme	402	19,4	10,9 ; 32,0	2672	1011 ; 4332
Femme	438	28,3	21,0 ; 36,9	2090	1102 ; 3079
Age					
18-25ans	222	21,6	12,7 ; 34,4	782	297 ; 1266
26-29ans	112	12,8	4,6 ; 30,8	366	0 ; 763
30-39ans	230	26,5	14,2 ; 43,9	1489	458 ; 2519
40-49ans	166	20,5	8,7 ; 40,8	1115	23 ; 2208
≥ 50ans	110	28,0	11,9 ; 52,7	1010	124 ; 1896
Lieu de naissance					
France	280	16,1	9,2 ; 26,7	1366	581 ; 2151
Etranger	559	26,8	16,5 ; 40,3	3396	1666 ; 5126
Type de service					
Urgence	420	16,3	8,6 ; 28,6	1721	577 ; 2864
Insertion	224	26,0	17,0 ; 45,1	2249	661 ; 3836
Hôtel	196	27,9	18,4 ; 39,8	793	495 ; 1090

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A19 : Prévalence des troubles sévères de l'humeur selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles sévères de l'humeur			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	6,7	3,8 ; 12,2	1420	577 ; 2264
Sexe					
Homme	402	6,6	2,8 ; 14,8	909	67 ; 1750
Femme	438	6,9	3,8 ; 12,2	512	154 ; 869
Age					
18-25ans	222	8,9	4,3 ; 17,6	321	90 ; 552
26-29ans	112	1,8	0,4 ; 7,8	53	0 ; 127
30-39ans	230	6,1	2,4 ; 14,4	342	6 ; 679
40-49ans	166	2,4	0,9 ; 6,3	129	8 ; 251
≥ 50ans	110	15,9	4,0 ; 46,2	575	0 ; 1391
Lieu de naissance					
France	280	9,7	3,5 ; 24,0	825	16 ; 1633
Etranger	559	4,7	2,9 ; 7,5	596	336 ; 855
Type de service					
Urgence	420	5,2	3,0 ; 9,0	551	292 ; 810
Insertion	224	9,5	3,5 ; 23,5	740	0 ; 1537
Hôtel	196	4,5	2,2 ; 9,3	129	37 ; 222

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A20 : Prévalence des troubles dépressifs sévères selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles dépressifs sévères			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	4,5	2,8 ; 7,1	949	516 ; 1383
Sexe					
Homme	402	3,6	2,0 ; 6,2	490	238 ; 742
Femme	438	6,2	3,2 ; 11,7	460	105 ; 815
Age					
18-25ans	222	8,2	3,7 ; 17,2	296	63 ; 530
26-29ans	112	1,8	0,4 ; 7,8	52	0 ; 126
30-39ans	230	5,4	1,9 ; 14,0	302	0 ; 632
40-49ans	166	2,4	0,9 ; 6,3	129	8 ; 251
≥ 50ans	110	4,7	1,8 ; 11,8	170	19 ; 321
Lieu de naissance					
France	280	4,6	1,7 ; 11,9	390	25 ; 754
Etranger	559	4,4	2,7 ; 7,2	560	307 ; 813
Type de service					
Urgence	420	5,1	2,9 ; 8,8	536	279 ; 793
Insertion	224	3,7	1,2 ; 10,7	284	0 ; 621
Hôtel	196	4,5	2,2 ; 9,3	129	37 ; 222

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A21 : Prévalence des manies ou hypomanies selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs n	Manie ou hypomanie			
		%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	1,9	0,3 ; 12,5	405	0 ; 1207
Sexe					
Homme	402	2,9	0,4 ; 17,3	405	0 ; 1207
Femme	438	0		0	
Age					
18-25ans	222	0		0	
26-29ans	112	0		0	
30-39ans	230	0		0	
40-49ans	166	0		0	
≥ 50ans	110	11,2	1,6 ; 49,5	405	0 ; 1207
Lieu de naissance					
France	280	4,8	0,6 ; 28,0	405	0 ; 1207
Etranger	559	0		0	
Type de service					
Urgence	420	0		0	
Insertion	224	5,2	0,7 ; 29,1	405	0 ; 1207
Hôtel	196	0		0	

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A22 : Prévalence des troubles affectifs bipolaires selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs n	Troubles affectifs bipolaires			
		%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	0,3	0,1 ; 1,0	66	0 ; 140
Sexe					
Homme	402	0,1	0 ; 0,7	14	0 ; 42
Femme	438	0,7	0,2 ; 2,6	52	0 ; 119
Age					
18-25ans	222	0,7	0,1 ; 3,5	25	0 ; 65
26-29ans	112	0,01	0 ; 0,1	0	0 ; 1,3
30-39ans	230	0,7	0,2 ; 3,2	41	0 ; 101
40-49ans	166	0		0	
≥ 50ans	110	0		0	
Lieu de naissance					
France	280	0,4	0,1 ; 1,4	30	0 ; 73
Etranger	559	0,3	0,1 ; 1,4	36	0 ; 92
Type de service					
Urgence	420	0,1	0 ; 1,1	15	0 ; 46
Insertion	224	0,6	0,2 ; 2,6	51	0 ; 118
Hôtel	196	0		0	

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A23 : Prévalence des troubles anxieux selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Obs</i>	<i>Troubles anxieux</i>			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	12,3	8,7 ; 17,0	2594	1667 ; 3522
Sexe**					
Homme	402	7,5	4,0 ; 13,7	1040	351 ; 1729
Femme	438	21,0	13,5 ; 31,2	1555	789 ; 2320
Age					
18-25ans	222	16,5	7,1 ; 33,9	597	138 ; 1056
26-29ans	112	14,2	4,2 ; 38,1	406	0 ; 855
30-39ans	230	13,7	7,0 ; 25,3	773	243 ; 1303
40-49ans	166	8,4	4,6 ; 15,0	459	191 ; 727
≥ 50ans	110	9,9	2,1 ; 36,6	359	0 ; 904
Lieu de naissance					
France	280	11,7	5,9 ; 21,8	989	241 ; 1736
Etranger	559	12,7	8,3 ; 18,7	1606	960 ; 2251
Type de service*					
Urgence	420	11,0	6,0 ; 19,4	1162	457 ; 1867
Insertion	224	9,4	5,0 ; 16,8	727	193 ; 1261
Hôtel	196	24,8	15,6 ; 37,0	705	426 ; 984

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A24 : Prévalence de l'état de stress post-traumatique selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Obs</i>	<i>Etat de stress post-traumatique</i>			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	4,2	2,1 ; 7,9	879	301 ; 1456
Sexe					
Homme	402	3,6	1,2 ; 10,4	498	0 ; 1031
Femme	438	5,1	2,7 ; 9,6	380	153 ; 608
Age*					
18-25ans	222	6,8	3,2 ; 13,8	245	71 ; 420
26-29ans	112	0,3	0,1 ; 1,2	9	0 ; 20
30-39ans	230	7,7	2,3 ; 22,7	432	0 ; 952
40-49ans	166	3,4	1,2 ; 9,3	183	0 ; 378
≥ 50ans	110	0,3	0 ; 1,8	9	0 ; 28
Lieu de naissance**					
France	280	1,1	0,4 ; 3,4	95	0 ; 199
Etranger	559	6,2	3,0 ; 12,1	783	213 ; 1354
Type de service					
Urgence	420	5,4	2,1 ; 13,2	576	40 ; 1112
Insertion	224	2,4	1,0 ; 5,8	188	28 ; 347
Hôtel	196	4,1	1,1 ; 13,5	115	0 ; 259

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A25 : Prévalence de l'anxiété généralisé selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Anxiété généralisé			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	4,0	1,7 ; 21,2	841	95 ; 1588
Sexe					
Homme	402	1,7	0,3 ; 8,3	234	0 ; 639
Femme	438	8,2	2,9 ; 21,2	608	0 ; 1298
Age					
18-25ans	222	6,5	1,1 ; 30,6	236	0 ; 639
26-29ans	112	9,6	1,8 ; 38,0	274	0 ; 712
30-39ans	230	1,1	0,3 ; 3,6	62	0 ; 134
40-49ans	166	0		0	
≥ 50ans	110	7,4	1,0 ; 39,6	268	0 ; 801
Lieu de naissance**					
France	280	8,3	3,1 ; 1,1	704	0 ; 1437
Etranger	559	1,1	0,4 ; 3,1	137	0 ; 280
Type de service					
Urgence	420	3,0	0,6 ; 14,9	322	0 ; 858
Insertion	224	5,5	1,9 ; 14,7	426	0 ; 929
Hôtel	196	3,3	0,8 ; 12,4	93	0 ; 222

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A26 : Prévalence des autres troubles anxieux selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Autres troubles anxieux			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	6,2	3,4 ; 10,8	1308	523 ; 2092
Sexe**					
Homme	402	2,6	0,8 ; 7,5	354	0 ; 776
Femme	438	12,9	6,5 ; 24,0	954	230 ; 1677
Age					
18-25ans	222	8,7	2,1 ; 29,4	315	0 ; 732
26-29ans	112	12,9	3,5 ; 37,6	369	0 ; 816
30-39ans	230	3,1	1,5 ; 6,3	172	54 ; 291
40-49ans	166	1,9	0,6 ; 5,8	103	0 ; 217
≥ 50ans	110	9,6	1,9 ; 36,9	348	0 ; 893
Lieu de naissance					
France	280	9,2	3,7 ; 20,8	776	40 ; 1513
Etranger	559	4,2	2,3 ; 7,4	531	256 ; 806
Type de service					
Urgence	420	4,3	1,3 ; 13,9	460	0 ; 1011
Insertion	224	6,2	2,5 ; 14,8	480	0 ; 986
Hôtel	196	12,9	6,4 ; 24,3	368	133 ; 602

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A27 : Prévalence des troubles de l'adaptation selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles de l'adaptation			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	2,1	1,1 ; 3,8	437	174 ; 700
Sexe					
Homme	402	1,6	0,6 ; 4,0	216	6 ; 427
Femme	438	3,0	1,3 ; 6,5	220	58 ; 382
Age					
18-25ans	222	1,0	0,2 ; 5,3	37	0 ; 99
26-29ans	112	1,0	0,3 ; 3,2	28	0 ; 59
30-39ans	230	3,5	1,3 ; 8,8	197	9 ; 385
40-49ans	166	3,2	1,3 ; 7,5	173	26 ; 320
≥ 50ans	110	0,1	0 ; 0,4	2	0 ; 6
Lieu de naissance					
France	280	1,4	0,3 ; 5,7	117	0 ; 294
Etranger	559	2,5	1,3 ; 4,7	320	126 ; 514
Type de service**					
Urgence	420	1,5	0,5 ; 4,6	155	0 ; 340
Insertion	224	0,8	1,5 ; 3,9	60	0 ; 155
Hôtel	196	7,8	3,6 ; 16,0	222	61 ; 383

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A28 : Prévalence des troubles de la personnalité selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles de la personnalité			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	21,1	15,9 ; 27,4	4465	2970 ; 5960
Sexe**					
Homme	402	26,1	19,0 ; 34,6	3589	2141 ; 5036
Femme	438	11,8	7,8 ; 17,5	877	419 ; 1334
Age*					
18-25ans	222	32,3	20,7 ; 46,6	1169	537 ; 1801
26-29ans	112	34,8	17,1 ; 57,9	995	164 ; 1826
30-39ans	230	6,3	3,5 ; 11,1	354	171 ; 537
40-49ans	166	23,0	11,8 ; 40,1	1256	222 ; 2291
≥ 50ans	110	19,2	9,4 ; 35,0	692	249 ; 1135
Lieu de naissance*					
France	280	32,3	23,3 ; 42,7	2732	1721 ; 3742
Etranger	559	13,7	7,3 ; 23,9	1734	546 ; 2922
Type de service*					
Urgence	420	26,6	18,7 ; 36,5	2821	1552 ; 4089
Insertion	224	19,3	12,0 ; 29,7	1498	714 ; 2283
Hôtel	196	5,1	2,7 ; 9,7	146	49 ; 243

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A29 : Prévalence des troubles de la personnalité dyssociale selon les caractéristiques socio-démographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles de la personnalité dyssociale			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	4,9	2,7 ; 8,8	1039	402 ; 1677
Sexe***					
Homme	402	7,3	3,8 ; 13,5	1003	368 ; 1639
Femme	438	0,5	0,1 ; 2,0	36	0 ; 86
Age					
18-25ans	222	3,4	1,4 ; 7,9	124	25 ; 222
26-29ans	112	12,1	2,7 ; 40,4	346	0 ; 859
30-39ans	230	0,3	0,1 ; 1,1	18	0 ; 40
40-49ans	166	5,2	1,9 ; 14,0	286	0 ; 578
≥ 50ans	110	7,3	2,3 ; 21	265	0 ; 558
Lieu de naissance *					
France	280	8,4	3,8 ; 17,5	712	141 ; 1283
Etranger	559	2,6	1,0 ; 6,2	327	28 ; 627
Type de service*					
Urgence	420	7,6	3,7 ; 15,0	810	227 ; 1392
Insertion	224	2,7	0,8 ; 8,6	213	0 ; 468
Hôtel	196	0,6	0,1 ; 4,2	17	0 ; 51

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A30 : Prévalence des troubles de la personnalité dépendante selon les caractéristiques socio-démographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles de la personnalité dépendante			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	3,5	1,6 ; 7,6	745	131 ; 1359
Sexe					
Homme	402	3,7	1,4 ; 9,5	514	0 ; 1046
Femme	438	3,1	0,5 ; 15,9	231	0 ; 653
Age***					
18-25ans	222	15,4	5,7 ; 35,5	557	0 ; 1135
26-29ans	112	4,0	0,7 ; 19,9	113	0 ; 305
30-39ans	230	0,4	0,1 ; 1,6	25	0 ; 56
40-49ans	166	0		0	
≥ 50ans	110	1,4	0,2 ; 7,0	49	0 ; 130
Lieu de naissance***					
France	280	8,8	4,0 ; 18,1	744	130 ; 1358
Etranger	559	<0,01	0 ; 0,3	1	0 ; 2
Type de service**					
Urgence	420	1,6	0,4 ; 5,5	169	0 ; 374
Insertion	224	7,4	3,0 ; 17,1	576	0 ; 1155
Hôtel	196	0	0 ; 0,2	1	0 ; 2

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A31 : Prévalence des troubles de la personnalité borderline selon les caractéristiques socio-démographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Obs</i>	<i>Troubles de la personnalité borderline</i>			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	1,5	0,6 ; 3,9	324	21 ; 627
Sexe					
Homme	402	1,4	0,3 ; 6,0	190	0 ; 475
Femme	438	1,8	0,7 ; 4,3	134	28 ; 240
Age					
18-25ans	222	2,9	1,2 ; 7,0	105	16 ; 195
26-29ans	112	1,4	0,5 ; 4,1	41	3 ; 80
30-39ans	230	0,6	0,1 ; 2,8	35	0 ; 88
40-49ans	166	0		0	
≥ 50ans	110	3,9	0,5 ; 23,9	143	0 ; 427
Lieu de naissance**					
France	280	3,2	1,0 ; 9,4	270	0 ; 571
Etranger	559	0,4	0,2 ; 1,0	54	11 ; 97
Type de service					
Urgence	420	0,4	0,2 ; 0,9	42	7 ; 77
Insertion	224	3,0	0,8 ; 10,7	233	0 ; 524
Hôtel	196	1,7	0,4 ; 7,8	50	0 ; 126

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A32 : Prévalence des troubles de la personnalité émotionnellement labile selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Obs</i>	<i>Troubles de la personnalité émotionnellement labile</i>			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	1,0	0,4 ; 2,5	215	16 ; 415
Sexe					
Homme	402	0,6	0,2 ; 2,4	89	0 ; 204
Femme	438	1,7	0,5 ; 5,3	126	0 ; 289
Age					
18-25ans	222	1,6	0,6 ; 4,0	58	5 ; 111
26-29ans	112	0		0	
30-39ans	230	1,0	0,1 ; 7,1	57	0 ; 170
40-49ans	166	0,4	0,1 ; 2,0	23	0 ; 57
≥ 50ans	110	2,1	0,3 ; 15,2	78	0 ; 232
Lieu de naissance**					
France	280	2,2	0,7 ; 6,3	186	0 ; 383
Etranger	559	0,2	0,1 ; 0,8	29	0 ; 66
Type de service					
Urgence	420	1,1	0,3 ; 3,2	114	0 ; 237
Insertion	224	1,0	0,2 ; 6,2	81	0 ; 235
Hôtel	196	0,7	0,2 ; 2,9	20	0 ; 50

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tableau A33 : Prévalence des autres troubles de la personnalité selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Autres troubles de la personnalité			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	2,2	1,1 ; 4,3	475	165 ; 786
Sexe					
Homme	402	2,4	0,1 ; 5,9	334	36 ; 633
Femme	438	1,9	0,8 ; 4,5	141	12 ; 270
Age					
18-25ans	222	5,2	1,3 ; 18,8	188	0 ; 464
26-29ans	112	0,2	0 ; 0,8	6	0 ; 14
30-39ans	230	3,2	1,4 ; 7,0	178	43 ; 312
40-49ans	166	1,3	0,3 ; 5,4	74	0 ; 177
≥ 50ans	110	0,8	0,2 ; 3,5	30	0 ; 73
Lieu de naissance					
France	280	2,9	0,9 ; 8,7	245	0 ; 525
Etranger	559	1,8	0,9 ; 3,7	230	66 ; 395
Type de service					
Urgence	420	1,9	0,9 ; 3,9	197	58 ; 336
Insertion	224	3,5	1,2 ; 9,7	271	58 ; 336
Hôtel	196	0,2	0 ; 1,8	7	0 ; 21

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A34 : Prévalence des troubles de la personnalité sans précision selon les caractéristiques socio-démographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles de la personnalité sans précision			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	7,5	3,7 ; 14,5	1579	
Sexe**					
Homme	402	10,1	4,6 ; 20,6	1388	226 ; 2550
Femme	438	2,6	1,3 ; 5,1	191	76 ; 305
Age*					
18-25ans	222	3,7	1,2 ; 11,1	134	0 ; 288
26-29ans	112	17,1	4,7 ; 45,9	489	0 ; 1163
30-39ans	230	0,7	0,2 ; 2,1	41	0 ; 83
40-49ans	166	15,7	5,6 ; 36,8	856	0 ; 1855
≥ 50ans	110	1,6	0,6 ; 4,5	59	0 ; 118
Lieu de naissance					
France	280	6,5	3,2 ; 13,1	556	158 ; 954
Etranger	559	8,1	2,9 ; 20,5	1023	0 ; 2122
Type de service***					
Urgence	420	13,3	6,4 ; 25,6	1405	255 ; 2555
Insertion	224	1,6	0,5 ; 5,0	122	0 ; 250
Hôtel	196	1,8	0,6 ; 5,0	51	0 ; 104

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A35 : Prévalence des troubles non sévères de l'humeur selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles non sévères de l'humeur			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	15,8	8,9 ; 26,3	3341	1324 ; 5358
Sexe					
Homme	402	12,8	5,2 ; 28,3	1763	176 ; 3350
Femme	438	21,3	15,4 ; 28,7	1578	807 ; 2350
Age					
18-25ans	222	12,7	5,3 ; 27,2	460	26 ; 895
26-29ans	112	11,0	3,4 ; 30,2	314	0 ; 706
30-39ans	230	20,4	8,2 ; 42,1	1146	94 ; 2198
40-49ans	166	18,1	6,8 ; 40,0	986	0 ; 2077
≥ 50ans	110	12,0	3,6 ; 33,4	435	0 ; 917
Lieu de naissance***					
France	280	6,4	2,8 ; 14,1	541	73 ; 1009
Etranger	559	22,1	12,3 ; 36,4	2800	1084 ; 4517
Type de service					
Urgence	420	11,0	4,4 ; 25,3	1169	31 ; 2307
Insertion	224	19,5	6,9 ; 44,2	1509	0 ; 3148
Hôtel	196	23,3	14,4 ; 35,5	663	367 ; 960

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tableau A36 : Prévalence des troubles dépressifs moyens selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Troubles dépressifs moyens			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	7,9	4,0 ; 14,9	1670	478 ; 2863
Sexe					
Homme	402	8,6	3,3 ; 20,6	1180	6 ; 2355
Femme	438	6,6	4,0 ; 10,6	490	230 ; 749
Age					
18-25ans	222	3,1	1,3 ; 7,0	112	19 ; 205
26-29ans	112	0,3	0,1 ; 1,6	9	0 ; 23
30-39ans	230	5,9	2,8 ; 11,9	333	95 ; 571
40-49ans	166	15,3	4,7 ; 39,9	835	0 ; 1921
≥ 50ans	110	10,6	2,7 ; 33,1	381	0 ; 860
Lieu de naissance*					
France	280	2,0	0,7 ; 5,9	169	0 ; 363
Etranger	559	11,8	5,5 ; 23,5	1501	316 ; 2685
Type de service					
Urgence	420	9,1	2,9 ; 25,0	965	0 ; 2103
Insertion	224	5,1	2,6 ; 9,6	393	80 ; 706
Hôtel	196	11,0	6,2 ; 18,7	313	144 ; 481

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tableau A37 : Prévalence des troubles dépressifs légers selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs n	Troubles dépressifs légers			
		%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	6,0	2,3 ; 14,6	1273	39 ; 2507
Sexe					
Homme	402	3,9	0,8 ; 17,3	535	0 ; 1385
Femme	438	10,0	6,1 ; 15,8	738	226 ; 1251
Age					
18-25ans	222	6,2	2,2 ; 16,3	224	0 ; 480
26-29ans	112	10,2	2,9 ; 30,3	293	0 ; 685
30-39ans	230	11,1	2,2 ; 41,3	625	0 ; 1642
40-49ans	166	1,8	0,6 ; 5,8	100	0 ; 222
≥ 50ans	110	0,8	0,2 ; 3,2	30	0 ; 70
Lieu de naissance***					
France	280	2,4	0,7 ; 8,1	201	0 ; 459
Etranger	559	8,4	3,4 ; 19,6	1072	65 ; 2078
Type de service**					
Urgence	420	0,9	0,4 ; 2,0	90	13 ; 168
Insertion	224	12,6	3,8 ; 34,2	976	0 ; 2195
Hôtel	196	7,3	3,1 ; 16,3	207	30 ; 383

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tableau A38 : Prévalence du risque suicidaire élevé ou moyen selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs n	Risque suicidaire élevé ou moyen			
		%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	12,9	9,2 ; 17,9	2741	1866 ; 3616
Sexe					
Homme	402	14,5	9,0 ; 22,4	1990	1158 ; 2823
Femme	438	10,2	6,0 ; 16,6	751	408 ; 1093
Age					
18-25ans	222	16,6	8,3 ; 30,4	602	198 ; 1006
26-29ans	112	9,6	3,3 ; 24,7	276	9 ; 542
30-39ans	230	13,4	6,3 ; 26,2	752	178 ; 1326
40-49ans	166	13,0	7,3 ; 22,1	708	279 ; 1136
≥ 50ans	110	11,2	4,5 ; 25,3	404	69 ; 738
Lieu de naissance					
France	280	15,0	9,3 ; 23,3	1268	699 ; 1837
Etranger	559	11,6	7,4 ; 17,8	1473	761 ; 2184
Type de service					
Urgence	420	16,8	10,6 ; 25,6	1777	1039 ; 2515
Insertion	224	7,9	4,0 ; 15,3	616	199 ; 1033
Hôtel	196	12,2	6,7 ; 21,4	348	131 ; 564

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tableau A39 : Prévalence des addictions alcool et/ou au moins une drogue illicite selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Addictions (alcool et/ou drogues illicites)			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	28,6	21,7 ; 36,6	6049	4264 ; 7835
Sexe***					
Homme	402	37,5	29,3 ; 46,5	5167	3333 ; 7001
Femme	438	11,9	6,5 ; 20,9	882	292 ; 1472
Age					
18-25ans	222	37,6	25,4 ; 51,7	1362	646 ; 2078
26-29ans	112	34,8	17,6 ; 57,2	995	172 ; 1819
30-39ans	230	16,4	8,2 ; 30,0	925	349 ; 1502
40-49ans	166	37,2	23,3 ; 53,5	2029	892 ; 3166
≥ 50ans	110	20,4	9,1 ; 39,8	738	192 ; 1284
Lieu de naissance					
France	280	40,3	27,6 ; 54,4	3410	2068 ; 4751
Etranger	559	20,8	12,2 ; 33,2	2640	1185 ; 4095
Type de service					
Urgence	420	33,8	25,7 ; 42,8	3574	2323 ; 4826
Insertion	224	29,1	15,5 ; 47,7	2251	995 ; 3507
Hôtel	196	7,9	3,1 ; 18,5	224	13 ; 436

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A40 : Prévalence de la consommation à risque d'alcool selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Consommation à risque d'alcool			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	7,9	4,9 ; 12,7	1682	856 ; 2507
Sexe***					
Homme	402	10,9	6,8 ; 17,0	1500	687 ; 2313
Femme	438	2,5	1,1 ; 5,4	182	36 ; 328
Age**					
18-25ans	222	18,6	7,4 ; 39,5	673	107 ; 1239
26-29ans	112	1,3	0,4 ; 3,7	36	1 ; 72
30-39ans	230	3,9	1,7 ; 8,5	217	42 ; 393
40-49ans	166	12,4	5,2 ; 26,4	674	82 ; 1265
≥ 50ans	110	2,2	0,7 ; 7,3	81	0 ; 183
Lieu de naissance***					
France	280	15,7	8,9 ; 26,3	1329	533 ; 2125
Etranger	559	2,8	1,5 ; 5,2	353	122 ; 583
Type de service					
Urgence	420	9,8	5,6 ; 16,5	1032	418 ; 1646
Insertion	224	7,1	2,5 ; 18,8	550	5 ; 1094
Hôtel	196	3,5	1,4 ; 8,6	100	11 ; 189

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A41 : Prévalence de la dépendance à l'alcool selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Dépendance à l'alcool			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	21,0	15,8 ; 27,4	4445	2932 ; 5958
Sexe**					
Homme	402	27,3	21,0 ; 34,5	3754	2292 ; 5215
Femme	438	9,3	4,4 ; 18,8	691	110 ; 1273
Age					
18-25ans	222	20,5	10,5 ; 36,3	742	158 ; 1327
26-29ans	112	28,0	11,7 ; 53,3	802	0 ; 1621
30-39ans	230	8,5	4,1 ; 16,6	476	138 ; 814
40-49ans	166	31,3	18,9 ; 47,1	1710	697 ; 2723
≥ 50ans	110	19,8	8,6 ; 39,1	715	174 ; 1255
Lieu de naissance					
France	280	28,9	19,6 ; 40,4	2447	1364 ; 3530
Etranger	559	15,7	9,0 ; 26,2	1998	805 ; 3191
Type de service*					
Urgence	420	26,7	19,5 ; 35,5	2828	1640 ; 4017
Insertion	224	18,9	10,5 ; 31,6	1462	548 ; 2375
Hôtel	196	5,5	1,5 ; 18,2	155	0 ; 362

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A42 : Prévalence de la consommation régulière de cannabis selon les caractéristiques socio-démographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Consommation régulière de cannabis			
	n	%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	16,1	11,4 ; 22,3	3406	2152 ; 4660
Sexe**					
Homme	402	21,4	15,1 ; 29,5	2954	1746 ; 4162
Femme	438	6,1	2,5 ; 14,1	452	30 ; 874
Age*					
18-25ans	222	24,6	13,9 ; 39,9	891	339 ; 1443
26-29ans	112	31,9	14,9 ; 55,5	912	85 ; 1740
30-39ans	230	9,2	3,6 ; 21,8	517	63 ; 971
40-49ans	166	17,1	8,9 ; 30,2	931	225 ; 1636
≥ 50ans	110	4,3	0,8 ; 20,7	155	0 ; 411
Lieu de naissance					
France	280	21,0	12,5 ; 32,9	1775	880 ; 2670
Etranger	559	12,9	7,9 ; 20,1	1631	761 ; 2500
Type de service*					
Urgence	420	21,4	14,1 ; 31,0	2264	1176 ; 3351
Insertion	224	13,8	7,2 ; 24,8	1070	450 ; 1690
Hôtel	196	2,6	0,9 ; 7,3	73	0 ; 149

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau A43 : Prévalence de la consommation régulière d'au moins une drogue illicite et/ou d'un médicament détourné de son usage selon les caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Caractéristiques	Obs	Consommation régulière d'au moins une drogue illicite et/ou d'un médicament détourné de son usage			
		%	IC95%	N	IC95%
Ensemble	840	17,5	12,6 ; 23,9	3707	2413 ; 5001
Sexe**					
Homme	402	22,6	16,1 ; 30,8	3117	1883 ; 4350
Femme	438	8,0	3,7 ; 16,4	591	118 ; 1063
Age*					
18-25ans	222	31,2	19,7 ; 45,7	1130	486 ; 1774
26-29ans	112	32,6	15,5 ; 55,9	932	104 ; 1760
30-39ans	230	9,7	3,9 ; 22,1	544	88 ; 1001
40-49ans	166	17,3	9,1 ; 30,4	946	242 ; 1650
≥ 50ans	110	4,3	0,8 ; 20,7	155	0 ; 411
Lieu de naissance					
France	280	24,2	15,2 ; 36,3	2049	1094 ; 3005
Etranger	559	13,1	8,1 ; 20,3	1658	790 ; 2526
Type de service					
Urgence	420	31,7	14,4 ; 31,3	2296	1212 ; 3379
Insertion	224	15,9	8,6 ; 27,8	1235	561 ; 1910
Hôtel	196	6,2	1,9 ; 18,7	176	0 ; 389

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tableau A44 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes de 18-25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009

Caractéristiques	n observé	%	IC 95%	N	IC 95%
Sexe					
Homme	78	42,8	25,1 ; 62,6	1550	739 ; 2362
Femme	144	57,2	37,4 ; 74,9	2069	1089 ; 3049
Lieux de naissance					
France	109	68,3	55,4 ; 78,9	2470	1430 ; 3510
Etranger	112	31,3	20,8 ; 44,1	1132	767 ; 1496
Services					
Urgence	84	24,3	14,4 ; 38,0	879	401 ; 1357
Insertion	113	64,0	49,7 ; 76,1	2316	1410 ; 3221
Hôtel	25	11,7	5,7 ; 22,6	424	118 ; 731
Niveau d'étude					
Jamais été à l'école	1	0,1	0 ; 0,5	3	0 ; 8
Enseignement primaire	14	8,3	2 ; 28,9	302	0 ; 709
Enseignement secondaire 1 ^{er} cycle	123	56,4	40,0 ; 71,4	2039	1260 ; 2818
Enseignement secondaire 2 nd cycle	63	29,8	16,2 ; 48,4	1080	312 ; 1847
Enseignement supérieur	21	5,4	2,6 ; 11,1	196	57 ; 334
Situation de famille					
Seul	134	65,4	53,0 ; 76,0	2366	1475 ; 3257
Seul avec enfant	67	22,6	13,9 ; 34,6	819	479 ; 1159
En couple	7	4,9	1,2 ; 17,1	176	0 ; 417
En couple avec enfant	8	5,2	1,5 ; 16,9	189	0 ; 448
Avec parents	3	0,5	0,1 ; 1,5	17	0 ; 37
Avec d'autres personnes	3	1,4	0,4 ; 5,2	52	0 ; 119
Couverture maladie					
Sécurité sociale	49	21,4	13,2 ; 32,8	775	308 ; 1241
CMU	120	57,1	37,6 ; 74,6	2066	1287 ; 2845
AME	15	4,5	1,6 ; 11,7	163	4 ; 321
Oui, mais ne sait pas laquelle	5	7,4	1,6 ; 27,7	268	0 ; 692
Aucune couverture	30	9,0	4,7 ; 16,3	324	92 ; 557
Ne sait pas	3	0,6	0,2 ; 2,4	23	0 ; 52

Tableau A45 : Prévalences dans les douze mois des troubles psychiatriques, du comportement et des addictions dans différentes études en population générale, sans domicile et personnes incarcérées.

	Etudes						
	ESEMeD (2000)	ANADEP (2005)	Baromètre Santé (2005)	Kovess (1996)	Samenta (2009)	Fazel (2009)	Falissard (2004)
Type de population	Pop générale	Pop générale	Pop générale	Pop SDF	Pop SDF	Pop SDF	Pop incarcérée
Taille de l'échantillon, n	2 894	6 498	16 883	715	840	5 684	800
Lieu	France	France	France	Paris	Ile-de-France	Monde	France
Outils utilisés	CIDI	CIDI-S	CIDI-S	CIDI-S	Mini 6.0	Méta-analyse	Mini 5.0
Troubles psychotiques				16,0 *	13,2	12,7	17,0
Troubles dépressifs majeurs	6,7	5,0	3,2	23,7	20,3	11,4	24,0
Anxiété généralisée	9,8	5,1			4,0		17,7
Troubles de la personnalité					21,1	23,1	
Dépendance à l'alcool	0,3	10,3	8,5	14,9	21,0	37,9	11,7
Consommation drogues				10,3	17,5	24,4	14,6

* sur la vie

Annexe 2 : Lettre de mission



Préfecture de Paris

MAIRIE DE PARIS



Paris, le 28 janvier 2008

Lettre de Mission

La crise multiforme que traverse, ces dernières années, l'urgence sociale à Paris a mis en lumière la situation particulière des personnes à la rue présentant des troubles du comportement. Malgré la mise en place des équipes mobiles « psy et précarité », la prise en charge des sans abris ayant des troubles mentaux, mais aussi de ceux qui souffrent d'addictions, reste insatisfaisante. Suite au travail d'organisation et de coordination des maraudeurs, il est apparu nécessaire d'élaborer un plan d'action pour ces publics, à partir d'un constat partagé. Dans cet objectif, la préfecture de Paris a initié un travail de réflexion sur ce thème afin d'élaborer, avec l'ensemble des acteurs concernés, des solutions opérationnelles pour améliorer la prise en charge de ces personnes.

Ce travail a mis en lumière la nécessité de mieux connaître ces publics sur le plan quantitatif comme sur le plan qualitatif. C'est la raison pour laquelle, la préfecture de Paris et la Ville de Paris ont souhaité que soit conduite, en 2008, une étude sur les personnes à la rue atteintes de troubles psychiatriques ou du comportement.

Après appel d'offre, la réalisation de cette étude a été confiée à l'équipe de l'Observatoire du Samusocial de Paris, dirigé par Mme Anne Laporte. Pour aider à la réflexion, en particulier sur les plans méthodologique et opérationnel, l'Observatoire du Samusocial sera chargé de constituer un comité de pilotage qui comprendra des chercheurs spécialistes du champ parmi lesquels, notamment, Pierre Chauvin (INSERM) et un certain nombre des interlocuteurs susceptibles d'être mobilisés à un moment ou un autre.

Il a par ailleurs été demandé à cette équipe de réfléchir à l'éventuelle pérennisation d'un dispositif d'information sur ces publics parisiens, questionnement qui devra être abordé dans le rapport final.

M. Michel Lalande,
Préfet, secrétaire général
de la préfecture de Paris

Alain Lhostis,
Adjoint au Maire de Paris, chargé de la
santé et des relations avec l'Assistance
Publique-Hôpitaux de Paris

Annexe 3 :

Lettre d'information aux structures



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Equipe de recherche sur les déterminants
sociaux de la santé et du recours aux soins
(UMRS 707, Inserm – UPMC)

Paris, le 24 Décembre 2008

Réf: 2008 025

Une enquête régionale sur la santé physique et psychique et l'usage de produits psychoactifs (alcool et autres substances) chez les personnes sans domicile va être conduite début 2009 sous la responsabilité scientifique de l'Observatoire du samusocial de Paris et de l'Inserm (Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMR 707).

En effet, les personnes sans domicile échappent aux traditionnelles enquêtes en population générale qui documentent l'état de santé et l'évolution des comportements de santé. Les résultats de cette étude nous aideront notamment à préciser la fréquence des troubles mentaux et des addictions chez les personnes sans-domicile. La caractérisation de ces troubles permettra de définir et de guider des mesures de prévention et d'amélioration de leur prise en charge en adaptant l'offre de soins aux besoins, que ce soit en termes de soins psychiatriques ou d'aide au sevrage des addictions.

Plus généralement, cette étude a aussi pour ambition d'apporter un argument de plus dans la mise en évidence de l'intrication entre les problèmes de santé, notamment de santé mentale, et les problèmes sociaux. Ainsi, elle permettrait de concevoir une offre d'hébergement et/ou de logement et d'accompagnements qui tiennent compte à la fois des problèmes de santé et de leur impact sur les relations et le fonctionnement social de ces personnes.

Cette enquête débutera en février 2009, auprès de 800 personnes fréquentant les divers services d'aide (de l'hébergement aux points de distribution de repas chauds). Ces services ont été tirés au sort à partir d'une liste régionale exhaustive. Dans chaque service participant, un binôme d'enquêteurs fera passer un questionnaire anonyme et confidentiel, à quelques personnes tirées au sort qui auront donné leur accord. Les enquêteurs veilleront à gêner le moins possible l'activité des services. Il est important, pour que cette enquête soit la plus représentative possible, que les services (et les personnes) tirés au sort acceptent de participer, pour éviter tout biais de sélection.

Votre service fait partie de ceux tirés au sort parmi 910 services recensés en Ile-de-France. Nous nous permettrons de prendre contact avec vous par téléphone, et éventuellement de vous rendre visite, pour vous expliquer plus en détail les modalités de déroulement de l'enquête et recueillir votre assentiment. Sachez que votre participation est très précieuse.

Dans l'attente, et avec l'espoir que vous accepterez de nous accompagner dans cette démarche, recevez nos plus cordiales salutations.

Dr Anne Laporte
Directrice de l'Observatoire

Dr Pierre Chauvin
Directeur de recherche Inserm
Responsable de l'équipe DS3

Annexe 4 : Guide de l'étude Samenta pour les enquêteurs

CONTEXTE

Les données disponibles sur les troubles psychiatriques et du comportement des personnes sans domicile sont insuffisantes. Les acteurs de l'urgence sociale soulignent de façon récurrente l'importance de troubles psychiatriques et du comportement chez les personnes en situation de précarité, devant lesquels ils se sentent impuissants, insuffisamment formés et pas assez soutenus. Les professionnels spécialisés en psychiatrie, de leur côté, doivent faire face à une demande toujours grandissante, dans un contexte de moyens limités et avec le sentiment d'une « psychiatrisation » excessive de problématiques sociales.

Ainsi les résultats de cette étude devraient permettre de préciser et/ou de relativiser l'importance des troubles mentaux et des addictions chez les personnes sans-domicile. Par ailleurs, la caractérisation de ces troubles a pour but de les prévenir autant que faire se peut, et d'améliorer leur prise en charge en adaptant l'offre de soins aux besoins, que ce soit en termes de soins psychiatriques ou d'aides au sevrage des addictions.

Enfin, cette étude a aussi pour ambition d'aider à concevoir une offre d'hébergement et/ou de logement et d'accompagnement qui tienne compte des problèmes santé de ces personnes.

Cette étude est réalisée à la demande des pouvoirs publics¹. Elle est sous la direction scientifique de l'Observatoire du samusocial de Paris et de l'INSERM (équipe sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins) et intégrée dans un dispositif d'enquête national sous l'égide de l'OFDT² et l'INPES.

1. LA POPULATION DE L'ÉTUDE

Cette étude se déroulera sur un échantillon représentatif des personnes sans-domicile-fixe franciliennes. Le nombre de personnes enquêtées sera de 800.

Les personnes enquêtées sont celles qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation ou qui sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation.

Elles seront recrutées dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les centres de stabilisation, les lits halte soins santé (LHSS), les centres

1. Elle est financée notamment par la Direction Générale de la Santé, le Haut commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté, l'Institut de veille sanitaire, la Région Ile-de-France; la Préfecture de Paris; la Mairie de Paris, l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale,

2. OFDT : Observatoire français des drogues et toxicomanies ; INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

maternels, les hôtels sociaux, les accueils de jour et les points de distribution de repas chauds. Ces deux derniers sites permettent de recruter des personnes qui dorment dans des abris de fortune ou dehors.

A partir d'une base de sondage constituée de l'ensemble des services d'aides au sans-domicile des 396 communes de l'agglomération, un premier tirage au sort des structures a eu lieu (147 structures ont été tirées au sort), puis un second tirage sera effectué dans chaque structure au moment de la passation des questionnaires à partir des prestations (personnes) dans les structures.

2. LE DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN

L'enquête repose sur la passation d'un questionnaire par un binôme d'enquêteurs composé d'un enquêteur professionnel et d'un psychologue. Le psychologue ne se présentera jamais en tant que tel mais comme un enquêteur.

Chaque entretien doit être complété par un entretien clinique ouvert réalisé par le psychologue.

Le questionnaire comprend des données sociodémographiques, de parcours de vie, de recours aux soins, un entretien clinique psychiatrique standardisé, le MINI, une échelle MMSE (Mini Mental Status Examination) pour évaluer les troubles de la mémoire et aider au diagnostic de démence, et un module sur les addictions.

Le MINI est passé par l'enquêteur professionnel.

Le psychologue clinicien réalise, à la fin du questionnaire, un entretien clinique ouvert de façon à centrer sur les problèmes suspectés au cours de la passation du questionnaire, et en particulier du MINI. Puis, ultérieurement, si nécessaire, il débriefera l'entretien avec un psychiatre permettant ainsi de coder le diagnostic.

3. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Le protocole a été soumis à un comité d'éthique et le fichier a fait l'objet d'une demande d'autorisation à la CNIL.

Le questionnaire est anonyme et confidentiel. Le N° d'identification des personnes dans l'enquête correspond à un n° d'ordre à 8 cases (département du site enquêté, type de service, n° unique attribué à l'enquêteur de chaque binôme, n° d'ordre de l'interview pour cet enquêteur). Aucune information ne sera transmise aux structures.

Les personnes sont libres de participer à l'étude, reçoivent une note d'information et sont indemnisées par un ticket service d'un montant de 12 € pour un questionnaire complet.

L'entretien se fait, autant que possible, dans un lieu qui préservera la confidentialité de l'entretien sauf si la personne préfère un espace collectif.

MÉTHODES DE TIRAGE ALÉATOIRE

Le principe de base est que toutes les personnes à interroger soient sélectionnées avec la même probabilité : en évitant toute forme de choix, en s'assurant qu'aucune personne n'a été omise, en s'assurant que chaque personne ne peut être interrogée qu'1 et 1 seule fois.

Cela permet d'éviter toute forme de choix de la personne à interroger. Dans un contexte de terrain difficile il est tentant d'établir un contact avec des personnes prédisposées à la discussion. Mais n'interroger que ces personnes reviendrait à constituer un échantillon avec des caractéristiques particulières et qui serait certainement peu représentatif de l'ensemble de la population utilisatrice du service tiré. Il existe 2 situations selon que le service dispose ou non d'une liste de ses usagers.

1. IL EXISTE UNE LISTE DES USAGERS

Les services dotés d'une liste sont les : CHR, centres maternels, LHSS, centres de stabilisation, hôtels, la plupart des CHUS, la plupart des accueils de jour.

Il existe différents types de listes :

- des listes nominatives des résidents du centre pour la nuit, créées chaque nuit à l'arrivée des usagers,
- des listes nominatives des résidents du centre dont la mise à jour n'est pas systématique,
- des listes de lits ou de chambres sans indication de qui les utilisent,
- des listes des personnes en logement dispersé, avec leurs adresses.

Quelque soit le type de liste, il faut s'assurer avec le responsable de la structure que toutes les personnes bénéficiaires du service le jour de l'enquête sont mentionnées et que les personnes qui n'utilisent pas le service ce jour là et/ou qui utilisent un autre service de la même structure ne figurent pas dans cette liste.

A partir de cette liste, les enquêteurs vont tirer au sort le nombre d'utilisateurs à interroger par sélection aléatoire.

Quand les listes sont nominatives, il faut essayer au maximum de ne pas avoir accès aux noms des personnes (soit en cachant les noms avec une feuille blanche, soit en demandant au responsable de fournir une liste avec des numéros ...), cette question de l'anonymat des personnes sera discutée au moment de la pré-visite.

Façon de procéder :

On utilisera comme point de départ dans la liste un nombre choisi au hasard entre 1 et le nombre de personnes présentes ce jour-là dans la structure. A partir de ce nombre donné, on tirera les personnes en appliquant le pas de sondage attribué à la structure (cf liste des structures).

2. IL N'EXISTE PAS DE LISTE DES USAGERS

Les services pour lesquels il n'existe pas de liste sont : les points soupe, quelques CHUS et accueils de jours.

Les enquêteurs tirent au sort les utilisateurs à interroger par tirage dans une file d'attente.

Méthode de tirage dans une file d'attente

Cette méthode est valable lorsqu'il n'est pas possible d'établir une liste des personnes fréquentant le service. L'enquêteur doit déterminer, au préalable, un point de passage unique et systématique. Ce lieu sera défini au cours de la pré-visite avec le responsable de la structure. Pour un point soupe, il pourra s'agir du point de sortie de la file ou d'arrivée sur le stand de distribution du repas (parfois plusieurs stands : soupe, plats de consistance, café, etc.). Pour un CHU, il pourra s'agir du lieu où la personne est accueillie ou du lieu où elle est orientée vers un lit.

Une fois ce lieu défini, l'enquêteur interrogera toutes les personnes qui vont passer par ce lieu en utilisant le pas de sondage attribué à la structure (cf liste des structures).

3. LES REFUS, LES NON-ÉLIGIBLES ET LES TIRAGES COMPLÉMENTAIRES

Les personnes qui refusent les enquêtes sont des personnes dont les caractéristiques sont intéressantes.

Même si l'enquêteur doit essayer au maximum de “décrocher” l'entretien avec la personne sélectionnée de façon aléatoire, il risque tout de même de se heurter à des refus. Ces refus doivent être décrits dans la fiche contact. Une personne qui n'a pas 1h30 de libre devant elle, doit être considérée comme refusant l'enquête. **La personne qui refuse est remplacée par une personne tirée au sort de façon aléatoire** selon la méthode de tirage définie dans la structure.

Il en est de même pour les personnes non éligibles (*les non francophones, les personnes qui n'ont pas dormi au moins une fois au cours des 7 derniers jours dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans un centre d'hébergement ou dans un hôtel social ou dans un centre maternel, les mineurs, les personnes qui ont déjà participé à l'étude*), qui peuvent être nombreuses dans certains services, notamment points soupe ou hôtels. **La personne non éligible est remplacée par la personne suivante.**

Les contacts successifs pour arriver (ou non) à réaliser l'entretien sont enregistrés sur la fiche contact, sur laquelle est indiquée le motif du remplacement, l'âge et le sexe de la personne contactée.

Remarque générale

Dans le cas de logements occupés par plusieurs personnes (chambres ou appartements collectifs dans les centres d'hébergement ou les hôtels), il faut demander la date de naissance de toutes les personnes hébergées. L'enquêteur doit ensuite effectuer un tirage d'individus en respectant le principe suivant : chaque personne doit avoir la même chance d'être tirée au sort. Pour cela, il doit sélectionner, parmi les personnes éligibles (francophones, âgées de 18 ans ou plus résidant dans cette chambre/appartement), la personne dont la date d'anniversaire est la plus proche dans le futur. C'est celle-ci qui sera interrogée et uniquement celle-ci.

DÉROULEMENT D'UNE VISITE

1. LA PRÉ-VISITE (SAUF POUR LES POINTS DE DISTRIBUTION DE REPAS CHAUDS)

La pré-visite est obligatoire.

Elle doit avoir lieu quelques jours avant l'enquête afin de présenter l'étude aux responsables des structures et/ou des services (et souvent à leurs équipes) et de s'assurer de leur coopération.

Il est important de présenter la méthode de tirage ALEATOIRE, afin qu'elle soit comprise et acceptée par le personnel (en particulier pour qu'il n'intervienne pas dans le choix des personnes).

Il est important d'insister sur le caractère anonyme et confidentiel des données recueillies (le nom de la personne n'est jamais demandé ou noté, les données ne sont pas traitées de façon individuelle...)

Il faut s'assurer que les personnes fréquentent bien le service tiré et tenter d'organiser matériellement de bonnes conditions d'entretien (calme, confidentialité).

Après chaque pré-visite, il faut compléter la « fiche pré-visite », décrivant le service échantillonné, et noter SURTOUT l'effectif total dans le service (cad le nombre de personnes que le responsable de la structure aura donné) ET le nombre (ou le pourcentage) de non-francophones ET, dans certaines structures (points soupe et accueils de jours) le nombre (ou le pourcentage) de personnes qui ne répondent pas aux critères de sans-domicile.

2. LE JOUR DE L'ENQUÊTE

Chaque jour d'enquête, il faut compléter les fiches contact retraçant les différents contacts, ceux n'ayant pas abouti à la passation du questionnaire et ceux ayant donné lieu à un questionnaire. Elles rassemblent des informations, âge et sexe, sur toutes les personnes contactées avec l'issue de ce contact.

1. *n° contact* : numéro attribué à toute personne contactée par l'enquêteur tout au long de l'enquête.
2. *n° questio* : numéro qui correspond au numéro d'ordre de l'identifiant de la personne enquêtée. Ce numéro n'est attribué qu'aux personnes contactées, éligibles, acceptant de participer et à qui le questionnaire a été administré. Ce numéro s'incrémente tout au long de l'enquête et non pas par jour d'enquête.
3. *n° service* : numéro unique attribué à chaque service de chaque structure (*cf liste structure*)
4. *critère de non inclusion* : raisons de non éligibilité
5. *raison de non passation* : raisons du refus ou de non capacité à répondre à l'enquête (personnes sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue, personnes handicapées mentales...). Il est très important de les noter en clair.

1/ Une fois la personne tirée au sort, l'enquêteur doit AVANT TOUT s'assurer que la personne est éligible, cad parle et comprend le français, a dormi au moins 1 fois au cours des 5 derniers jours dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans un centre d'hébergement ou dans un hôtel social ou dans un centre maternel, est majeure, n'a pas déjà participé à l'étude.

2/ Ensuite, il doit en quelques mots lui présenter l'enquête et obtenir son accord.

3/ Une fois l'accord obtenu et le trio installé dans le lieu d'interview, le psychologue introduit plus amplement l'étude à l'aide de la consigne écrite sur le questionnaire et informe la personne qu'elle sera indemnisée de 12 euros à la fin de l'entretien, en insistant sur le fait que ce dédommagement est la contrepartie d'un questionnaire complet.

4/ L'enquêteur peut alors commencer à poser les questions.

5/ L'interview se termine par un entretien clinique ouvert d'une dizaine de minutes au maximum, fait par le psychologue, permettant de recueillir des données cliniques supplémentaires mais aussi de ne pas laisser brutalement la personne à elle-même après avoir abordé des sujets sensibles.

Si nécessaire, le psychologue pourra remettre à la personne une liste des différentes structures d'accueil et de soins pour un soutien psychologique ou psychiatrique dans le département du site d'enquête.

Le psychologue a la compétence pour évaluer le besoin de soins.

Dans un centre : si la personne a été déstabilisée par le questionnaire et que le psychologue estime qu'elle a besoin d'une prise en charge (discuter, ne pas rester seule...), il faut prévenir l'équipe de la structure.

Dans un point soupe et ou dans un hôtel : SI ET SEULEMENT SI le diagnostic vital de la personne est en jeu : il faudra appeler le 15 (secours d'urgence).

Sinon, à Paris, le psychologue pourra orienter la personne vers les urgences du CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation & d'Accueil), à Ste Anne ouvert 7 jours/7, 24h/24. En banlieue, la personne sera orientée vers les urgences de l'hôpital le plus proche. Dans les points soupe, le guide « SOLIDARITE » Paris 2009 pourra être proposé.

6/Une fois l'enquêté parti, le psychologue et l'enquêteur doivent ensemble remplir la fiche d'appréciation de l'entretien et cocher si un débriefing avec le psychiatre est nécessaire ou non.

Après chaque visite, l'enquêteur doit compléter la fiche « FIN DE VISITE » et noter l'effectif total dans le service le jour de l'enquête ET le nombre (ou le %) de non-francophones le jour de l'enquête ET, dans les accueils de jours, le nombre (ou le %) de personnes qui ne répondent pas aux critères de sans-domicile le jour de l'enquête.

3. L'APRÈS ENQUÊTE

Le psychologue garde tous les questionnaires et écrit, rapidement après chaque entretien, un compte-rendu d'une quinzaine de lignes. Soit l'entretien nécessite un débriefing devant un psychiatre, soit il ne nécessite pas de débriefing.

Annexe 5 : Carnet de l'enquêteur

SAMENTA

CARNET DE L'ENQUÊTEUR

N° Enquêteur : | | |

Ce carnet contient :

- Des fiches de pré-visites des structures (vérification des heures et des jours d'ouverture, recherche d'un lieu approprié pour réaliser l'entretien, choix d'un mode de sélection aléatoire des enquêtés en fonction de l'existence ou non d'une liste des personnes fréquentant le service, mesure de la fréquentation pendant la période de l'enquête...)
- Différentes méthodes de tirage
- Des fiches contact avec les enquêtés
- Numéros de téléphone

SAMENTA

FICHE DE PRE-VISITE

N° Enquêteur : |__|__|

NOM ET ADRESSE DE LA STRUCTURE : _____

NUMERO DE SERVICE CORRESPONDANT : | _ || _ || _ |

Date de la pré-visite : | | / | /2009

Heure de RdV : | | | h | | |

Jours et horaires d'ouverture du service : _____

Lieu prévu pour les entretiens :

Salle fermée, bureau	Chambre	Partie du dortoir
Salle à manger	Autre : _____	

Existence d'une liste des personnes fréquentant le service : OUI NON

Effectif total dans le service : |_|_|_|_|

Nombre de mineurs : **ou Proportion de mineurs :** %

Nombre de non francophones : | | | | | **ou Proportion de non francophones :** | | | | %

REMARQUES :

SAMENTA

FICHE DE FIN DE VISITE

N° Enquêteur : | | | |

NUMERO DE SERVICE CORRESPONDANT : | | | |

Date de la visite : | | | | / | | | | / 2009

Effectif total dans le service ce jour : | | | |

Nombre de mineurs : | | | |

ou **Proportion de mineurs :** | | | | %

Nombre de non francophones : | | | |

ou **Proportion de non francophones :** | | | | %

SAMENTA

METHODES DE TIRAGE

Tirage avec liste :

- 1/ S'assurer avec le responsable de la structure que toutes les personnes bénéficiaires du service le jour de l'enquête sont mentionnées
- 2/ S'assurer avec le responsable de la structure que les personnes qui n'utilisent pas le service ce jour là et/ou qui utilisent un autre service de la même structure ne figurent pas dans cette liste.
- 3/ Essayer au maximum « d'anonymiser » cette liste (cacher les noms de famille, tirer au sort à partir de numéros de chambre...)
- 4/ Choisir un nombre au hasard entre 1 et le nombre de personnes présentes ce jour-là dans la structure. A partir de ce nombre, tirer au sort les personnes en appliquant le pas de sondage attribué à la structure

Tirage sans liste : Méthode de tirage dans une file d'attente.

Méthode valable lorsqu'il n'est pas possible d'établir une liste des personnes fréquentant le service

- 1/ Déterminer, au préalable, un point de passage unique et systématique :
 - Pour un point soupe : voir avec le superviseur
 - Pour un CHU : lieu où la personne est accueillie ou lieu où elle est orientée vers un lit (**ATTENTION** : ce moment peut être retardé de plusieurs heures par rapport à l'entrée)
 - Pour un accueil de jour : l'entrée.
- 2/ Interroger toutes les personnes qui vont passer par ce lieu en utilisant le pas de sondage attribué à la structure jusqu'à obtenir le nombre de personnes souhaitées.

SAMENTA FICHE CONTACT

Avant de commencer le questionnaire, il faut s'assurer que :

- 1/ La personne parle et comprend le français
- 2/ La personne a dormi au moins une fois au cours des 5 derniers jours dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abris de fortune, cave, parking, squat, véhicules...) ou dans un centre d'hébergement (CHU, CHRS, stabilisation, LHSS) ou dans un hôtel social ou dans un centre maternel
- 3/ La personne n'a pas déjà participé à l'étude
- 4/ La personne est majeure

Si la personne ne répond pas à ces critères : passer à la personne suivante

Si la personne n'est pas en l'état de répondre au questionnaire (délirante, sous l'emprise d'alcool ou de drogues...): revenir à la table de tirage

Si la personne n'a pas de temps devant elle (cad environ 1h30 de libre devant elle) : revenir à la table de tirage

Si la personne refuse de répondre : revenir à la table de tirage

N° Enquêteur : 						
n° contact	n° questio	Date	n° Service	sexe	âge	Critères de non inclusion
[] []	[] []	[]/[]/[] 2009	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	F	[] []	N'a pas dormi au moins 1 fois au cours des 7 derniers jours dans un lieu non prévu pour l'habitation, un service d'hébergement, hôtel,... Ne parle pas ou ne comprend pas le français A déjà participé à l'étude N'est pas majeur
Refuse, Motif : N'est pas en l'état, précisez : N'a pas le temps, précisez :						
* Si nécessaire, commentaire du psychologue : _____						
[] []	[] []	[]/[]/[] 2009	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	F	[] []	N'a pas dormi au moins 1 fois au cours des 7 derniers jours dans un lieu non prévu pour l'habitation, un service d'hébergement, hôtel,... Ne parle pas ou ne comprend pas le français A déjà participé à l'étude N'est pas majeur
Refuse, Motif : N'est pas en l'état, précisez : N'a pas le temps, précisez :						
* Si nécessaire, commentaire du psychologue : _____						
[] []	[] []	[]/[]/[] 2009	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	F	[] []	N'a pas dormi au moins 1 fois au cours des 7 derniers jours dans un lieu non prévu pour l'habitation, un service d'hébergement, hôtel,... Ne parle pas ou ne comprend pas le français A déjà participé à l'étude N'est pas majeur
Refuse, Motif : N'est pas en l'état, précisez : N'a pas le temps, précisez :						
* Si nécessaire, commentaire du psychologue : _____						

Annexe 6 : Affiche Samenta dans les structures



Une enquête se tiendra dans ce lieu entre le 16 février et 31 mars 2009

L'observatoire du samusocial de Paris et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale mettent en œuvre une étude sur **la santé** (physique et psychique) et **les usages de produits psycho-actifs** (tabac, alcool, cannabis et autres substances) chez les personnes sans domicile de la région Ile-de-France.

800 personnes hébergées dans des centres d'hébergement d'urgence, ou de réinsertion sociale ou des centres maternels, ou à l'hôtel, ainsi que les personnes fréquentant les accueils de jour et les points de distribution de repas chauds vont être tirées au sort afin de répondre à un questionnaire.

Cette enquête permettra de mieux connaître les problèmes rencontrés par les personnes interviewées et ainsi d'adapter l'offre de soins et de services, y compris l'hébergement.

Le questionnaire est strictement **confidentiel et anonyme** et sera analysé par les chercheurs de l'observatoire.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela ne changera rien à la qualité de votre prise en charge.

Votre participation à cette enquête est précieuse.

MERCI de votre collaboration !

Annexe 7 : Lettre d'information aux enquêtés



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale
Equipe de recherche sur les déterminants
sociaux de la santé et du recours aux soins
(UMRS 707, Inserm – UPMC)

Note d'information à l'attention des personnes enquêtées

L'observatoire du samusocial de Paris met en œuvre, sous l'égide du Ministère de la santé, de l'Institut de veille sanitaire, de l'Institut national d'éducation et de prévention pour la santé, une étude sur la santé (physique et psychique) et les usages de produits psycho-actifs (tabac, alcool, cannabis et autres substances) chez les personnes sans domicile de la région Ile-de-France.

800 personnes hébergées dans des centres d'hébergement d'urgence, ou de réinsertion sociale ou des centres maternels, ou à l'hôtel, ainsi que les personnes fréquentant les accueils de jour et les points de distribution de repas chauds seront tirées au sort et invitées à répondre à un questionnaire.

Cette enquête permettra de mieux connaître les problèmes rencontrés par les personnes interviewées et ainsi d'améliorer si besoin l'offre de soins et de services, y compris l'hébergement.

Le questionnaire est strictement confidentiel et anonyme et sera analysé par les chercheurs de l'observatoire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela ne changera rien à la qualité de votre prise en charge. Si certaines questions vous gênent ou qu'elles ne vous concernent pas, vous n'êtes pas obligé d'y répondre. Par ailleurs, vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment.

Votre participation à cette enquête est précieuse. Nous vous remettrons un ticket service d'un montant de 12 Euros à la fin de l'entretien, lorsque le questionnaire aura été passé dans sa totalité, pour vous dédommager du temps passé.

Vous avez un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, ce droit peut être exercé auprès de l'observatoire.

Nous vous remercions pour votre collaboration et restons à votre disposition pour toute demande d'information complémentaire.

Annexe 8 : Calendrier de l'étude

Décembre 2007	• Réunion à la Préfecture, en présence de la Municipalité, après réponse à l'appel d'offre : constitution du comité de pilotage
Janvier 2008	• Première réunion du comité de pilotage plénier • Réception de la lettre de mission
Février 2008	• Rencontres avec des experts de l'épidémiologie psychiatrique : B. Falissard et V. Kovess, et des spécialistes des enquêtes auprès des sans domicile : M. Marpast et M. Quaglia • Mise en place d'une coordination avec l'OFDT
Mars 2008	• Première réunion du comité de pilotage scientifique : finalisation du protocole, début d'élaboration du questionnaire
Avril 2008	• Première réunion du comité de pilotage technique psychiatrique • Elaboration du protocole du test du dispositif d'enquête
Mai 2008	• Première réunion du comité de pilotage technique sur les addictions : élaboration du module addictions
Juin 2008	• Réunion du comité de pilotage technique psychiatrique • Début du test du dispositif d'enquête sur le terrain
Juillet 2008	• Réunion du comité de pilotage scientifique : travail sur le questionnaire • Première réunion du comité de pilotage technique sur le plan de sondage
Août 2008	• Test du dispositif d'enquête sur le terrain
Sept. 2008	• Fin du test du dispositif d'enquête sur le terrain
Octobre 2008	• Réunion du comité de pilotage plénier • Réunion du comité de pilotage technique sur le plan de sondage • Réunion d'un comité de pilotage technique sur les addictions • Rencontre avec Y. Lecrubier à propos du MINI

Novembre 2008	• Réunion du comité de pilotage technique sur le plan de sondage • Réunion du comité de pilotage technique psychiatrique • Réunion du comité de pilotage technique sur les addictions
Décembre 2008	• Clôture de la base de données des structures : tirage au sort des structures • Réunion du comité de pilotage scientifique : finalisation du questionnaire
Janvier 2009	• Recrutement des enquêteurs professionnels et des psychologues cliniciens
Février 2009	• Sessions de formation des enquêteurs et des psychologues • 16 février : début de l'enquête Samenta
Mars 2009	• Terrain • Présentation des résultats du test du dispositif d'enquête à la journée scientifique d'Epiter « Estimer la prévalence des troubles psychiatriques en population SDF : quel dispositif ? » • Finalisation du masque de saisie sur Voozanoo
Avril 2009	• 6 avril : fin du terrain • Saisie des questionnaires
Mai 2009	• Saisie des questionnaires • Réunion du comité de pilotage technique sur le plan de sondage : validation de la pondération de l'échantillon
Juin 2009	• Saisie des questionnaires
Juillet 2009	• Nettoyage de la base de données • Réunion du comité de pilotage scientifique : présentation des premiers résultats sur l'échantillon non pondéré
Août 2009	• Nettoyage de la base de données
Sept. 2009	• Fin du nettoyage de la base de données : premières analyses de prévalence sur l'échantillon pondéré • Réunion du comité de pilotage scientifique : présentation des premiers résultats pondérés
Octobre 2009	• Réunion du comité de pilotage plénier : présentation des premiers résultats sur la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions
Novembre 2009	• Analyse des données
Décembre 2009	• Journée scientifique de l'Observatoire du Samusocial de Paris : trois communications sur les prévalences, le recours aux soins et les 18-25 ans
Janvier 2010	• Ecriture et remise du rapport Samenta : Premiers résultats

Annexe 9 : Questionnaire

observatoire
du samusocial de Paris

Tél : 01.43.71.13.60

Inserm

QUESTIONNAIRE

Bonjour, je me présente : et voici mon(ma) collègue : Nous travaillons dans le cadre d'une recherche sur la santé (physique et psychique) et les usages de produits psycho-actifs (tabac, alcool, cannabis et autres substances) chez les personnes sans domicile de la région Ile de France. Cette enquête permettra de mieux connaître les problèmes rencontrés par les personnes interviewées et ainsi d'adapter l'offre de soins et de services, y compris l'hébergement. Le questionnaire est strictement confidentiel et anonyme et sera analysé par les chercheurs de l'observatoire du Samusocial de Paris. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela ne changera rien à la qualité de votre prise en charge. Votre participation à cette enquête est précieuse. Si certaines questions vous gênent, qu'elles ne vous concernent pas, je vous demande simplement de dire que vous ne voulez pas y répondre.

Vous avez un droit d'accès et de rectification pour les données que nous avons recueillies vous concernant, ce droit peut être exercé auprès de l'observatoire.

Nous vous remettons un ticket service d'un montant de 12 Euros à la fin de l'entretien, lorsque le questionnaire aura été passé dans sa totalité, pour vous dédommager du temps passé.

L'entretien durera environ 1 heure. D'ores et déjà nous vous remercions vivement pour votre participation.

A remplir par l'enquêteur

Questions à ne pas poser

Nom de l'enquêteur :

Nom du psychologue :

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Heure de début : | | | H | | |

DEPARTEMENTS :

75 – Paris

78 – Yvelines

91 – Essonne

92 – Hauts de Seine

93 – Seine Saint Denis

94 – Val de Marne

95 – Val d'Oise

SERVICES :

PS : Distribution de repas chaud (point soupe)

CR : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

CU : Centre d'hébergement d'urgence simple (CHU)

ST : Centre de stabilisation

LS : Lit halte soins santé (LHSS)

HO : Hôtel

CM : Centre maternel

AJ : Accueil de jour

Identifiant : | | | | | | | |

Département

Service

N° enquêteur

N° d'ordre

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Pour commencer, je vais vous poser quelques questions d'ordre général

- 1. SEXE (cocher l'apparence)** ☐ Féminin ☐ Masculin
Si besoin, demander : Vous êtes un homme ou une femme : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Transsexuel

- 2. Quel âge avez-vous ?** AGE ans ou Année de naissance :

- 3. Où êtes-vous né(e) ?**

☐ France (y compris DOM-TOM)

→ **département de naissance :**

☐ A l'étranger : _____

→ **nationalité actuelle :** _____

âge d'arrivée en France : ou **année :**

4. Quel est votre statut matrimonial actuel ?	
1 : Célibataire ou concubinage	☐
2 : Pacsé	☐
3 : Marié pour la 1 ^{ère} fois	☐
4 : Remarié après un divorce	☐
5 : Remarié(e) après un veuvage	☐
6 : Divorcé ou séparé	☐
7 : Veuf	☐

5. Actuellement, vivez-vous ...	
1 : Seul(e)	☐
2 : En couple (relation privilégiée)	☐
3 : Avec vos parents (les 2 ou 1 seul)	☐
4 : Avec d'autres personnes	☐
5 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐

- 6. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants (biologiques ou adoptés) ?** ☐ OUI ☐ NON → 8 ☐ NVPR → 8

Si **OUI**, Combien d'enfants avez-vous ou avez-vous eu ? ☐ NSP

Quel âge a l'aîné ?

Parmi eux, combien ont moins de 18 ans ?

NE CONCERNE QUE LES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

7. Parlons de vos enfants qui ont moins de 18 ans, où vivent-ils ? (Ne pas citer)	
1 : Avec vous	☐
2 : Avec son autre parent	☐
3 : Dans son propre logement	☐
4 : Avec un autre membre de la famille	☐
5 : Placé dans une famille d'accueil	☐
6 : Placé dans une institution, foyer	☐
7 : Interne dans un établissement scolaire	☐
8 : Enfant décédé	☐
9 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐
99 : NSP	☐

8. Jusqu'à quel niveau d'études avez-vous été ? (Ne pas citer)	
1 : Jamais été à l'école	☐
2 : Enseignement primaire	☐
3 : Enseignement secondaire 1 ^{er} cycle (de la 6 ^{ème} à la 3 ^{ème}), CAP, BEP	☐
4 : Enseignement secondaire (deuxième cycle)	☐
5 : Enseignement supérieur	☐
6 : Diplôme étranger (<i>précisez</i>) : _____	☐

- 9. Dans la vie courante, lisez-vous le français ...**

☐ Sans difficultés

☐ Avec quelques difficultés

☐ Avec beaucoup de difficultés

☐ Pas du tout

- 10. Dans la vie courante, écrivez-vous le français**

☐ Sans difficultés

☐ Avec quelques difficultés

☐ Avec beaucoup de difficultés

☐ Pas du tout

ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

Nous allons maintenant parler de votre enfance

11. Vous diriez que votre ...	Très heureuse	Plutôt heureuse	Plutôt malheureuse	Très malheureuse	NSP
petite enfance a été :	☐	☐	☐	☐	☐
adolescence a été :	☐	☐	☐	☐	☐

12. Avant vos 18 ans, avez-vous été principalement élevé par vos parents ?

☐ OUI → 14 ☐ NON → 13 ☐ NSP ☐ NVPR → 14

13. Si NON, par qui avez-vous été élevé(e) pour une durée d'au moins 6 mois de suite ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	OUI	Durée totale (en années)	NVPR
1: Par vos grands-parents (ou l'un des 2 seulement)	☐ →	☐ NSP	☐
2: Par un ou plusieurs autres membres de votre famille	☐ →	☐ NSP	☐
3: Par une ou plusieurs autres personnes	☐ →	☐ NSP	☐
4: Par une famille adoptive	☐ →	☐ NSP	☐
5: Par une ou plusieurs familles d'accueil → 15	☐ →	☐ NSP	☐
6: Dans une institution ou un foyer → 15	☐ →	☐ NSP	☐
7: Dans une pension ou un internat → 15	☐ →	☐ NSP	☐
8: Autre (précisez) : _____	☐ →	☐ NSP	☐

14. Avant vos 18 ans, avez-vous été placé dans un orphelinat, foyer, pensionnat... ou dans une famille d'accueil, même provisoirement ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

15. Avant vos 18 ans, votre famille biologique ou adoptive a-t-elle vécu certains types d'événements difficiles ?	OUI	Age approximatif de la 1ère fois	N	O	N	S	P
1 : Votre famille a eu de graves problèmes de logement	☐ →	☐ NSP	☐	☐	☐	☐	☐
2 : Votre famille a eu de gros problèmes d'argent, d'endettement	☐ →	☐ NSP	☐	☐	☐	☐	☐
3 : Vos parents avaient de graves disputes	☐ →	☐ NSP	☐	☐	☐	☐	☐
4 : Un de vos parents avait des problèmes d'alcool, de drogue	☐ →	☐ NSP	☐	☐	☐	☐	☐
5 : Un de vos parents a eu un grave problème de santé	☐ →	☐ NSP	☐	☐	☐	☐	☐

16. Lorsque vous aviez 12 ans, quelle était la situation professionnelle de votre père ou de la personne qui vous a élevée ? _____

☐ ne travaillait pas ☐ NSP ☐ NVPR

Votre père est-il toujours en vie ? ☐ OUI → 17 ☐ NON ☐ NSP → 17 ☐ NVPR → 17

Si NON, quel âge aviez-vous quand il est décédé ? OU Année du décès :

17. Lorsque vous aviez 12 ans, quelle était la situation professionnelle de votre mère ou de la personne qui vous a élevée ? _____

☐ ne travaillait pas ☐ NSP ☐ NVPR

Votre mère est-elle toujours en vie ? ☐ OUI → 18 ☐ NON ☐ NSP → 18 ☐ NVPR → 18

Si NON, quel âge aviez-vous quand elle est décédée ? OU Année du décès :

18. Avez-vous des frères et sœurs, y compris des demi-frères et des demi-sœurs ?

☐ OUI ☐ NON → 19 ☐ NSP → 19 ☐ NSP → 19

Si OUI, combien ? ☐ Plus de 10 ☐ NSP ☐ NVPR

19. A quel âge avez-vous quitté définitivement le domicile de vos parents ou quitté votre famille d'accueil, institution, foyer ? AGE : |_|_| ans ou ANNEE : |_|_|_| ☐ NSP ☐ NVPR

Pour l'âge : Codez 98 si vit encore chez ses parents

20. Au cours de votre vie, avez-vous vécu certains des événements suivants, enfance et adolescence incluses?	OUI	Age approximatif de la 1ère fois	N O N	N S P
1: Vous avez vécu dans une zone de guerre / de conflit	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
2: Vous avez eu de graves problèmes de santé (<i>précisez</i>) _____	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
3: Vous avez fait une ou plusieurs fugues	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
4: Vous avez été suivi(e) par un juge des enfants	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
5: Vous avez été condamné en justice	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
6: Vous avez été en prison	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
7: Vous avez été victime de violences sexuelles	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
8: Vous avez été victime de violences physiques marquantes, régulières, répétées	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
9 : Vous avez été victime de violences psychologiques ou morales répétées (humiliations, moqueries répétées...)	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
10: Vous avez eu des problèmes d'alcool	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
11 : Vous avez eu des problèmes de drogues	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐
12 : Y'a-t-il eu un autre événement qui n'a pas été listé : _____	☐ →	_ _ ☐ NSP	☐	☐

21. Avez-vous fait l'armée ? ☐ OUI ☐ NON → 22 ☐ NVPR → 22

a. Comme : ☐ Appelé ☐ Engagé volontaire ☐ Engagé volontaire par devancement d'appel

b. Avez-vous servi dans une zone de conflit ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

ITINERANCE

22. Quel âge aviez-vous la 1ère fois que vous vous êtes retrouvés sans domicile, c.à.d. à la rue ou dans un centre d'hébergement, en dehors de vacances ou de fugue ?

____ ans **ou** c'était en quelle année ? ____ ☐ NSP ☐ NVPR

23. Avant cette 1ère fois, quelle était votre situation par rapport au logement ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Chez ses parents	☐
2 : Dans une famille d'accueil, un foyer...	☐
3 : Dans son propre logement → 25	☐
4 : Dans une institution	☐
5 : Dans une caserne	☐
6 : Hébergé(e) ou logé(e) gratuitement ou avec une participation	☐
7 : Dans une chambre d'hôtel payée par une association ou un organisme	☐
8 : Dans une chambre d'hôtel payée par lui(elle)-même	☐
9 : Dans un squat	☐
10 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐

24. Au cours de votre vie, avez-vous déjà vécu au moins 3 mois dans un logement dont vous étiez vous-même (ou votre conjoint) locataire ou propriétaire ?

☐ OUI ☐ NON → 26 ☐ NSP → 26 ☐ NVPR → 26

25. A quelle date êtes-vous parti(e) définitivement du dernier logement dont vous (ou votre conjoint) étiez locataire ou propriétaire ?

Il y a ____ mois **ou** ____ ans **ou** c'était en ____ (*notez l'année*) ☐ NSP

26. Quelles ont été les circonstances qui font que vous vous êtes retrouvés sans domicile la 1ère fois ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Ses parents l'ont mis dehors	☐
2 : Il ne pouvait plus payer le loyer, les charges, les traites	☐
3 : Perte d'emploi	☐
4 : Séparation ou divorce	☐
5 : Violence du conjoint	☐
6 : Déménagement, fin de bail	☐
7 : Expulsion Si OUI , raison de l'expulsion : _____	☐
8 : Hospitalisation Si OUI , raison de l'hospitalisation : _____	☐
9 : Emprisonnement	☐
10 : Problème de drogue	☐
11 : Problème d'alcool	☐
12 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐

27. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous appelé le 115 pour vous-même ?

☐ OUI → 28 ☐ NON ☐ NSP → 28

Si **NON**, et au cours de votre vie, avez-vous appelé le 115 pour vous-même ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

28. Au cours de l'année écoulée, vous est-il déjà arrivé de refuser une place qu'on vous proposait dans un centre d'hébergement d'urgence ?

☐ Jamais ☐ Quelquefois ☐ Souvent
☐ Toujours ☐ On ne m'en a jamais proposé ☐ NSP

LIEUX D'HABITATION, DE RESTAURATION ET LIEUX D'ACCUEIL DE JOUR

On va parler des lieux où vous avez dormi et mangé ces 5 derniers jours

Si entretien dans un CHRS ou dans un centre maternel → 29, 30, 31, 32, 33,

Si entretien dans un CHU ou LHSS ou hôtel ou centre de stabilisation ou accueil de jour ou point soupe → 34, 35

29. Depuis combien de temps dormez-vous dans ce centre ? (Ne pas citer)

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| ☐ Moins de 5 jours | ☐ Entre 3 mois et moins de 6 mois | ☐ NSP |
| ☐ Entre 5 jours et moins de 1 mois | ☐ Entre 6 mois et moins de 1 an | ☐ NVPR |
| ☐ Entre 1 mois et moins de 3 mois | ☐ Plus de 1 an | |

30. Avez-vous dormi au moins 1 fois en dehors de ce centre au cours des 5 dernières nuits ?

- ☐ OUI ☐ NON → 32 ☐ NSP

31. Si <u>OUI</u> ou <u>NSP</u> , au cours de ces 5 dernières nuits avez-vous dormi ...	OUI	NON	NSP
1 : Dans un CHU ? Si <u>OUI</u> , combien de nuits ? _ _	☐	☐	☐
2 : Dans la rue, dans un lieu non prévu pour l'habitation ? Si <u>OUI</u> , combien de nuits ? _ _	☐	☐	☐
3 : Dans un LHSS ? Si <u>OUI</u> , combien de nuits ? _ _	☐	☐	☐
4 : Dans une chambre d'hôtel, un appartement payé par une association, ou un centre d'hébergement ? Si <u>OUI</u> , combien de nuits ? _ _	☐	☐	☐
5 : Dans un centre de stabilisation ? Si <u>OUI</u> , combien de nuits ? _ _	☐	☐	☐

32. Avez-vous fréquenté un point soupe au moins 1 fois au cours de ces 5 derniers soirs ?

- ☐ OUI, combien de fois le soir ? |_|_| ☐ NON ☐ NSP

33. Avez-vous fréquenté un centre d'accueil de jour au moins 1 fois ces 5 derniers jours ?

- ☐ OUI, combien de jours ? |_|_| ☐ NON ☐ NSP

→ 36

34. Où avez-vous dormi les 5 dernières nuits et mangé les 5 derniers soirs ?

J-1	HIER	Vous avez dormi dans : à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre <i>(Si un nom de structure est donné)</i> S'agit-il : ☐ d'un centre ☐ d'un hôtel ☐ NSP Vous avez dîné : ☐ dans un point-soupe ☐ là où vous avez dormi ☐ Autre à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre
J-2		Vous avez dormi dans : à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre <i>(Si un nom de structure est donné)</i> S'agit-il : ☐ d'un centre ☐ d'un hôtel ☐ NSP Vous avez dîné : ☐ dans un point-soupe ☐ là où vous avez dormi ☐ Autre à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre
J-3		Vous avez dormi dans : à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre <i>(Si un nom de structure est donné)</i> S'agit-il : ☐ d'un centre ☐ d'un hôtel ☐ NSP Vous avez dîné : ☐ dans un point-soupe ☐ là où vous avez dormi ☐ Autre à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre
J-4		Vous avez dormi dans : à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre <i>(Si un nom de structure est donné)</i> S'agit-il : ☐ d'un centre ☐ d'un hôtel ☐ NSP Vous avez dîné : ☐ dans un point-soupe ☐ là où vous avez dormi ☐ Autre à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre
J-5		Vous avez dormi dans : à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre <i>(Si un nom de structure est donné)</i> S'agit-il : ☐ d'un centre ☐ d'un hôtel ☐ NSP Vous avez dîné : ☐ dans un point-soupe ☐ là où vous avez dormi ☐ Autre à ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre

35. Avez-vous fréquenté un centre d'accueil de jour les 5 derniers jours ?

J-1 (HIER)	☐ OUI → ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre	☐ NON
J-2	☐ OUI → ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre	☐ NON
J-3	☐ OUI → ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre	☐ NON
J-4	☐ OUI → ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre	☐ NON
J-5	☐ OUI → ☐ Paris ☐ IdF ☐ Autre	☐ NON

On va parler maintenant des lieux où vous avez dormi cette dernière année.

36. Les 12 derniers mois, avez-vous déjà dormi au moins 1 fois dans ... ? <i>Pour chaque item, cochez OUI, NON ou NSP</i> Cochez les informations obtenues à 31 ou 34 sans reposer les questions.		37. Parmi tous les lieux cochés OUI, quels sont les 3 lieux où vous avez dormi le plus souvent ces 12 derniers mois ? <i>(Classer 1, 2, 3 par ordre de fréquence)</i>
1 : Espace public : rue, gare, bois, cabanes, camionnettes... Si NON, au cours de votre vie, avez-vous déjà dormi dans l'espace public ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NON, jamais ☐ OUI, quelques jours ☐ OUI, quelques semaines ☐ OUI, quelques mois ☐ OUI, quelques années	
2 : Squat ou chez des connaissances, de la famille	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	
3 : Hôtel social	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	
4. Hôtel à vos frais	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	
5. Logement personnel	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	
6 : Centre d'hébergement d'urgence (CHU), centre de court séjour fermé en journée où il faut régulièrement renouveler sa demande d'hébergement. Si NON, au cours de votre vie, y avez-vous dormi au moins 1 fois ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	
7 : Centre de stabilisation, CHU sans limite de durée de séjour avec accompagnement social	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	
8 : CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale, centre ouvert en journée avec une durée de séjour de 6 mois renouvelable et avec un projet de réinsertion	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	
9 : Centre maternel	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	
10 : Prison	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	
11 : Hôpital	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI ONT FREQUENTE UN CHU DANS LES 12 DERNIERS MOIS (Q36-6 =OUI)

38. Y'a-t-il un au moins un CHU dans lequel vous préférez aller ?

☐ OUI ☐ NON → 40 OU 41 ☐ NSP ☐ Non concerné, n'en connaît qu'un → 40 OU 41

39. Pour quelles raisons ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Qualité de l'hébergement (hygiène, nourriture, literie, horaires, sécurité ...)	☐
2 : Qualité de l'accueil par les travailleurs sociaux	☐
3 : C'est un lieu où vous retrouvez des connaissances et/ou des amis	☐
4 : C'est un lieu à proximité du quartier où vous vivez	☐
5 : Vous trouvez que fréquenter ce centre vous aide à suivre vos démarches de réinsertion	☐
6 : Autre (précisez): _____	☐
99 : Ne sait pas	☐

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI SONT ALLEES A L'HOPITAL DANS LES 12 DERNIERS MOIS (Q36-11 =OUI)

40. Lors de votre dernier séjour à l'hôpital, à votre sortie, l'hôpital vous a-t-il proposé une solution d'hébergement pour la première nuit ? ☐ OUI ☐ NON → 41 ☐ NSP → 41

Si OUI, où avez-vous passé cette première nuit ? _____

SANTE

Parlons de votre santé.

41. Comment est votre état de santé ...	Général	Psychologique et émotionnel
1 : Très bon	☐	☐
2 : Bon	☐	☐
3 : Moyen	☐	☐
4 : Mauvais	☐	☐
5 : Très mauvais	☐	☐
99 : Ne sait pas	☐	☐

42. Etes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement (se laver, manger, marcher...)?

☐ OUI fortement limité ☐ OUI limité ☐ NON → 45 ☐ NSP ☐ NVPR → 45

43. Si OUI, ces difficultés sont-elles dues aux conséquences d'un accident :

☐ OUI ☐ NON → 45 ☐ NSP ☐ NVPR → 45

44. Quelles ont été les circonstances de l'accident ? (Ne pas citer)	
1 : Agression	☐
2 : Tentative de suicide	☐
3 : Accident sur la voie publique	☐
4 : Accident type domestique	☐
5 : Autre (précisez): _____	☐

45. Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure depuis longtemps (au moins 6 mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers ? ☐ OUI ☐ NON → 47 ☐ NSP ☐ NVPR → 47

46. Si OUI, laquelle : (Ne pas citer)	OUI	Si OUI, diagnostiquée par un médecin	NON
1 : Maladie cardio-vasculaire	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
2 : Hypertension	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
3 : Maladie articulaire et osseuse	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
4 : Maladie respiratoire ou ORL	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
5 : Maladie du système digestif	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
6 : Maladie du foie (hépatites)	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
7 : Maladie de la peau	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
8 : Maladie du système nerveux	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
9 : Epilepsie	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
10 : Maladies psychiques	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
11 : Cancer, leucémie, tumeur	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
12 : Diabète	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
13 : VIH	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐
14 : Autre maladie : _____	☐ →	☐ OUI ☐ NON	☐

47. Avez-vous un traitement ou un suivi régulier pour raison médicale ?

☐ OUI, un traitement régulier → Le prenez-vous ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
☐ OUI, un suivi régulier → Pour quel motif ? _____
☐ NON
☐ NSP

48. A quand remonte votre dernière visite chez un médecin ?		
1 : Moins de 1 mois	→ 51	☐
2 : Entre 1 et moins de 3 mois	→ 51	☐
3 : Entre 3 et moins de 6 mois	→ 51	☐
4 : Entre 6 mois et moins de 1 an	→ 51	☐
5 : Entre 1 et moins de 2 ans	→ 49	☐
6 : Il y a plus de 2 ans	→ 49	☐
99 : Ne sait pas	→ 49	☐

49. Toutefois, avez-vous eu des problèmes de santé ces 12 derniers mois ?

☐ OUI

☐ NON → 51

☐ NSP

☐ NVPR → 51

50. Si OUI, pourquoi n'avez-vous pas vu de médecin ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)		
1 : Cela n'était pas suffisamment grave		☐
2 : Vous n'aviez pas le temps, vous aviez d'autres soucis		☐
3 : Vous vous êtes soigné(e) seul(e)		☐
4 : Cela vous aurait coûté trop cher		☐
5 : C'était trop loin		☐
6 : Vous ne saviez pas à qui vous adresser		☐
7 : Les médecins n'y peuvent rien (ne peuvent soulager ou guérir)		☐
8 : Vous n'aimez pas aller chez le médecin		☐
9 : Autre (précisez) : _____		☐

51. La dernière fois que vous avez vu un médecin, où était-ce (en dehors d'un séjour à l'hôpital) ? (Ne pas citer) - (si pas de réponse, citer les modalités)		
1 : A la consultation d'un hôpital		☐
2 : Aux urgences d'un hôpital		☐
3 : Dans un dispensaire		☐
4 : Dans un accueil de jour		☐
5 : A la consultation d'une association (Médecins du monde, Médecins sans frontières, etc.)		☐
6 : Dans un centre d'hébergement, un foyer (LHSS...)		☐
7 : Dans un cabinet de médecine privée		☐
8 : Dans un centre de soins dentaires (bus dentaire)		☐
9 : Autre (précisez) : _____		☐
99 : Ne sait pas		☐

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES DE 50 ANS OU PLUS

MMSE

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Certaines sont simples, d'autres moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Test	Question ou instruction	Cotation (max de pts)	Points
Orientation dans le temps	Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? <i>Si réponse incorrecte ou incomplète, demander :</i> - En quelle année sommes-nous ? - En quelle saison ? - Et en quel mois ? - Quel jour du mois ? - Quel jour de la semaine ?	5 pts si date complète ou 1 pt par bonne réponse à chaque question (5)	
Orientation dans l'espace	Je vais vous poser des questions sur le lieu où nous sommes: - Nom du lieu ? - Dans quelle ville se trouve-t-il ? - Nom du département dans lequel est située cette ville ? - Province ou région où est située cette ville ? - Etage/Rue/Trottoir où le patient se trouve ?	1 pt par bonne réponse (5)	
Apprentissage	Je vais vous dire 3 mots : je voudrais que vous les répétiez et que vous les reteniez car je vous les redemanderai après. Citron Blé Ballon	1 pt par mot répété correctement au 1 ^{er} essai (3)	
Attention et calcul	Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? 93 / 86 / 79 / 72 / 65 Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?	1 pt / soustraction exacte (5) 1 pt / lettre correctement inversée (5)	Retenir uniquement le meilleur des deux scores
Rappel	Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?	1 pt / mot (3)	
Langage	<i>Montrer un crayon</i> Quel est le nom de cet objet ? <i>Montrer une montre</i> Quel est le nom de cet objet ? Ecoutez bien et répétez après moi : « Pas de MAIS, de SI, ni de ET » <i>Poser une feuille de papier sur le bureau et dire :</i> Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire : Prenez cette feuille dans la main droite, pliez-la en deux, jetez-la par terre <i>Tendre à la personne une feuille de papier sur laquelle est écrit : " FERMEZ LES YEUX "</i> et lui demander de faire ce qui est marqué. <i>Tendre à la personne une feuille de papier et un stylo en lui disant : " Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière "</i>	1 pt par bonne réponse (2) 1 pt si réponse entièrement correcte 1 pt / item correctement exécuté (3) 1 pt si l'ordre est exécuté 1 pt si sujet et verbe dans la phrase	
Praxies constructives	<i>Tendre à la personne une feuille de papier et lui demander de recopier le dessin</i>	1 pt si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents	

Observations : _____

SCORE TOTAL = _____

MINI

**Nous allons à présent parler de
votre santé psychologique.**

**Je vais vous poser des questions précises
auxquelles vous devez me répondre par
OUI ou NON.**

A. Episode dépressif majeur

➔ : PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A1 a Vous est-il <u>déjà</u> arrivé de vous sentir particulièrement triste ou déprimé(e), la plupart du temps dans la journée, pratiquement tous les jours, pendant 2 semaines ? b <u>Au cours des deux dernières semaines</u>, vous êtes-vous senti particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps dans la journée et ce, presque tous les jours ? A2 a Avez-vous déjà eu le sentiment, pendant une période de 2 semaines, de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ? b <u>Au cours des deux dernières semaines</u>, avez-vous eu presque tout le temps ce sentiment de perte d'intérêt ou de plaisir ? c A1a <u>OU</u> A2a EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI ➔ A2a NON OUI NON OUI ➔ A2c NON OUI NON OUI ➔										
A3 REPRENDRE L'EPISODE ACTUEL OU PASSE LE PLUS GRAVE Au cours de cette période de deux semaines pendant laquelle vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses : a Votre appétit a-t-il considérablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? <i>Coter OUI, si OUI à l'un ou l'autre</i> b Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ? c Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ? d Vous sentiez-vous fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ? e Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable presque tous les jours ? f Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ? g Avez-vous, à plusieurs reprises, pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), pensé au suicide ou à vous faire du mal ? Avez-vous tenté un suicide ? A4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils entraîné des difficultés importantes sur votre lieu de vie ou dans vos relations avec les autres ? A5 Entre 2 épisodes de dépression ou de perte d'intérêt pour la plupart des choses, vous êtes vous déjà senti(e) bien pendant au moins 2 mois ? A6 Combien d'épisodes de dépression avez-vous eu dans votre vie ? _____ NSP (Les épisodes doivent être entrecoupés de périodes d'au moins 2 mois sans dépression significative)											
A4 EST-ELLE COTEE OUI ET Y'A-T-IL AU MOINS 5 OUI ENTRE A1 ET A3 POUR CETTE PERIODE ? PRECISEZ SI L'EPISODE EST ACTUEL ET/OU PASSE. SI A1b <u>OU</u> A2b = OUI : EPISODE ACTUEL SI A1b <u>ET</u> A2b = NON : EPISODE PASSE SI A5 = OUI : RECURRENT	<table border="1"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">EDM</td> </tr> <tr> <td>ACTUEL</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>PASSE</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>RECURRENT</td> <td>☐</td> </tr> </table>	NON	OUI	EDM		ACTUEL	☐	PASSE	☐	RECURRENT	☐
NON	OUI										
EDM											
ACTUEL	☐										
PASSE	☐										
RECURRENT	☐										

Si EDM, corner la page ou mettre une croix :



B. Risque suicidaire

Au cours du mois écoulé, avez-vous :		
B1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON OUI
B2	Voulu vous faire du mal ?	NON OUI
B3	Pensé à vous suicider ?	NON OUI
B4	Pensé à la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON OUI
B5	Fait une tentative de suicide ?	NON OUI
B6	Et au cours de votre vie, Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON OUI

Y A-T-IL <u>AU MOINS 1 OUI</u> CI-DESSUS SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE : B1 OU B2 OU B6 = OUI : LEGER B3 OU (B2 + B6) = OUI : MOYEN B4 OU B5 OU (B3 + B6) = OUI : ELEVE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NON</th> <th>OUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL</td> </tr> <tr> <td>LEGER</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>MOYEN</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>ELEVE</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>	NON	OUI	RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL		LEGER	☐	MOYEN	☐	ELEVE	☐
NON	OUI										
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL											
LEGER	☐										
MOYEN	☐										
ELEVE	☐										

C. Episode (hypo-)maniaque

➔ : PASSEZ AU MODULE SUIVANT

C1 a Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement plein d'énergie, plein d'enthousiasme, hyperactif que cela vous a posé des problèmes ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? Etiez-vous sous l'emprise de drogues ou d'alcool ? b Vous sentez-vous, actuellement plein(e) d'énergie ou hyperactif ? C2 a Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? Etiez-vous sous l'emprise de drogues ou d'alcool ? b Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ? c C1a <u>OU</u> C2a EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI ➔ C2a NON OUI ➔ NON OUI NON OUI ➔ C2c NON OUI ➔ NON OUI NON OUI ➔
C3 REPRENDRE L'EPISODE ACTUEL OU PASSE LE PLUS GRAVE Lorsque vous vous sentiez plein(e) d'énergie / irritable : a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ? b Aviez-vous besoin de moins de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé après seulement quelques heures de sommeil) ? c Parliez-vous sans arrêt ou si vite qu'on avait du mal à vous comprendre ? d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas les suivre ? e Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ? f Etiez-vous nettement plus actif(ve) et entreprenant(e), ou vous sentiez-vous incapable de tenir en place ou particulièrement nerveux(se) en permanence ? g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables que vous aviez tendance à oublier les risques qu'elles auraient pu entraîner ? Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN C3 <u>ou</u> 4 OUI EN C3 SI C1a = NON (EPISODE PASSE) OU C1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?	NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI ➔ OUI
C4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés sur votre lieu de vie ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) ? <i>Coter OUI, si OUI à l'un ou l'autre.</i>	NON OUI
C4 EST-ELLE COTEE NON ? SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE SI C1b <u>ou</u> C2b = OUI : EPISODE ACTUEL SI C1b <u>ET</u> C2b = NON : EPISODE PASSE	NON OUI EPISODE HYPOMANIAQUE ACTUEL ☐ PASSE ☐
C4 EST-ELLE COTEE OUI ? SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE	NON OUI EPISODE MANIAQUE ACTUEL ☐ PASSE ☐

Si Episode (Hypo-)maniaque, corner la page ou mettre une croix :

D. Trouble panique

➔ : PASSEZ AU MODULE SUIVANT

D1a Avez-vous eu, plusieurs fois, des périodes ou crises durant lesquelles vous vous êtes senti subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e), même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Etiez-vous sous l'emprise de drogues ou d'alcool ? b Ces crises atteignaient-elles leur intensité maximale en moins de 10 minutes ?	NON OUI ➔ NON OUI ➔ NON OUI ➔
D2 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON OUI ➔
D3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences éventuelles (par exemple : vous ne faites plus vos courses sans être accompagné, vous refusez de vous promenez seul, vous vous rendez fréquemment aux urgences en raison de vos symptômes) ?	NON OUI
D4 Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :	
a Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ou de façon irrégulière ? b Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ? c Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ? d Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ? e Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ? f Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ? g Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ? h Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ? i Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges, irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ? j Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou(folle) ? k Aviez-vous peur de mourir ? l Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ? m Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI
D5 D3 EST-ELLE COTEE OUI ET Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN D4 ?	NON OUI
TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE	
D6 D5 EST-ELLE COTEE NON ET Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN D4	NON OUI ➔
SYMPTOMES ANXIEUX PAROXYSTIQUES VIE ENTIERE	
D7 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?	NON OUI
TROUBLE PANIQUE ACTUEL	

E. Etat de stress post-traumatique

➔ : PASSEZ AU MODULE SUIVANT

E1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin d'un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou grièvement blessées ? <i>Exemples de contextes traumatiques : accident grave, agression, viol, attentat, prise d'otages, kidnapping, incendie, découverte de cadavre, mort subite dans l'entourage, guerre, catastrophe naturelle, maladie compromettant le pronostic vital...</i>	NON ➔	OUI
E2	Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ?	NON ➔	OUI
E3	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé <u>de façon pénible</u> à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques) ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ou étiez-vous pris d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ?	NON ➔	OUI
E4 Au cours du mois écoulé :			
a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ?	NON	OUI
b	Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ?	NON	OUI
c	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI
d	Aviez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ?	NON	OUI
e	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu un(e) étranger(ère) vis-à-vis des autres ?	NON	OUI
f	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ?	NON	OUI
g	Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que les autres ?	NON	OUI
Y A-T-IL <u>AU MOINS 3 OUI</u> EN E4 ?		NON ➔	OUI
E5 Au cours du mois écoulé :			
a	Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	NON	OUI
b	Etiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ?	NON	OUI
c	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI
d	Etiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ?	NON	OUI
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI
Y A-T-IL <u>AU MOINS 2 OUI</u> EN E5 ?		NON ➔	OUI
E6	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gêné dans votre quotidien ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI
E6 EST-ELLE COTEE OUI ?		NON OUI ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL	

F. Troubles psychotiques et troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

F1 a Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ b Actuellement, avez-vous cette impression ? PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	NON OUI → F2a NON OUI
F2 a Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ b Actuellement, avez-vous cette impression ? PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	NON OUI → F3a NON OUI
F3 a Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé(e)? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ b Actuellement, avez-vous cette impression ? PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	NON OUI → F4a NON OUI
F4 a Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ b Actuellement, avez-vous cette impression ? PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	NON OUI → F5a NON OUI
F5 a Vos proches ont-ils déjà jugé certaines de vos idées comme étranges ou hors réalité? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ b Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ? PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	NON OUI → F6a NON OUI
F6 a Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ? PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP b Avez-vous entendu ces voix / autres choses au cours du mois écoulé ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ Ce dernier mois, ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ? PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP	NON OUI → F7a NON OUI NON OUI → F7a NON OUI → F8b

F7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé, d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? SI OUI , DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____	NON OUI
b Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? PSY : POUR ETRE COTE OUI, L'EXEMPLE DEVRA ETRE CULTURELLEMENT INAPPROPRIE	NON OUI
F11 a DE F1a A F7a , Y A-T-IL AU MOINS UNE QUESTION "a" COTEE OUI ET Y'A-T-IL UNE CROIX EN BAS DE LA PAGE 13 (OU LA PAGE EST-ELLE CORNEE) ET/OU UNE CROIX EN BAS DE LA PAGE 15 (OU LA PAGE EST-ELLE CORNEE)? b Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) (CROIX P13) / hyperactif / particulièrement irritable (CROIX P15). Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE F1a A F7a) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / hyperactif / irritable ?	NON OUI → NON OUI
F8 b ACTUELLEMENT, LA PERSONNE PRESENTE-T-ELLE UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?	NON OUI
F9 b ACTUELLEMENT, LA PERSONNE PRESENTE-T-ELLE UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?	NON OUI
F10 b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU 1ER PLAN DURANT L'ENTRETIEN?	NON OUI
SI NON A F11a ET/OU A F11b , ENTOUREZ NON A 'TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES VIE ENTIERE ET ACTUEL' ET ALLEZ A F13. SI OUI , ENTOUREZ OUI POUR CE TROUBLE ET ALLEZ A F12	NON OUI TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES VIE ENTIERE
F12 a DE F1b A F7b , Y A-T-IL AU MOINS UNE QUESTION "b" COTEE OUI ET Y'A-T-IL UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL) OU UN EPISODE MANIAQUE OU HYPOMANIQUE (ACTUEL) ?	NON OUI
SI NON , ALLEZ A F13 . SI OUI , ENTOUREZ OUI POUR CE TROUBLE ET ENTOUREZ NON A F13 ET F14 ET ALLEZ AU MODULE SUIVANT.	NON OUI TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES ACTUEL
F13 DE F1b A F6b , Y'A-T-IL AU MOINS UNE QUESTION "b" JUGEE OUI 'BIZARRE' OU DE F1b A F10b , Y'A-T-IL AU MOINS DEUX QUESTIONS "b" COTEES OUI	NON OUI
SI NON , ALLEZ A F14 . SI OUI , ENTOUREZ OUI POUR CE TROUBLE ET ALLEZ A F14 .	NON OUI SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL
F14 F13 EST-ELLE COTEE OUI OU DE F1a A F6a , Y A-T-IL AU MOINS UNE QUESTION "a" JUGEE OUI 'BIZARRE' OU DE F1a A F7a , Y A-T-IL AU MOINS DEUX QUESTIONS "a" COTEES OUI .	NON OUI
SI NON , PASSEZ AU MODULE SUIVANT SI OUI , ENTOUREZ OUI POUR CE TROUBLE	NON OUI SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE

G. Anxiété généralisée

→ : PASSEZ AU MODULE SUIVANT

**NE CONCERNE PAS LES PERSONNES QUI ONT UNE CROIX EN BAS DE LA PAGE 13.
Passez directement au module H.**

G1	a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti, excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours ? Si la personne ne voit pas bien ce que vous voulez dire, approfondissez en demandant : Est-ce que les autres pensent que vous vous inquiétez pour des « broutilles » ou que vous êtes une « boule d'anxiété » ? Et obtenez des exemples.	NON →	OUI
	b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?	NON →	OUI
G2	Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ?	NON →	OUI
G3	DE G3a A G3f, COTEZ NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT Au cours des six derniers mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:		
	a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?	NON	OUI
	b D'avoir les muscles tendus ?	NON	OUI
	c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	NON	OUI
	d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	NON	OUI
	e D'être particulièrement irritable ?	NON	OUI
	f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON	OUI
	Y A-T-IL <u>AU MOINS 3 OUI</u> EN G3 ?	NON →	OUI
G4	Cette anxiété et ces inquiétudes entraînent-elles chez vous une souffrance importante ou vous perturbent-elles dans votre lieu de vie ou dans vos relations avec les autres ?	NON OUI ANXIETE GENERALISEE ACTUELLE	

H. Troubles de la personnalité antisociale

➔ : PASSEZ AU MODULE SUIVANT

H1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :		
a Fréquemment fait l'école buissonnière ou passé la nuit en dehors de chez vous ?	NON	OUI
b Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ?	NON	OUI
c Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ?	NON	OUI
d Volontairement détruit ou mis le feu ?	NON	OUI
e Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ?	NON	OUI
f Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ?	NON	OUI
Y A-T-IL <u>AU MOINS 2 OUI</u> EN H1 ?	NON	OUI ➔
H2 NE PAS coter OUI les réponses ci-dessous, si les comportements sont uniquement présentés dans des contextes politiques ou religieux.		
Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :		
a Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou éviter de travailler pour subvenir à vos besoins ?	NON	OUI
b Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ?	NON	OUI
c Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ?	NON	OUI
d Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou par plaisir, ou menti juste pour vous amuser ?	NON	OUI
e Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ?	NON	OUI
f Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ?	NON	OUI
Y A-T-IL <u>AU MOINS 3 OUI</u> EN H2 ?		NON OUI TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE VIE ENTIERE

J. Recours aux soins

J1. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consulté quelqu'un pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques, psychiatriques ou de comportement ?

☐ OUI

☐ NON → J5

☐ NSP

☐ NVPR → J5

J2. Si OUI, qui avez-vous consulté ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : un médecin	☐
2 : un psychiatre	☐
3 : un psychologue	☐
4 : un thérapeute	☐
5 : une infirmière	☐
6 : une assistante sociale	☐
7 : un religieux	☐
8 : Autre (précisez) : _____	☐

J3. La 1^{ère} fois, c'était en quelle année : |_|_|_|_| ou vous aviez quel âge : |_|_|ans ☐ NSP

J4. Pour quel type de problème était-ce ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Dépression	☐
2 : Suicide	☐
3 : Anxiété	☐
4 : Délires, hallucinations	☐
5 : Excitation, irritabilité	☐
6 : Alcool	☐
7 : Drogues	☐
8 : Autre (précisez) : _____	☐

J5. Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères, des antidépresseurs ou des neuroleptiques ?

☐ OUI

☐ NON → J8

☐ NSP

☐ NVPR → J8

J6. Vous ont-ils été prescrits par un médecin ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

J7. De quel genre de médicaments s'agissait-il ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
Si la personne donne un nom de médicament : NOTEZ LE NOM SANS COCHER LE TYPE	
1 : Somnifères	☐
2 : Médicaments contre l'anxiété	☐
3 : Neuroleptiques	☐
4 : Antidépresseurs	☐
5 : Tranquillisants	☐
6 : Médicaments pour les nerfs	☐
7 : Nom du(des) médicament(s) : _____	☐
99 : Ne sait pas	☐

J8. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été hospitalisé(e) dans un service de psychiatrie, à l'exception de l'hospitalisation dans le cadre d'un sevrage ?

☐ OUI ☐ **NON** → J12 ☐ NSP ☐ NVPR → J12

J9. La 1^{ère} fois, c'était en quelle année : |_|_|_|_| ou vous aviez quel âge : |_|_|ans ☐ NSP

J10. Dans quel département se trouvait l'hôpital ? |_|_| ☐ NSP

OU Dans quel hôpital était-ce ? _____ ☐ NSP

J11. Pour quel type de problème était-ce ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Dépression	☐
2 : Suicide	☐
3 : Anxiété	☐
4 : Délires, hallucinations	☐
5 : Excitation, irritabilité	☐
6 : Alcool	☐
7 : Drogues	☐
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐

J12. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été hospitalisé(e) en psychiatrie contre votre volonté ? ☐ OUI ☐ **NON** → J15 ☐ NSP ☐ NVPR → J15

J13. Combien de fois approximativement ? |_|_| fois ☐ NSP

J14. La dernière fois ...

a. C'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : |_|_| jours **OU** |_|_| mois **OU** |_|_| années ☐ NSP

b. Etait-ce ...	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : Une hospitalisation à la demande d'un tiers ?	☐	☐	☐	☐
2 : Une hospitalisation d'office (préfet, police) ?	☐	☐	☐	☐

c. Dans quel département se trouvait l'hôpital ? |_|_| ☐ NSP

OU Dans quel hôpital était-ce ? _____ ☐ NSP

d. Combien de temps a duré l'hospitalisation ?

☐ Moins d'un mois ☐ Entre 1 et 6 mois ☐ Plus de 6 mois ☐ NSP

J15. Et actuellement, êtes-vous suivi(e) pour ce type de problèmes (émotifs, nerveux, psychologiques, psychiatriques ou de comportement) ?

☐ OUI → J16 ☐ **NON** ☐ NSP ☐ NVPR

Si J1 ET J5 ET J8 ET J12 ET J15 = NON ou NVPR → Module ALCOOL, page 29

Si au moins un OUI entre J1 et J12 → J33 ou J34, PAGE 26

J16. Si OUI, où êtes-vous suivi ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Dans un centre Médico-Psychologique (CMP)	☐
2 : Dans un centre médico-social	☐
3 : A l'hôpital	☐
4 : Dans une association	☐
5 : Dans un cabinet de ville généraliste ou spécialiste	☐
6 : Dans un centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST, CSAPA)	☐
7 : Autre (précisez) : _____	☐
99 : Ne sait pas	☐

J17. Pour quel type de problème êtes-vous suivi actuellement ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Dépression	☐
2 : Suicide	☐
3 : Anxiété	☐
4 : Délires, hallucinations	☐
5 : Excitation, irritabilité	☐
6 : Alcool	☐
7 : Drogues	☐
8 : Autre (précisez) : _____	☐

J18. Au cours des 30 derniers jours avez-vous pris des médicaments pour ce problème ?

☐ OUI ☐ NON → J20 ☐ NSP ☐ NVPR → J20

J19. De quel genre de médicaments s'agit-il ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles) Si la personne donne un nom de médicament : NOTEZ LE NOM SANS COCHER LE TYPE	
1 : Somnifères	☐
2 : Médicaments contre l'anxiété	☐
3 : Neuroleptiques	☐
4 : Antidépresseurs	☐
5 : Tranquillisants	☐
6 : Médicaments pour les nerfs	☐
7 : Nom du (des) médicament(s) : _____	☐
99 : Ne sait pas	☐

J20. Au total, au cours de votre vie, combien de fois approximativement avez-vous été hospitalisé(e) pour ce problème ? |__|__| fois ☐ Jamais → J23 ☐ NSP ☐ NVPR

J21. Si plusieurs fois, combien de temps a duré l'hospitalisation la plus longue ?	
1 : Moins d'un mois	☐
2 : Entre 1 et 6 mois	☐
3 : Entre 6 mois et 1 an	☐
4 : Entre 1 an et 2 ans	☐
5 : Plus de 2 ans	☐
99 : Ne sait pas	☐

J22. La dernière fois que vous avez été hospitalisé(e) ...

a. C'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : |__|__| jours OUI |__|__| mois OUI |__|__| années ☐ NSP

b. Etait-ce ...	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : Une hospitalisation à la demande d'un tiers ?	☐	☐	☐	☐
2 : Une hospitalisation d'office (préfet, police) ?	☐	☐	☐	☐

c. Dans quel département se trouvait l'hôpital ? |__|__|

☐ NSP

OUI Dans quel hôpital était-ce ? _____ ☐ NSP

d. Etait-ce dans un service de psychiatrie ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

J23. Au cours de votre vie, avez-vous déjà interrompu votre traitement avant la fin de la prescription pour traiter ce problème? ☐ OUI ☐ NON → J30 ☐ NSP ☐ NVPR → J30

J24. Combien de fois approximativement ? fois ☐ NSP

J25. Si plusieurs fois, combien de temps a duré l'arrêt le plus long ?	
1 : Moins d'un mois	☐
2 : Entre 1 et 6 mois	☐
3 : Entre 6 mois et 1 an	☐
4 : Entre 1 an et 2 ans	☐
5 : Plus de 2 ans	☐
99 : Ne sait pas	☐

J26. La dernière fois, c'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : jours **OU** mois **OU** années ☐ NSP

J27. La dernière fois, pour quelles raisons avez-vous arrêté votre traitement ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous oubliiez de prendre votre traitement	☐
2 : Vous vous sentiez bien, vous n'en aviez pas besoin	☐
3 : Vous l'avez perdu, on vous a volé vos affaires	☐
4 : Le traitement était trop contraignant (nombreuses prises, trop de comprimés, horaires précis)	☐
5 : Vous vouliez éviter les effets secondaires	☐
6 : L'association avec l'alcool était fortement déconseillée	☐
7 : Vous ne trouviez pas le traitement efficace	☐
8 : Vous aviez l'impression que le traitement était dangereux/toxique	☐
9 : Vous ne vouliez pas vous sentir dépendant de votre traitement	☐
10 : Pour des raisons financières	☐
11 : Vous ne vouliez pas que les autres vous voient prendre un traitement	☐
12 : Vous n'aviez pas de bonnes relations avec votre médecin	☐
13 : Vous utilisiez vos médicaments comme un moyen d'échange	☐
14 : Autre (précisez) : _____	☐

J28. Avez-vous à un moment décidé de reprendre votre traitement ? ☐ OUI ☐ NON → J30

J29. Si OUI, pour quelles raisons ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous vous sentiez trop mal sans votre traitement	☐
2 : Un traitement mieux adapté à votre quotidien a été trouvé (moins de prises, pas d'horaires précis)	☐
3 : Vous avez établi une relation de confiance avec votre médecin	☐
4 : Vous avez été mieux informé sur votre maladie et sur l'intérêt de suivre votre traitement	☐
5 : Vous avez trouvé un lieu de soins	☐
6 : Vous avez été soutenu par des proches	☐
7 : Autre (précisez) : _____	☐

J30. Vous est-il déjà arrivé de vous traiter seul pour vous sentir mieux par rapport à ce problème?

☐ OUI ☐ NON → J31 ☐ NSP ☐ NVPR → J31

Si OUI, ☐ en prenant des médicaments sans ordonnance

☐ autre, (précisez) : _____

J31. Ce problème vous a-t-il gêné dans votre vie quotidienne ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

J32. A-t-il été sévère au point de vous empêcher d'agir (chercher du travail, faire des démarches administratives...) ou de voir vos proches ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

→ Module ALCOOL, PAGE 29

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI AU MINI ...

1/ N'ONT PAS DECLARE DE TROUBLE DANS LES 15 DERNIERS JOURS

Vous m'avez donc dit avoir été confronté au cours de votre vie à un problème émotif, nerveux, psychologique ou psychiatrique...

J33. En souffrez-vous encore ? ☐ OUI ☐ NON → J43 ☐ NSP ☐ NVPR → J43

J34. De quel type de problème souffrez-vous ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Dépression	☐
2 : Suicide	☐
3 : Anxiété	☐
4 : Délires, hallucinations	☐
5 : Excitation, irritabilité	☐
6 : Alcool	☐
7 : Drogues	☐
8 : Autre (précisez) : _____	☐

→ 35

2/ ONT DECLARE UN TROUBLE DANS LES 15 DERNIERS JOURS

Vous m'avez parlé d'un problème récent et vous m'avez dit ne pas être suivi...

J35. En avez-vous parlé à un médecin ou à quelqu'un s'occupant de santé ?

☐ OUI ☐ NON → J42 ☐ NSP ☐ NVPR → J43

J36. Qui était cette personne ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Un médecin généraliste	☐
2 : Un médecin psychiatre	☐
3 : Un médecin à l'hôpital	☐
4 : Un psychologue (non médecin)	☐
5 : Une infirmière	☐
6 : Une assistante sociale	☐
7 : Autre (précisez) : _____	☐

J37. Vous a-t-on prescrit un traitement ? ☐ OUI ☐ NON → J40 ☐ NSP ☐ NVPR → J40

J38. De quel genre de médicaments s'agit-il ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
Si la personne donne un nom de médicament : NOTEZ LE NOM SANS COCHER LE TYPE	
1 : Somnifères	☐
2 : Médicaments contre l'anxiété	☐
3 : Neuroleptiques	☐
4 : Antidépresseurs	☐
5 : Tranquillisants	☐
6 : Médicaments pour les nerfs	☐
7 : Nom du (des) médicament(s) : _____	☐
99 : Ne sait pas	☐

J39. L'avez-vous pris ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

J40. Un suivi vous a-t-il été proposé ? ☐ OUI ☐ NON → J43 ☐ NSP ☐ NVPR → J43

J41. Si OUI, dans quel type de structure ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Centres Médicaux Psychologiques (CMP)	☐
2 : Centres médicaux sociaux (dispensaires)	☐
3 : Cabinet de ville	☐
4 : Associations	☐
5 : Aucune structure car n'y est pas allé	☐
6 : Autre (précisez) : _____	☐

→ 43

J42. Si NON à J35, pour quelles raisons n'en avez-vous pas parlé à un médecin ou quelqu'un s'occupant de santé? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous n'osez pas en parler	☐
2 : Vous estimez que ce n'est pas un problème	☐
3 : Vous pensez que cela ne sert à rien d'en parler	☐
4 : Vous pensez que ce problème va se régler de lui-même	☐
5 : Vous ne savez pas à qui vous adresser	☐
6 : Pour des raisons financières	☐
7 : Vous avez d'autres soucis	☐
8 : Déplacement limité	☐
9 : Autre (précisez) : _____	☐

J43. Au cours de votre vie, avez-vous déjà interrompu un traitement pour traiter ce problème avant la fin de la prescription ?

☐ OUI → J45
☐ NON, car on ne m'en a jamais prescrit → J51
☐ NON, car je n'ai jamais pris le traitement → J44
☐ NSP
☐ NVPR → J51

J44. Pour quelles raisons n'avez-vous pas pris le traitement prescrit? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous les oubliiez	☐
2 : Vous vous sentiez bien, vous n'en aviez pas besoin	☐
3 : Vous l'avez perdu, on vous a volé vos affaires	☐
4 : Le traitement était trop contraignant (nombreuses prises, trop de comprimés, horaires précis)	☐
5 : Vous vouliez éviter les effets secondaires	☐
6 : L'association avec l'alcool était fortement déconseillée	☐
7 : Vous ne trouviez pas le traitement efficace	☐
8 : Vous aviez l'impression que le traitement était dangereux/toxique	☐
9 : Vous ne vouliez pas vous sentir dépendant de votre traitement	☐
10 : Pour des raisons financières	☐
11 : Vous ne vouliez pas que les autres vous voient prendre un traitement	☐
12 : Vous n'aviez pas de bonnes relations avec votre médecin	☐
13 : Vous utilisiez vos médicaments comme un moyen d'échange	☐
14 : Autre (précisez) : _____	☐

→ 51

J45. Combien de fois approximativement ? |__|__| fois ☐ NSP ☐ NVPR → J47

J46. Si plusieurs fois, combien de temps a duré l'arrêt le plus long ?	
1 : Moins d'un mois	☐
2 : Entre 1 et 6 mois	☐
3 : Entre 6 mois et 1 an	☐
4 : Entre 1 an et 2 ans	☐
5 : Plus de 2 ans	☐
99 : Ne sait pas	☐

J47. La dernière fois, c'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : |__|__| jours OU |__|__| mois OU |__|__| années ☐ NSP

J48. La dernière fois, pour quelles raisons avez-vous arrêté votre traitement ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous oubliez de prendre votre traitement	☐
2 : Vous vous sentiez bien, vous n'en aviez pas besoin	☐
3 : Vous l'avez perdu, on vous a volé vos affaires	☐
4 : Le traitement était trop contraignant (nombreuses prises, trop de comprimés, horaires précis)	☐
5 : Vous vouliez éviter les effets secondaires	☐
6 : L'association avec l'alcool était fortement déconseillée	☐
7 : Vous ne trouviez pas le traitement efficace	☐
8 : Vous aviez l'impression que le traitement était dangereux/toxique	☐
9 : Vous ne vouliez pas vous sentir dépendant de votre traitement	☐
10 : Pour des raisons financières	☐
11 : Vous ne vouliez pas que les autres vous voient prendre un traitement	☐
12 : Vous n'aviez pas de bonnes relations avec votre médecin	☐
13 : Vous utilisiez vos médicaments comme un moyen d'échange	☐
14 : Autre (précisez) : _____	☐

J49. Avez-vous à un moment décidé de reprendre votre traitement ? ☐ OUI ☐ NON → J51

J50. Pour quelles raisons ? (Ne pas citer)	
1 : Vous vous sentiez trop mal sans votre traitement	☐
2 : Un traitement mieux adapté à votre quotidien a été trouvé (moins de prises, pas d'horaires précis)	☐
3 : Vous avez établi une relation de confiance avec votre médecin	☐
4 : Vous avez été mieux informé sur votre maladie et sur l'intérêt de suivre votre traitement	☐
5 : Vous avez trouvé un lieu de soins	☐
6 : Vous avez été soutenu par des proches	☐
7 : Autre (précisez) : _____	☐

J51. Vous est-il déjà arrivé de vous traiter seul pour vous sentir mieux par rapport à ce problème ?

☐ OUI ☐ NON → J52 ☐ NSP ☐ NVPR → J52

Si OUI, ☐ en prenant des médicaments sans ordonnance ☐ autre : _____

J52. Au total, au cours de votre vie, combien de fois approximativement avez-vous été hospitalisé(e) pour ce problème ? |__|__| fois ☐ Jamais → J55 ☐ NSP ☐ NVPR → J55

J53. Si plusieurs fois, combien de temps a duré l'hospitalisation la plus longue ?	
1 : Moins d'un mois	☐
2 : Entre 1 et 6 mois	☐
3 : Entre 6 mois et 1 an	☐
4 : Entre 1 an et 2 ans	☐
5 : Plus de 2 ans	☐
99 : Ne sait pas	☐

J54. La dernière fois que vous avez été hospitalisé(e) ...

a. C'était il y a combien de temps ? Il y a |__|__| jours OU |__|__| mois OU |__|__| années ☐ NSP

b. Etait-ce ...	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : Une hospitalisation à la demande d'un tiers ?	☐	☐	☐	☐
2 : Une hospitalisation d'office (préfet, police) ?	☐	☐	☐	☐

c. Dans quel département se trouvait l'hôpital ? |__|__| ☐ NSP

OU Dans quel hôpital était-ce ? _____ ☐ NSP

d. Etait-ce dans un service de psychiatrie ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

J55. Ce problème vous a-t-il gêné dans votre vie quotidienne ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

J56. A-t-il été sévère au point de vous empêcher d'agir (chercher du travail, faire des démarches administratives...) ou de voir vos proches ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

ALCOOL

Je vais maintenant vous poser des questions sur votre consommation d'alcool et de drogues. On parlera d'abord de votre consommation des 12 derniers mois et ensuite de votre consommation depuis que vous êtes sans domicile fixe.

Je tiens à vous rappeler que cet entretien est entièrement anonyme et confidentiel.

(SAUF POINT SOUPE !)

Les personnes qui s'occupent de votre prise en charge n'auront pas accès à ces informations.

Vous pouvez donc nous répondre en toute sincérité.

K. ALCOOL

K1. Au cours de votre vie, avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées : bière, cidre, vin, apéritifs, alcool fort ... ? ☐ OUI → K2 ☐ NON → Module DROGUES, PAGE 34 ☐ NVPR

Si OUI, la dernière fois que vous avez bu de l'alcool, c'était quand ?

Il y a : ☐ Moins d'1 heure ☐ Entre 1 et 4 heures ☐ Entre 5 et 10 heures ☐ Plus d'1 jour
☐ Plus d'1 semaine ☐ Plus d'1 mois ☐ Plus de 6 mois ☐ NSP ☐ NVPR

un 'demi' de bière ou de cidre = 1 verre une cannette de bière standard = 2 verres une cannette de bière forte = 4 verres
un flash = 6 verres une bouteille de vin = 7 verres

Au cours des 12 derniers mois	0	1	2	3	4	4	NSP	NVPR
K2. A quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool ?	Jamais → K19 K20	1 fois/ mois ou moins	2 à 4 fois/ mois	2 à 3 fois/ semaine	4 à 6 fois/ semaine	Tous les jours	☐	☐
K3. Habituellement, les jours où vous buvez des boissons contenant de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?	1 ou 2 Verres	3 ou 4 verres	5 ou 6 verres	7 à 9 Verres	10 verres ou +		☐	☐
K4. Combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres ou plus d'alcool au cours d'une même occasion ?	Jamais	Moins d'1 fois/ Mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		☐	☐
Si les réponses aux 3 premières questions sont dans les zones grisées : PASSER A K10								
K5. Combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		☐	☐
K6. Combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce que vous aviez prévu d'accomplir dans la journée (démarches administratives ...) ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		☐	☐
K7. Combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		☐	☐
K8. Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de remord après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		☐	☐
K9. Combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		☐	☐
Au cours de votre vie								
K10. Vous êtes vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas cette année		Oui, au cours de l'année		☐	☐
K11. Un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas durant l'année écoulée		Oui, au cours de l'année		☐	☐
TOTAL SCORES								
K12. Au cours de l'année écoulée avez-vous été arrêté au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool ?	Jamais	1 fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois	Toutes les semaines	☐	☐

Homme : Score ≥ 7 **OU** Femme : Score ≥ 6 : **Alcoolisation présentant des risques**
Score ≥ 13 : **Alcool dépendance**

Si pas d'alcoolisation à risque → K17

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI PRESENTENT UNE ALCOOLISATION A RISQUE, c.à.d. pour les hommes : Score ≥ 7 et pour les femmes : Score ≥ 6

K13. Jusqu'à quel point ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer de l'alcool ou de vivre sans ?	
1 : Facile	☐
2 : Assez difficile	☐
3 : Très difficile	☐
4 : Impossible	☐
99 : Ne sait pas	☐
98 : Ne veut pas répondre	☐

K14. Ces 12 derniers mois, votre consommation d'alcool a-t-elle eu des effets néfastes sur :	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : vos relations avec vos amis ou vos connaissances ?	☐	☐	☐	☐
2 : votre vie familiale ?	☐	☐	☐	☐
3 : votre vie amoureuse ?	☐	☐	☐	☐
4 : votre santé physique ?	☐	☐	☐	☐
5 : votre travail, vos études ou des opportunités d'emploi ?	☐	☐	☐	☐
6 : votre situation financière ?	☐	☐	☐	☐
7 : Avez-vous eu des problèmes avec la justice à cause de cette consommation ?	☐	☐	☐	☐
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐	☐	☐	☐

K15. Votre consommation d'alcool est-elle à l'origine de :	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : la perte d'un travail ?	☐	☐	☐	☐
2 : la perte d'un logement ?	☐	☐	☐	☐
3 : la séparation d'avec vos proches ?	☐	☐	☐	☐

K16. Pensez-vous que la vie sans domicile a modifié votre consommation d'alcool ? (<i>Ne pas citer</i>) - (<i>si pas de réponse, citer les modalités</i>)	
1 : NON, ça n'a rien changé	☐
2 : OUI, vous avez commencé à consommer	☐
3 : OUI, vous avez arrêté de consommer	☐
4 : OUI, vous avez augmenté votre consommation Si OUI , quelle était la fréquence de votre consommation : ☐ 1 fois/mois ☐ 2 à 4 fois/mois ☐ 2 à 3 fois/semaines ☐ tous les jours	☐
5 : OUI, vous avez diminué votre consommation Si OUI , quelle était la fréquence de votre consommation : ☐ 1 fois/mois ☐ 2 à 4 fois/mois ☐ 2 à 3 fois/semaines ☐ tous les jours	☐
6 : OUI, vous vous êtes mis à consommer de l'alcool pour remplacer un autre produit Si OUI , quel(s) produit(s) avez-vous remplacé par l'alcool : _____	☐
7 : OUI, vous l'avez associé à d'autres produits Si OUI , avec quel(s) produit(s) avez-vous associé l'alcool : _____	☐
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐
99 : Ne sait pas	☐
98 : Ne veut pas répondre	☐

K17. Aujourd'hui, pensez-vous qu'il y a eu une période de votre vie où vous buviez trop ?

☐ OUI → A quel âge la 1^{ère} fois ? |__|__| ans ou il y a |__|__| ans ☐ NSP
☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

K18. Depuis que vous êtes sans domicile, vous est-il arrivé d'arrêter totalement toute consommation d'alcool pendant au moins 7 jours dans un but de sevrage alcoolique ?

☐ OUI → K22 ☐ NON ou ☐ NSP ou ☐ NVPR → Module DROGUES, PAGE 34

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI N'ONT JAMAIS BU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

K19. Si vous n'avez pas bu d'alcool au cours des 12 derniers mois, pour quelle(s) raison(s) ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : N'a jamais consommé régulièrement d'alcool → <i>Module DROGUES, PAGE 34</i>	☐
2 : Parce que c'est dangereux pour la santé	☐
3 : Parce que je n'en vois pas l'intérêt	☐
4 : Parce que je n'aime pas les effets	☐
5 : Parce que j'ai eu des problèmes de santé	☐
6 : Parce que j'ai eu des problèmes relationnels (familiaux, amicaux...)	☐
7 : Parce que j'ai eu des problèmes dans mon travail	☐
8 : Parce que j'ai eu des problèmes judiciaires	☐
9 : Pour des raisons culturelles ou religieuses	☐
10 : Pour des raisons financières	☐
11 : Parce que je réagis mal	☐
12 : Parce que je ne veux pas devenir dépendant(e)	☐
13 : Parce que c'est interdit dans les centres d'hébergement	☐
14 : Autre (précisez) : _____	☐
99 : Ne sait pas	☐
98 : Ne veut pas répondre	☐

K20. Au cours de votre vie	OUI	NON	NSP	NVPR
1: Vous êtes vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	☐	☐	☐	☐
2 : Un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou vous a suggéré de la réduire ?	☐	☐	☐	☐
3 : Pensez-vous qu'il y a eu une période où vous buviez trop ? Si OUI , à quel âge la 1 ^{ère} fois ? ans ou il y a ans ☐ NSP	☐	☐	☐	☐

K21. Depuis que vous êtes sans domicile et avant ces 12 derniers mois, aviez-vous déjà arrêté totalement de consommer de l'alcool au moins pendant 7 jours dans un but de sevrage alcoolique ?

☐ OUI → K22 ☐ NON **ou** ☐ NSP **ou** ☐ NVPR → *Module DROGUES, PAGE 34*

K22. Combien de fois environ avez-vous arrêté depuis que vous êtes sans domicile ?

| | | ☐ NSP ☐ NVPR

K23. La dernière fois que vous avez arrêté, c'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : | | | mois **ou** | | | années ☐ NSP ☐ NVPR

K24. La dernière fois, aviez-vous entrepris cette démarche :

☐ Seul → K26 ☐ Avec l'aide d'un tiers ☐ NSP ☐ NVPR → K26

K25. Qui vous a aidé pour arrêter votre consommation ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Famille	☐
2 : Psychologue	☐
3 : Association d'anciens buveurs	☐
4 : Amis	☐
5 : Assistante sociale /éducateur	☐
6 : Médecins	☐
7 : Autre (précisez) : _____	☐

K26. La dernière fois, dans quel cadre a eu lieu ce sevrage ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : A l'hôpital	☐
2 : Dans un CCAA (centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie)	☐
3 : Dans un centre de cure	☐
4 : Dans un cabinet de médecine générale	☐
5 : Dans un centre résidentiel (LHSS...)	☐
6 : Dans un CMP (centre Médico-Psychologique)	☐
7 : Aucun, car sevrage seul	☐
8 : Autre (précisez) : _____	☐

K27. Après ce sevrage, avez-vous été suivi, cad avez-vous régulièrement rencontré un professionnel ?

☐ OUI

☐ NON → K32

☐ NSP

☐ NVPR → K32

K28. Dans quel type de structure ? <i>(Ne pas citer)</i> <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : A l'hôpital	☐
2 : Dans un CCAA (centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie)	☐
3 : Dans un centre de post-cure	☐
4 : Dans un cabinet de médecine générale	☐
5 : Dans un centre résidentiel (LHSS...)	☐
6 : Dans un CMP (centre Médico-Psychologique)	☐
7 : Aucun, car sevrage seul	☐
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐

K29. Etes-vous encore suivi?

☐ OUI

☐ NON

☐ NSP

☐ NVPR

K30. Avez-vous eu un traitement ?

☐ OUI

☐ NON

☐ NSP

☐ NVPR

K31. Avez-vous fréquenté une association d'anciens buveurs ?

☐ OUI

☐ NON

☐ NSP

☐ NVPR

K32. Pour quelle(s) raison(s) aviez-vous décidé d'arrêter de consommer de l'alcool ? <i>(Ne pas citer)</i> <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Vous ou un de vos proches a été blessé parce que vous étiez sous l'emprise d'un produit	☐
2 : Vous subissiez des pressions de la part de votre famille, de vos amis	☐
3 : Cela a nui à une de vos amitiés, à une relation amoureuse, à votre relation avec votre famille	☐
4 : Vous avez perdu votre travail	☐
5 : Cela vous revenait trop cher	☐
6 : Vous avez eu des problèmes de santé	☐
7 : Vous ne supportiez plus de perdre le contrôle de votre consommation, d'être dépendant	☐
8 : Vous avez été arrêté par la police	☐
9 : Vous avez été exclu d'un centre d'hébergement	☐
10 : Vous ne supportez plus le regard des autres, de la société	☐
11 : Vous ne supportiez plus votre image	☐
12 : Cela devenait difficile de s'en procurer	☐
13 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐
98 : Ne sait pas	☐
99 : Ne veut pas répondre	☐

K33. Selon vous, que faut-il pour qu'une tentative d'arrêt soit un succès ? <i>(Ne pas citer)</i> <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Etre prêt à arrêter	☐
2 : Une prise en charge adaptée	☐
3 : Le maintien du soin	☐
4 : Un logement	☐
5 : Un travail	☐
6 : Un projet de vie	☐
7 : Une relation affective	☐
8 : Ne pas retourner dans la rue	☐
9 : Ne pas s'ennuyer	☐
10 : Ne pas retrouver des copains qui peuvent vous entraîner	☐
11 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	☐
98 : Ne sait pas	☐
99 : Ne veut pas répondre	☐

On va maintenant parler de votre consommation de substances

PRODUITS	Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris ..., même pour goûter ?		A quel âge la 1 ^{ère} fois ?	Et au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris ?	Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence ? <i>Citer</i>				UNIQUEMENT pour les produits de la zone grise		Jusqu'à quel point est-ce difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans ? <i>Citer</i> 1: Facile 2: Assez difficile 3: Très difficile 4: Impossible	Pensez-vous que la vie sans consommation a modifié votre consommation ? <i>Si OUI, citer</i> 1: NON, ça n'a pas changé 2: OUI, vous avez commencé à consommer 3: OUI, vous avez arrêté 4: OUI, vous avez augmenté votre consommation 5: OUI, vous avez diminué votre consommation 6: OUI, ce produit remplace un (d') autre(s) produit(s) 7: OUI, vous l'avez associé à d'autres produits	Pensez-vous que la vie sans domicile a modifié votre rapport à l'injection ? <i>Si OUI, citer</i> 1: NON, rien n'a changé 2: OUI, vous injectiez plus 3: OUI, vous injectiez moins 4: OUI, vous avez commencé l'injection 5: OUI, vous avez arrêté l'injection 6: OUI, autre (<i>ne pas renseigner</i>)
	OUI déjà pris	NON			<1 fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	3 fois/semaine	Comment l'avez-vous consommé le +vnt ces 12 derniers mois ? <i>Citer</i> 1: Oral → 2: Sniffé → 3: Fumé → 4: Injecté	Ces 12 derniers mois, vous est-il arrivé de l'injecter ?			
A. Cannabis □INVPR	☐ → B	☐ → B	☐	☐ OUI ☐ NON → B	☐ O	☐ O	☐ O	☐	☐	quels produits: _____	☐ Si 6: _____	☐	
B. Ecstasy, MDMA □INVPR	☐ → C	☐ → C	☐	☐ OUI ☐ NON → C	☐ O	☐ O	☐ O	☐ Si 1/2/3 →	☐ OUI ☐ NON	quels produits: _____	☐ Si 6: _____	☐	
C. Cocaïne □INVPR	☐ → D	☐ → D	☐	☐ OUI ☐ NON → D	☐ O	☐ O	☐ O	☐ Si 1/2/3 →	☐ OUI ☐ NON	quels produits: _____	☐ Si 6: _____	☐	
D. Médicaments pour obtenir des effets □INVPR	☐ → E	☐ → E	☐	☐ OUI ☐ NON → E	☐ O	☐ O	☐ O	☐ Si 1/2/3 →	☐ OUI ☐ NON	quels produits: _____	☐ Si 6: _____	☐	
E. Si la personne a répondu OUI pour CANNABIS + OUI pour au moins 1 autre produit → F, G ... P Si la personne a répondu OUI uniquement pour CANNABIS, demandez : 'Au cours de votre vie, avez-vous pris d'autres drogues, comme des amphétamines, du poppers, de l'héroïne, du crack du subutex, même pour goûter ?' OUI → F NON → module TABAC, PAGE 39 SI LA PERSONNE NE VEUT PAS REPONDRE AUX QUESTIONS SUR LA DROGUE → PASSER DIRECTEMENT AU TABAC, PAGE 39													
F. Amphétamines, speed □INVPR	☐ → G	☐ → G	☐	☐ OUI ☐ NON → G	☐ O	☐ O	☐ O	☐ Si 1/2/3 →	☐ OUI ☐ NON	quels produits: _____	☐ Si 6: _____	☐	
G. Poppers □INVPR	☐ → H	☐ → H	☐	☐ OUI ☐ NON → H	☐ O	☐ O	☐ O	☐	☐	quels produits: _____	☐ Si 6: _____		
H. Héroïne □INVPR	☐ → I	☐ → I	☐	☐ OUI ☐ NON → I	☐ O	☐ O	☐ O	☐ Si 1/2/3 →	☐ OUI ☐ NON	quels produits: _____	☐ Si 6: _____	☐	
I. Crack, free base □INVPR	☐ → J	☐ → J	☐	☐ OUI ☐ NON → J	☐ O	☐ O	☐ O	☐ Si 1/2/3 →	☐ OUI ☐ NON	quels produits: _____	☐ Si 6: _____	☐	

PRODUITS	Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris ..., même pour goûter ?		A quel âge la 1 ^{ère} fois ?	Et au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris ?	Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence ? <i>Citer</i>				UNIQUEMENT pour les produits de la zone grisée		Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter d'en consommer ou de vivre sans ? <i>Citer</i> 1: Facile 2: Assez difficile 3: Très difficile 4: Impossible	Pensez vous que la vie sans domicile a modifié votre consommation ? <i>Si OUI, citer</i> 1: NON, ça n'a pas changé 2: OUI, vous avez commencé à consommer 3: OUI vous avez arrêté 4: OUI, vous avez augmenté votre conso 5: OUI, vous avez diminué votre conso 6: OUI, ce produit remplace un (d') autre(s) produit(s) 7: OUI, vous l'avez associé à d'autres produits	Pensez vous que la vie sans domicile a modifié votre rapport à l'injection ? <i>Si OUI, citer</i> 1: NON, rien n'a changé 2: OUI, vous injectez plus 3: OUI, vous injectez moins 4: OUI, vous avez commencé l'injection 5: OUI, vous avez arrêté l'injection 6: OUI, autre (<i>ne pas renseigner</i>)	
	OUI déjà pris	NON			<1 fois	1 à 3 fois	1 à 3 fois	3 fois	Comment l'avez-vous consommé le +svt ces 12 derniers mois ? <i>Citer</i> 1: Oral → 2: Sniffé → 3: Fumé → 4: Injecté	Ces 12 derniers mois, vous est-il arrivé de l'injecter ?				
J. Subutex □ NVPR	☐	☐ → K	☐	☐ OUI * ☐ NON → K	☐	☐	☐	☐	☐ OUI ☐ NON	☐	☐	☐	☐	☐
* S'agit-il un traitement de substitution ? ☐ OUI ☐ NON → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit ☐ NSP ☐ NVPR														
Si OUI, Votre traitement vous est prescrit par : ☐ un médecin généraliste ☐ un centre méthadone														
Vous arrive-t-il de temps en temps d'en acheter dans la rue ? ☐ OUI → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit ☐ NON → K ☐ NSP ☐ NVPR														
K. Méthadone □ NVPR	☐	☐ → L	☐	☐ OUI ** ☐ NON → L	☐	☐	☐	☐	☐ OUI ☐ NON	☐	☐	☐	☐	☐
** S'agit-il un traitement de substitution ? ☐ OUI ☐ NON → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit ☐ NSP ☐ NVPR														
Si OUI, Votre traitement vous est prescrit par : ☐ un médecin généraliste ☐ un centre méthadone														
Vous arrive-t-il de temps en temps d'en acheter dans la rue ? ☐ OUI → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit ☐ NON → L ☐ NSP ☐ NVPR														
L. Sulfate de morphine □ NVPR	☐	☐ → M	☐	☐ OUI *** ☐ NON → M	☐	☐	☐	☐	☐ OUI ☐ NON	☐	☐	☐	☐	☐
*** S'agit-il un traitement de substitution ? ☐ OUI ☐ NON → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit ☐ NSP ☐ NVPR														
Si OUI, Votre traitement vous est prescrit par : ☐ un médecin généraliste ☐ un centre méthadone														
Vous arrive-t-il de temps en temps d'en acheter dans la rue ? ☐ OUI → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit ☐ NON → N ☐ NSP ☐ NVPR														
M. Colle, solvants □ NVPR	☐	☐ → N	☐	☐ OUI ☐ NON → N	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N. LSD □ NVPR	☐	☐ → O	☐	☐ OUI ☐ NON → O	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
O. Champignons, hallucinogènes □ NVPR	☐	☐ → P	☐	☐ OUI ☐ NON → P	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P. Kétamine □ NVPR	☐	☐	☐	☐ OUI ☐ NON	☐	☐	☐	☐	☐ OUI ☐ NON	☐	☐	☐	☐	☐

Si la personne a consommé un des produits précédents dans les 12 derniers mois, demander :
La dernière fois que vous avez consommé des produits ou des médicaments détournés de leur usage, c'était quand ?
Il y a : ☐ Moins d'1 heure ☐ Entre 1 et 4 heures ☐ Entre 5 et 10 heures ☐ Plus d'1 journée ☐ Plus d'1 semaine
☐ Plus d'1 mois ☐ Plus de 6 mois ☐ NSP ☐ NVPR

Pour les personnes qui se sont injectées des produits au cours des 12 derniers mois :

L1. Avez-vous prêté ou emprunté une seringue dans les 12 derniers mois ? ☐ OUI ☐ NON → L2 ☐ NSP ☐ NVPR → L2

Si OUI, A quelle fréquence le plus généralement ? Citer
☐ Systématiquement ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ 1 ou 2 fois ☐ NSP ☐ NVPR

L2. Avez-vous prêté ou emprunté du petit matériel lié à l'injection (cuillère, filtre...) dans l'année qui vient de s'écouler ?
☐ OUI ☐ NON → L3 ☐ NSP ☐ NVPR → L3

Si OUI, A quelle fréquence le plus généralement ? Citer
☐ Systématiquement ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ 1 ou 2 fois ☐ NSP ☐ NVPR

L3. Ces 12 derniers mois, votre consommation de drogues a-t-elle eu des effets néfastes sur :

	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : vos relations avec vos amis ou vos connaissances ?	☐	☐	☐	☐
2 : votre vie familiale ?	☐	☐	☐	☐
3 : votre vie amoureuse ?	☐	☐	☐	☐
4 : votre santé physique ?	☐	☐	☐	☐
5 : votre travail, vos études ou des opportunités d'emploi ?	☐	☐	☐	☐
6 : votre situation financière ?	☐	☐	☐	☐
7 : Avez-vous eu des problèmes avec la justice à cause de cette consommation ?	☐	☐	☐	☐
8 : Autre (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐

L4. Ces 12 derniers mois, y'a-t-il des produits que vous avez pris ensemble, en même temps ? ☐ OUI ☐ NON → L5 ☐ NSP ☐ NVPR → L5

Si OUI, De quel(s) produit(s) s'agit-il ? _____

L5. Votre consommation de drogues a-t-elle été à l'origine de :

	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : la perte d'un travail ?	☐	☐	☐	☐
2 : la perte d'un logement ?	☐	☐	☐	☐
3 : la séparation d'avec vos proches ?	☐	☐	☐	☐

L6. Aujourd'hui, pensez-vous qu'il y a eu une période de votre vie où vous consommiez trop de drogues ?
☐ OUI → Quel(s) produit(s) : _____ A quel âge la 1^{ère} fois ? | _ | _ | ans ou il y a | _ | _ | ans ☐ NSP
☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

L7. Depuis que vous êtes sans domicile, avez-vous déjà arrêté de consommer des produits, hormis l'alcool au moins pendant 7 jours ?

☐ OUI → L8 ☐ NON ou ☐ NSP ou ☐ NVPR → module TABAC, PAGE 39 **Noter le(s) produit(s) cité(s) :** _____

L8. Combien de fois environ avez-vous arrêté depuis que vous êtes sans domicile ? ☐ NSP ☐ NVPR

L9. La dernière fois que vous avez arrêté, de quel produit s'agissait-il ? _____

L10. Et c'était il y a combien de temps ? C'était il y a : mois OU années ☐ NSP ☐ NVPR

L11. Avez-vous entrepris cette démarche : ☐ Seul(e) → L13 ☐ Avec l'aide d'un tiers ☐ NSP ☐ NVPR → L13

L12. Qui vous a aidé pour arrêter ou diminuer votre consommation ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Famille	☐
2 : Psychologue	☐
3 : Association d'anciens toxicomanes	☐
4 : Amis	☐
5 : Assistante sociale /éducateur	☐
6 : Médecins	☐
7 : Autre (précisez) : _____	☐

L13. La dernière fois, dans quel cadre a eu lieu ce sevrage ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : A l'hôpital	☐
2 : Dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST, CSAPA)	☐
3 : Dans un centre de cure	☐
4 : Dans un cabinet de médecine générale	☐
5 : Dans un centre résidentiel (LHSS...)	☐
6 : Dans un CMP (centre Médico-Psychologique)	☐
7 : Aucun, car sevrage seul	☐
8 : Autre (précisez) : _____	☐

L14. Après ce sevrage, avez-vous été suivi, cad avez-vous régulièrement rencontré un professionnel ? ☐ OUI ☐ NON → L19 ☐ NSP ☐ NVPR

L15. Dans quel type de structure ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : A l'hôpital	☐
2 : Dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST, CSAPA)	☐
3 : Dans un centre de post-cure	☐
4 : Dans un cabinet de médecine générale	☐
5 : Dans un centre résidentiel (LHSS...)	☐
6 : Dans un CMP (centre Médico-Psychologique)	☐
7 : Aucun, car sevrage seul	☐
8 : Autre (précisez) : _____	☐

- L16. Etes-vous encore suivi?

☐ OUI☐ NON☐ NSP☐ NVPR
- L17. Avez-vous eu un traitement ?

☐ OUI☐ NON☐ NSP☐ NVPR
- L18. Avez-vous fréquenté une association d'anciens toxicomanes ?

☐ OUI☐ NON☐ NSP☐ NVPR
- L19. Etes-vous déjà allé dans un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD ou un service de bas seuil) ?

☐ OUI☐ NON

L20. Avez-vous déjà été en contact avec des équipes de rue ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

L21. Pour quelle(s) raison(s) aviez-vous décidé d'arrêter de consommer de ... (Nommer le produit cité) ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous ou un de vos proches a été blessé parce que vous étiez sous l'emprise d'un produit	☐
2 : Vous subissiez des pressions de la part de votre famille, de vos amis	☐
3 : Cela a nui à une de vos amitiés, à une relation amoureuse, à votre relation avec votre famille	☐
4 : Vous avez perdu votre travail	☐
5 : Cela vous revenait trop cher	☐
6 : Vous avez eu des problèmes de santé	☐
7 : Vous ne supportiez plus de perdre le contrôle de votre consommation, d'être dépendant	☐
8 : Vous avez été arrêté par la police	☐
9 : Vous avez été exclu d'un centre d'hébergement	☐
10 : Vous ne supportiez plus le regard des autres, de la société	☐
11 : Vous ne supportiez plus votre image	☐
12 : Cela devenait difficile de s'en procurer	☐
13 : Autre (précisez) :	☐

L22. Selon vous, que faut-il pour qu'une tentative d'arrêt soit un succès ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Etre prêt à arrêter	☐
2 : Une prise en charge adaptée	☐
3 : Le maintien du soin	☐
4 : Un logement	☐
5 : Un travail	☐
6 : Un projet de vie	☐
7 : Une relation affective	☐
8 : Ne pas retourner dans la rue	☐
9 : Ne pas s'ennuyer	☐
10 : Ne pas retrouver des copains qui peuvent vous entraîner	☐
11 : Autre (précisez) :	☐

TABAC

52. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

1 : OUI, vous fumez quotidiennement (au moins 1 cigarette par jour)	→ 53, 54	☐
2 : OUI, vous fumez occasionnellement	→ 56	☐
3 : NON, vous ne fumez plus	→ 55	☐
4 : NON, vous n'avez jamais fumé	→ 56	☐

53. Depuis combien de temps fumez-vous régulièrement ?

Depuis ans (Si moins de 1an, codez 00) / Depuis l'âge de ans

54. Que fumez-vous ? ☐ Cigarettes (achetées ou tabac à rouler) → nombre en moyenne par jour ?

☐ Cigares ☐ Pipe

→ 56

55. Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

semaines **ou** mois **ou** années

SITUATION ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Parlons à présent de votre situation actuelle

56. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

1 : Vous travaillez, y compris sans contrat de travail ou sans être déclaré	→ 57, 58, 59, 60, 61	☐
2 : Chômeur, (inscrit(e) ou non à l'ANPE)	→ 62, 63	☐
3 : Etudiant(e), élève, en formation, en stage hors entreprise	→ 62, 63	☐
4 : Retraité(e), préretraité(e), retiré(e) des affaires	→ 62, 63	☐
5 : Au foyer (à la maison)	→ 62, 63	☐
6 : En invalidité	→ 62, 63	☐
7 : Vous n'êtes pas autorisé(e) à travailler	→ 62, 63	☐
8 : Autres inactifs (y compris congés maladie de plus de 3 mois)	→ 62, 63	☐
9 : Congé parental	→ 62, 63	☐
10 : Vous n'avez jamais travaillé	→ 62, 67	☐

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI ONT UN EMPLOI

57. Quelle est votre activité principale actuelle ? (Noter en clair) :

58. Quel type de contrat avez-vous ? (Une seule réponse possible)

1 : Apprentissage sous contrat	☐
2 : Stage rémunéré en entreprise	☐
3 : Emploi jeune, CPE, CNE	☐
4 : CDD	☐
5 : CDI	☐
6 : Contrat de travail intérimaire	☐
7 : Contrat Emploi Solidarité (CES)	☐
8 : Sans contrat car non déclaré	☐
9 : Sans contrat car non autorisé	☐
10 : Sans contrat car aidant un membre de la famille	☐
11 : Autre (précisez) :	☐
99 : Ne sait pas	☐

59. Vous travaillez à : ☐ Temps complet ☐ Temps partiel ☐ NSP ☐ NVPR

60. Combien d'heures avez-vous travaillé la semaine dernière ?

☐ Moins de 5 heures ☐ Entre 5 et moins de 15 heures
☐ Entre 15 et moins de 35 heures ☐ Plus de 35 heures

61. Avez-vous, néanmoins, d'autres sources de revenus ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

Si OUI, lesquelles ?

→ 71

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI NE TRAVAILLENT PAS OU PLUS

62. Avez-vous, néanmoins, d'autres sources de revenus ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP ☐ NVPR

Si OUI, lesquelles ? _____

63. Avez-vous déjà travaillé au moins 6 mois de suite ? ☐ OUI → 64, 65, 66 ☐ NON → 67 ☐ NSP

64. Si OUI, quelle était votre dernière profession ou activité professionnelle d'au moins 6 mois de suite? (Noter en clair) :

65. Comment avez-vous perdu ou quitté votre emploi ? (Ne pas citer)	
1 : A démissionné	☐
2 : Fin de mission d'intérim	☐
3 : Fin de contrat à durée déterminée ou en fin d'emploi occasionnel	☐
4 : Licenciement collectif ou individuel, une suppression d'emploi, la faillite de son entreprise	☐
5 : Perte du travail pour raisons de santé	☐
6 : Perte du travail pour d'autres raisons	☐
7 : Problème d'alcool	☐
8 : Problème de drogues	☐
9 : Départ à la retraite ou en préretraite	☐
10 : Il en avait assez de ce travail donc il a arrêté	☐
11 : Autre (précisez) : _____	☐

66. Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ? Depuis : ____ Mois ou ____ Années
Si recherche depuis moins d'1 mois, codez 00

NE CONCERNE PAS LES RETRAITES NI LES PERSONNES EN INVALIDITE

67. Etes-vous inscrit comme demandeur d'emploi : ANPE, ASSEDIC, mairie,... ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

68. Actuellement, recherchez-vous un emploi ? ☐ OUI → 70 ☐ NON → 69 ☐ NSP ☐ NVPR

69. Si <u>NON</u> , pour quelle raison principale ne recherchez-vous pas d'emploi ? (Ne pas citer)	
1: Se juge trop jeune ou trop âgée pour les employeurs	☐
2: Pense ne pas avoir la formation, les qualifications, l'expérience requise	☐
3: A des problèmes de santé	☐
4: A des difficultés personnelles (discrimination raciale, sexiste, problèmes linguistiques, casier judiciaire)	☐
5: Ne sait pas comment chercher	☐
6: Pense qu'il n'y a pas d'emploi à proximité ou pas d'emploi dans son domaine de compétence	☐
7: N'a pas le droit de travailler (réfugié)	☐
8: N'est pas disponible actuellement (enfants à charge, raisons familiales)	☐
9: Attend le résultat de démarches antérieures	☐
10: Ne souhaite pas entreprendre de démarches immédiatement	☐
11: Ne souhaite pas reprendre un emploi	☐
12: Est actuellement en stage	☐
13: Autre (précisez) : _____	☐

70. Si <u>OUI</u> , depuis 1 mois, avez-vous ? (plusieurs réponses possibles)	
1 : Fait une (des) démarche(s) directe(s) auprès d'un employeur	☐
2 : Répondu à une offre d'emploi	☐
3 : Pris contact avec une agence de travail temporaire (intérim)	☐
4 : Fait passer une annonce de demande d'emploi (dans un journal, tableau d'affichage)	☐
5 : Pris des dispositions pour vous établir à votre compte	☐
6 : Passé (fait des démarches pour passer) un concours de recrutement	☐
7 : Cherché par relations personnelles	☐
8 : Autre (précisez) : _____	☐

COUVERTURE SOCIALE ET RESSOURCES FINANCIERES

Nous allons maintenant parler de l'assurance maladie et de vos ressources financières

71. Actuellement avez-vous une couverture maladie ?	
1 : Oui, la Sécurité sociale (bénéficiaire ou ayant droit)	☐
2 : Oui, la Sécurité sociale de base par le biais de la CMU (Couverture maladie universelle)	☐
3 : Oui, l'Aide médicale d'Etat (AME)	☐
4 : Oui, mais ne sait pas laquelle	☐
5 : Aucune couverture maladie	☐
99 : Ne sait pas	☐

72. Bénéficiez-vous d'une couverture maladie complémentaire ?	
1 : Oui, par la CMU	☐
2 : Oui, par une mutuelle ou une assurance privée	☐
3 : Oui, une aide complémentaire mais ne sait pas laquelle	☐
4 : Aucune couverture maladie complémentaire	☐
99 : Ne sait pas	☐

73. Quelles ont été vos ressources le mois dernier ? (plusieurs réponses possibles)	
1 : Salaire / rémunération	☐
2 : Prestations sociales	☐
3 : Aucune → 75	☐
4 : Autre (précisez) : _____	☐

74. Le mois dernier avez-vous perçu une ou des prestations sociales ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : RMI / RSA	☐
2 : RMA (revenu minimum d'activité)	☐
3 : Allocations chômage	☐
4 : Allocations familiales	☐
5 : Allocation parent isolé (API)	☐
6 : Allocation adulte handicapé (AAH) ou COTOREP Si AAH, à quel taux ? __ __ __ % ET pour quel handicap : _____	☐
7 : Retraite, Minimum vieillesse	☐
8 : Aide au logement	☐
9 : Pension d'invalidité	☐
10 : Allocation d'insertion	☐
11 : Autre (précisez) : _____	☐

75. Le mois dernier, avez-vous reçu de l'argent...(plusieurs réponses possibles)	OUI	NON	NVPR
1 : d'une association	☐	☐	☐
2 : d'un organisme public	☐	☐	☐
3 : père / mère	☐	☐	☐
4 : autre membre de la famille	☐	☐	☐
5 : ami, collègue, connaissance	☐	☐	☐
6 : conjoint (pension alimentaire)	☐	☐	☐
7 : en faisant la manche	☐	☐	☐
8 : autre (précisez) : _____	☐	☐	☐
9 : rien	☐	☐	☐

VIOLENCE

76. Ces 12 derniers mois, avez-vous été victime :	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : de vol				
2 : de menaces verbales				
3 : de regards ou de paroles irrespectueux ou humiliants				
4 : d'agressions sexuelles				
5 : d'agressions physiques, hors agression sexuelle				
6 : de coups reçus lors de bagarres entre plusieurs personnes				
7 : autre (<i>précisez</i>) :				

RESEAU SOCIAL

Nous allons maintenant parler de votre famille et de votre réseau social

77. Avez-vous des contacts (téléphone, courrier) avec des membres de votre famille ne résidant pas avec vous ? ☐ OUI, régulièrement ☐ OUI, occasionnellement ☐ NON

78. Combien avez-vous de copains ou de relations amicales (parenté exclue)	
1 : Un	
2 : De 2 à 4	
3 : De 5 à 9	
4 : 10 ou plus	
5 : Aucun	
99 : Ne sait pas	
98 : Ne veut pas répondre	

79. D'une façon générale, diriez-vous que vous vous sentez :	
1 : Très seul	☐
2 : Plutôt seul	☐
3 : Plutôt entouré	☐
4 : Très entouré	☐
99 : Ne sait pas	☐
98 : Ne veut pas répondre	☐

80. En cas de coups durs, pourriez-vous compter sur ...	Pour un coup de main	Pour un soutien moral	Pour vous informer sur vos droits sociaux
1 : votre famille	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
2 : vos amis	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
3 : les membres des associations	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
4 : les assistantes sociales des mairies	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

Je vous remercie beaucoup d'avoir répondu à toutes ces questions, ma (mon) collègue va conclure avec vous cet entretien.

A REMPLIR PAR LES 2 ENQUETEURS APRES L'ENTRETIEN

Heure de fin : H

Y'a-t-il eu des dérangements au cours de l'entrevue ? ☐ OUI ☐ NON

Le questionnaire a pu être administré dans des conditions de confidentialité suffisante pour que la personne ne soit pas gênée de répondre librement aux questions ? ☐ OUI ☐ NON

Si **NON**, expliquez : _____

Comment évaluez-vous le degré de coopération du répondant ?

☐ Bon ou très bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ou très mauvais

Comment évaluez-vous le degré de compréhension du répondant ?

☐ Bon ou très bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ou très mauvais

Croyez-vous que les réponses du répondant étaient fausses d'une certaine façon ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Le répondant a-t-il manifesté de la rancune, de la colère ou de l'hostilité ?

☐ Pas du tout ☐ Modérément ☐ Un peu ☐ Beaucoup

Globalement, l'enquête s'est-elle bien déroulée ? ☐ OUI ☐ NON

Selon vous, la personne nécessiterait-elle des soins psychiatriques ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

N'hésitez pas à noter ci-dessous tout événement susceptible d'être signalé :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nécessité d'un débriefing avec le psychiatre : ☐ OUI ☐ NON

ENTRETIEN CLINIQUE OUVERT

Pour conclure cet entretien, je voudrais d'abord vous remercier vivement de votre participation, car cet entretien a été long et éprouvant. Il se peut que nous n'ayons pas parlé de choses qui soient importantes pour vous. Avez-vous des remarques à apporter à tout ce que nous venons de dire.

Faire un compte-rendu très succinct de l'entretien

CONCERNANT LES TROUBLES PSYCHOTIQUES :

Au moment de coter le MINI, les exemples ne seront retenus que s'ils présentent clairement une distorsion de la pensée et/ou de la perception ou s'ils sont culturellement inappropriés.

Il faudra aussi évaluer le caractère 'bizarre' des réponses.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : le contenu est manifestement absurde, invraisemblable, et ne peut être basé sur des expériences habituelles de la vie.

HALLUCINATIONS BIZARRES : voix qui font des commentaires sur les pensées ou les actes de la personne ou plusieurs voix qui parlent entre elles.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Diagnostic (CIM10) suite à l'entretien avec le psychiatre :

.....

.....

.....

L'enquête Samenta répond à une demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, concernant l'estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les personnes sans logement personnel en Ile-de-France.

La méthodologie de l'enquête repose sur un sondage complexe de façon à obtenir un échantillon aléatoire de personnes sans logement fréquentant des services d'aide (centres d'hébergement d'urgence ou de réinsertion, accueils de jour, points de distribution de repas chauds). Les personnes ont été interrogées par un binôme composé d'un enquêteur professionnel et d'un psychologue clinicien, avec un avis ultérieur d'un psychiatre pour coder un éventuel diagnostic. Entre février et avril 2009, 840 personnes ont participé à l'enquête. La pondération de l'échantillon permet d'estimer la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide pendant la période d'étude à 21 176 personnes (IC95% [17 582 ; 24 770])

Ce rapport présente les premiers résultats sur les prévalences des troubles psychiatriques et des addictions. Nous avons estimé qu'un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement) et de troubles anxieux. Cette prévalence de troubles sévères est plus forte qu'en population générale : elle est, en particulier, dix fois plus importante pour les troubles psychotiques. De même, la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concernent près de trois personnes sur dix. Les prévalences de troubles psychiatriques sévères et d'addictions sont plus élevées dans des dispositifs à bas seuil, qui accueillent un public plus défavorisé et ne facilitent pourtant pas l'accès ou le maintien dans le soin. Le dispositif d'urgence et les hôtels sociaux sont particulièrement concernés. La co-morbidité entre troubles psychiatriques et addictions est aussi plus importante parmi les personnes sans logement personnel qu'en population générale. Par ailleurs, si les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont eu, pour plus des deux tiers d'entre elles, un recours aux soins psychiatriques au cours de leur vie, la majorité d'entre elles ne sont plus suivies : le maintien dans le soin s'avère problématique. Toutefois, il faut noter que l'observance du traitement n'est pas moins bonne que celle des personnes atteintes de troubles psychiatriques en population générale.

Concernant la santé mentale et des addictions, les personnes sans logement personnel sont particulièrement touchées.

Cependant, la maladie mentale n'affecte pas toute la population sans logement personnel, encore moins dans ses formes les plus sévères ; il en est de même au sujet des addictions. La population « sans chez soi » ne se résume donc pas, loin s'en faut, à la figure du « malade mental » ou de « l'alcoolique ». En outre, ces figures elles-mêmes passent sous silence la diversité des expériences vécues et des rôles sociaux que peuvent jouer des personnes atteintes de troubles mentaux ou d'addictions.

