

SAMENTA

Enquête sur la SAnté MENTale et les Addictions chez les personnes sans logement

A. Laporte¹, M-A Détrez², C. Douay³, Y. Le Strat², E. Le Mener², P. Chauvin⁵ et l'équipe de recherche Samenta

1-ARS IDF 2- Observatoire du Samusocial de Paris
3- Conseil Général 93 4- Institut de Veille Sanitaire
5- Inserm UMRS-707

LA SANTE MENTALE DES PERSONNES
SANS LOGEMENT PERSONNEL

COLLOQUE INTERNATIONAL
PARIS, 26 ET 27 OCTOBRE 2011

SAMENTA

Sommaire

- Contexte de construction du projet
 - Objectifs
 - Questions méthodologiques :
 - Comment faire une enquête en population
 - Comment faire des « diagnostics » hors lieu soin
 - Résultats de prévalence
 - Analyse des facteurs associés au troubles psychiatriques sévères
 - Conclusions
- 

Construction de l'objet de recherche - I

Contexte politique et social

- Préoccupation croissante : relations entre exclusion sociale et santé mentale
- Mouvement des tentes dans Paris et des Enfants de Don Quichotte (2005-2006)
- Rapport Orain/Chambaud (2008)
- Appel d'offre étude pour une étude « sur les personnes à la rue atteintes de troubles psy ou de comportement »

Construction de l'objet de recherche - II

Contexte scientifique

- Données disponibles insuffisantes (données d'activité de services)
- Dernière (seule) étude française méthodologiquement fiable, 1996 (V. Kovess et C. Mangin-Lazarus)
- Travail sur les sans-domicile mené par M. Marpsat et J.-M. Firdion (1995) à Paris et par l'INSEE en 2001
- Débat en sciences sociales, 2 positions extrêmes :
 - Exclusion sociale : problème psychiatrique (Declerk, 2001);
 - Sans-abrisme (dont maladie mentale) : construction sociale (Snow et al. 1986).

Equipe de recherche Samenta

- **François Beck**, statisticien et sociologue, INPES
- **Christine Chan-Chee**, médecin épidémiologiste, InVS
- **Pierre Chauvin**, médecin épidémiologiste, UMRS 707, Inserm – UPMC
- **Marc-Antoine Détéz**, statisticien, Observatoire du Samusocial de Paris
- **Caroline Douay**, épidémiologiste, Observatoire du Samusocial de Paris
- **Jean-Marie Firdion**, sociologue, CMH – ENS Ulm
- **Marie-Jeanne Guedj**, psychiatre, CPOA, Hôpital Sainte-Anne
- **Marie Jauffret-Roustide**, sociologue, InVS / Cesames
- **Anne Laporte**, médecin épidémiologiste,
- **Stéphane Legleye**, statisticien, OFDT puis Ined
- **Valérie Le Masson**, médecin épidémiologiste, DIM Hôpital Sainte-Anne
- **Erwan Le Méner**, sociologue, observatoire /ISP- ENS cachan
- **Yann Le Strat**, statisticien, InVS
- **Alain Mercuel**, psychiatre, SMES, Hôpital Sainte-Anne
- **Sylvie Quesemand-Zucca**, psychiatre, SMES, Hôpital Sainte-Anne

Objectifs

- Estimer la prévalence des principaux troubles psychiatriques et des addictions chez des personnes sans logement personnel en Ile-de-France
- Etudier les parcours sociaux, médicaux et comportementaux pour saisir les éléments du contexte social de la santé mentale
- Proposer des améliorations dans l'offre de soins (psychiatriques, sevrage des addictions) et un hébergement/logement adapté

Quel dispositif d'enquête ?

- Pour une estimation *sans biais* des prévalences de troubles psychiatriques et addictions :
 - Recrutement en population
 - « Diagnostic » hors cabinet médical avec cliniciens
- Pour comprendre comment la maladie mentale s'inscrit dans le parcours de vie :
 - Recueillir des données sur les parcours sociaux, les événements de vie, etc...
- Territoire : région Ile-de-France

Questions méthodologiques

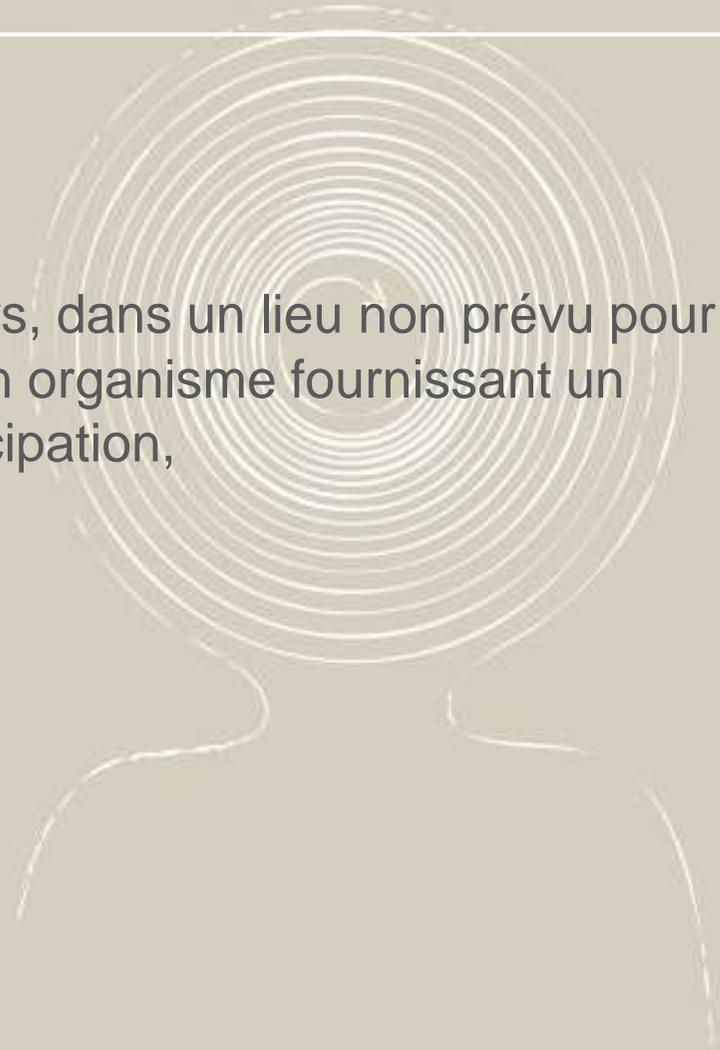
- Comment joindre les personnes sans logement pour réaliser une étude « en population » ?
 - Méthode Time-Location-Sampling (TLS)
- Comment faire des « diagnostics fiables » hors lieu de soin ?
 - Outil d'interview psychiatrique standardisé
 - Cliniciens

Méthode - I

Définition de la population d'étude

Toute personne :

- sans logement personnel,
- ayant dormi dans les 5 derniers jours, dans un lieu non prévu pour l'habitation ou prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation,
- francophone,
- majeure



Méthode – I

Comment recruter les personnes ?

- Principe méthode TLS
 - Etablir une liste exhaustive des lieux fréquentés et des moments
 - Tirer des couples lieux-moments
 - Tirer des personnes dans les lieux sélectionnés
 - Calcul de pondérations pour corriger les différences interindividuelles de fréquentation des lieux
- 

Méthode - I

Echantillonnage

- Constitution de 3 strates:
 - Strate « urgence » : CHU, CHS, LHSS, accueils de jour et points de distribution de repas chauds
 - Strate « hôtels » : hôtels « sociaux »
 - Strate « insertion » : CHRIS, centres maternels
- Sondage à 3 degrés :
 - Tirage des structures : 910 répertoriées, 169 tirées proportionnellement à leur taille sans remise, 125 ont accepté
 - Tirage des jours d'enquête
 - Tirage des personnes présentes le jour de l'enquête

Méthode -II

Comment faire des « diagnostics » fiables ?

- Un outil d'interview psychiatrique standardisé : le MINI 6.0 (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)
 - Validé en population générale (Lecrubier et al., 1998)
 - Utilisé en population carcérale (Falissard et al., 2006)
- Un binôme d'enquêteurs, dont 1 psychologue clinicien
- Un psychiatre familier du sans-abrisme coteur post-entretien (CIM-10)

Méthode - II

Dispositif diagnostique

- Le psychologue rédige un compte-rendu clinique
 - Le débriefing avec un psychiatre est conditionné par un certain nombre de critères :
 - Polyconsommateur de produits
 - MMSE \leq 23
 - Au moins un trouble au MINI
 - Au moins une réponse positive dans le module « Recours aux soins psychiatriques »
 - Appréciation du psychologue clinicien
- 

Méthode - II

Test du dispositif diagnostique

- Test auprès 45 personnes disposant d'un dossier médical : 24 personnes atteintes de troubles psychiatriques diagnostiqués et 21 non atteintes, avec ou sans addictions
- Deux psychiatres ont débriefé les cas de façon indépendante
- Le test a conclu : à une bonne concordance en général (entre les 2 psy; entre psy et dossier médical) mais modérée entre les " diagnostics " des psychiatres et le MINI pour les troubles psychotiques.
→ MINI + cliniciens (psychologue et psychiatre)

Méthode - III

Le questionnaire

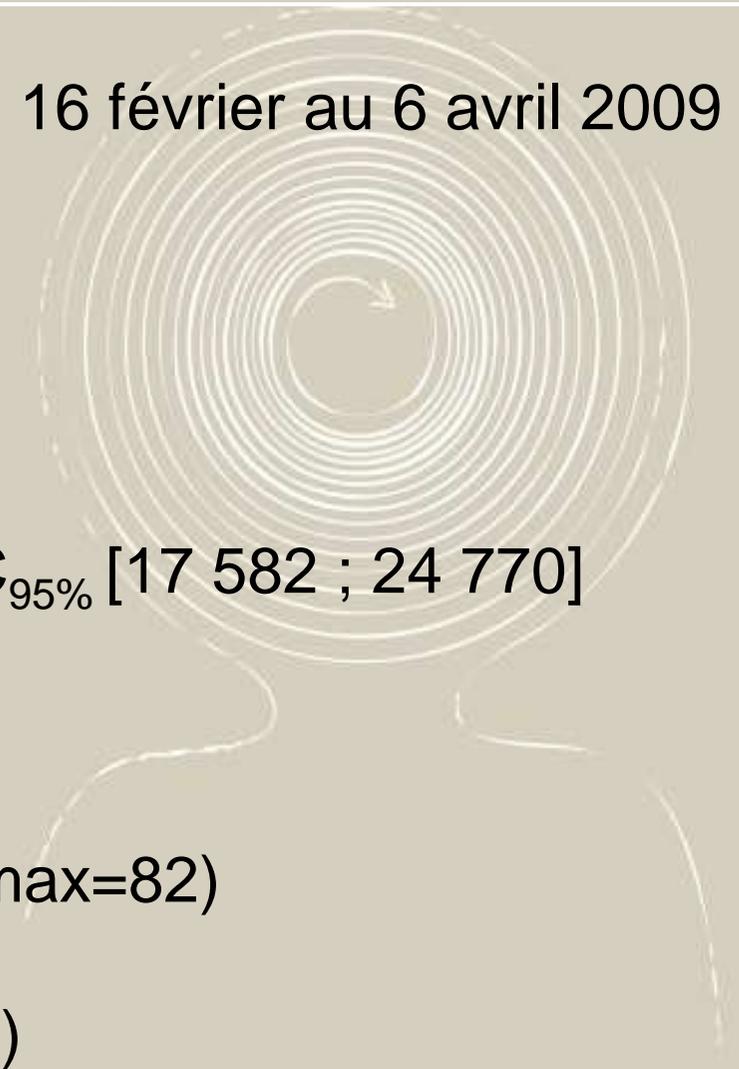
- **Les grands thèmes :**

- Caractéristiques sociodémographiques
- Période d'itinérance – hébergement
- Antécédents personnels et familiaux
- Santé (ressentie, maladies chroniques, traitement, recours aux soins)
- MMSE (*Mini Mental State Examination*)
- MINI plus 6.0
- Recours aux soins psychiatriques
- Alcool, drogues et tabac
- Situation et expérience professionnelle
- Ressources financières
- Violence subie
- Réseau social



Résultats - I

Population SL, francophone, francilienne

- 859 personnes interviewées du 16 février au 6 avril 2009
 - 840 questionnaires retenus,
 - Taux de participation : 71%
 - Population estimée à **21 176** IC_{95%} [17 582 ; 24 770]
 - 65,1 % d'hommes (13 777)
 - Age moyen : 38 ans (min=18, max=82)
 - Nés à l'étranger : 54% (11 471)
- 

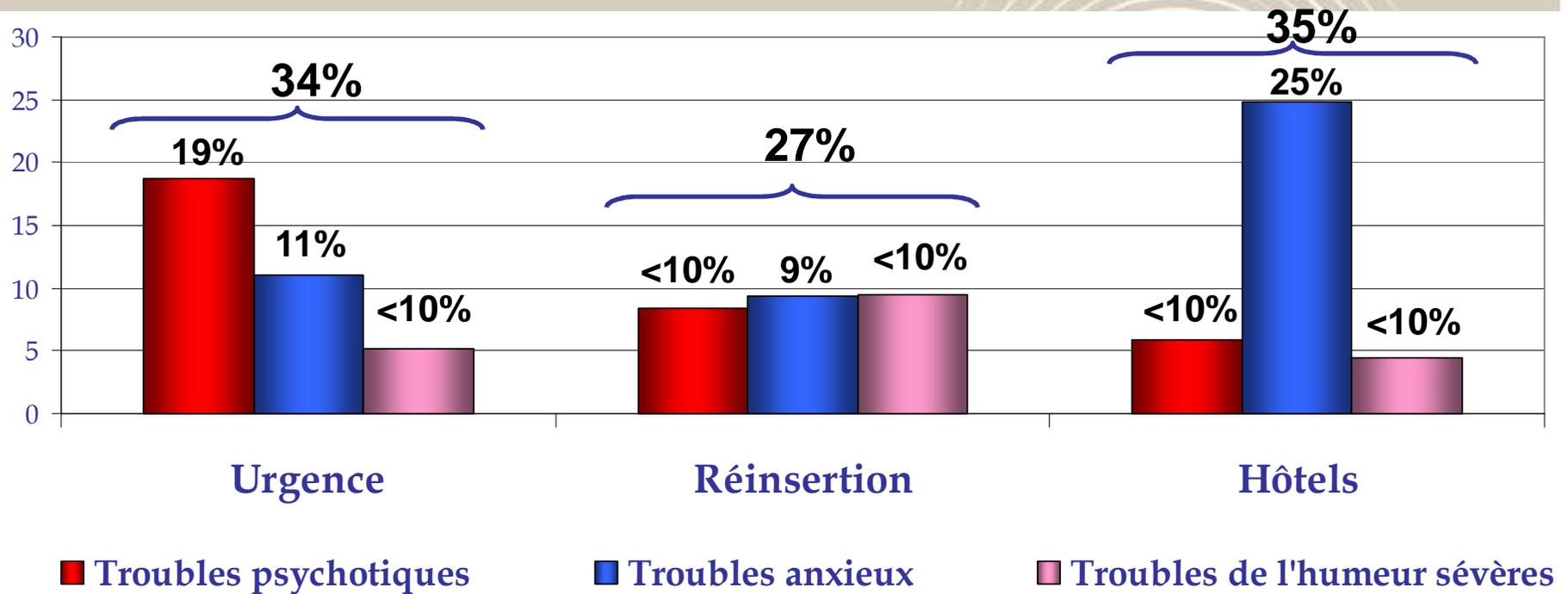
Résultats - II

Troubles psychiatriques

- Troubles psychiatriques sévères : **31,5 %** (6 670 personnes) de la population
 - 13,2 % de troubles psychotiques (dont 8,4 % de schizophrénies)
 - 12,2 % de troubles anxieux
 - 6,7 % de troubles sévères de l'humeur
- Troubles de la personnalité : **21,1 %** (4 468 personnes) de la population
- Troubles non sévères de l'humeur : **15,8 %** (3 346 personnes) de la population
- Risque suicidaire (moyen et élevé) : **12,9 %** (2 741 personnes) de la population

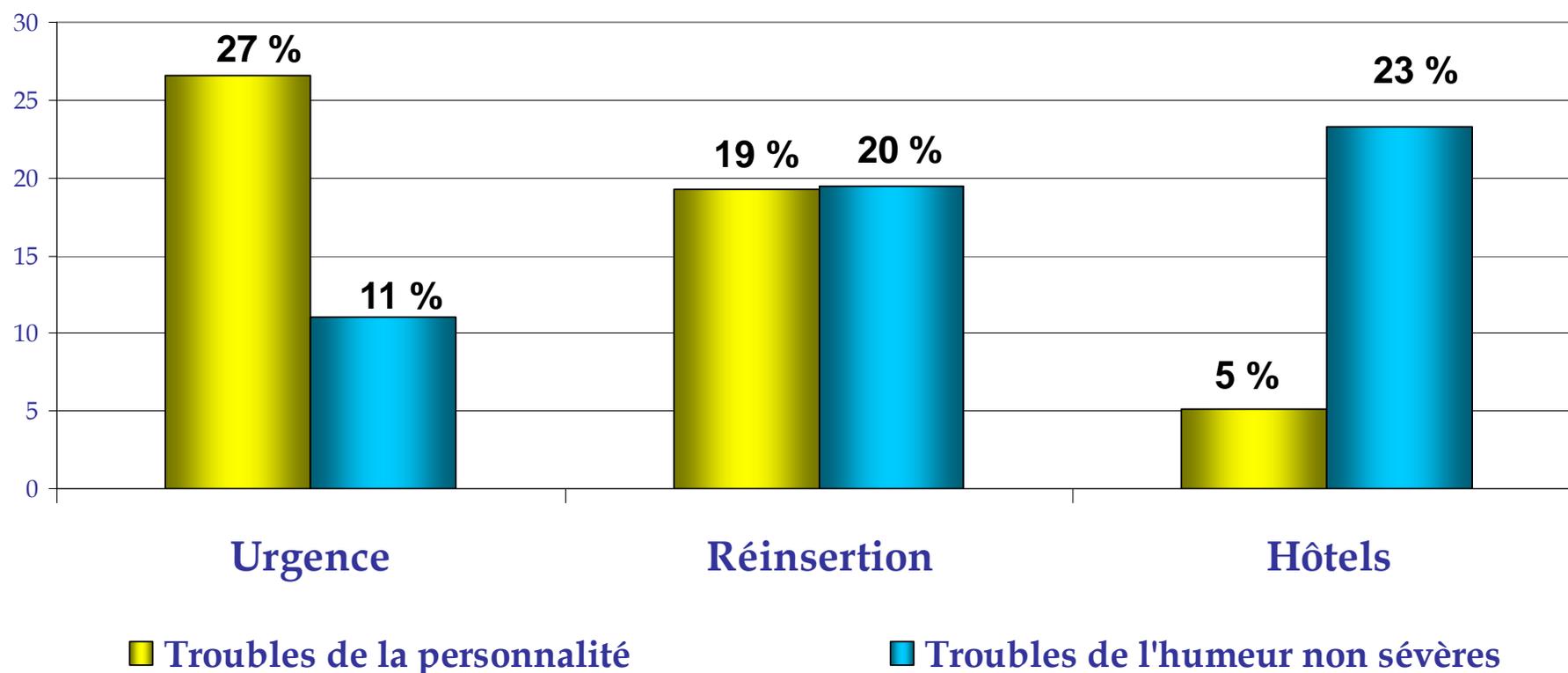
Résultats - III

Tb sévères par type de structure



Résultats – IV

Tb de la personnalité, tb non sévères de l'humeur par type de structure

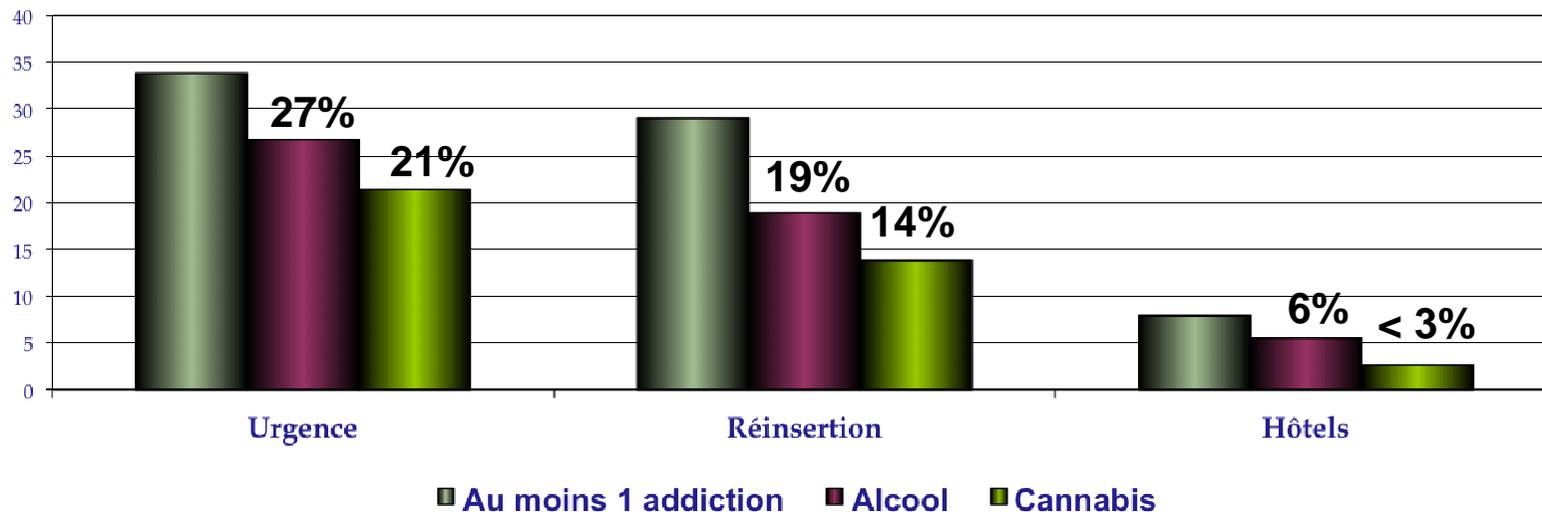


Résultats - V

Addictions

- Au moins 1 addiction : 28,5 % (6 035 personnes) de la population
 - Dépendance à l' **alcool** : 21,0 %
 - Consommation régulière de **cannabis** : 16,1 %
 - Conso régulière autres produits (héroïne, cocaïne, crack, subutex, méthadone...) : <1%
- Tabac : 53,5%

Répartition des addictions (alcool, cannabis) par type de structure



* p<0,05

Comparaison avec la population générale

Troubles psychiatriques	Samenta	Population générale
Troubles psychotiques	13,2%	1-2% (Bellamy, 2004)
Troubles dépressifs Sévères	4,5%	3,2% (Baromètre 2005)
Moyens et légers	6,0% et 7,9%	4,2% et 0,4% (Baromètre 2005)
Troubles anxieux Anxiété généralisée	4,0%	5,0% (Anadep 2005)
Trouble de la personnalité	21,0%	4,4% (Coïd, 2006)
Risque suicidaire moyen ou élevé	12,9%	4,0% (Bellamy, 2004)
Addictions	Samenta	Population générale
Alcool dépendance	21%	8,5% (Baromètre 2005)
Drogues Cannabis	16%	2,7% (Baromètre 2005)

Facteurs associés aux troubles psychiatriques sévères - I

Méthode

Comparaison des personnes atteintes de troubles sévères (psychotiques, anxieux, troubles sévère de l'humeur) aux personnes n'ayant ni trouble sévère, ni troubles de la personnalité

Variables d'intérêt

- Caractéristiques sociodémographiques
- Origine sociale
- Éducation
- Événements de vie dans l'enfance et l'adolescence
- Age au moment de la 1^{ère} rupture
- Lieu de vie avant d'être sans logement la 1^{ère} fois
- Raison de la 1^{ère} perte de logement
- Relation problématique à l'alcool et/ou au cannabis avant la perte

Facteurs associés aux troubles psychiatriques sévères - II

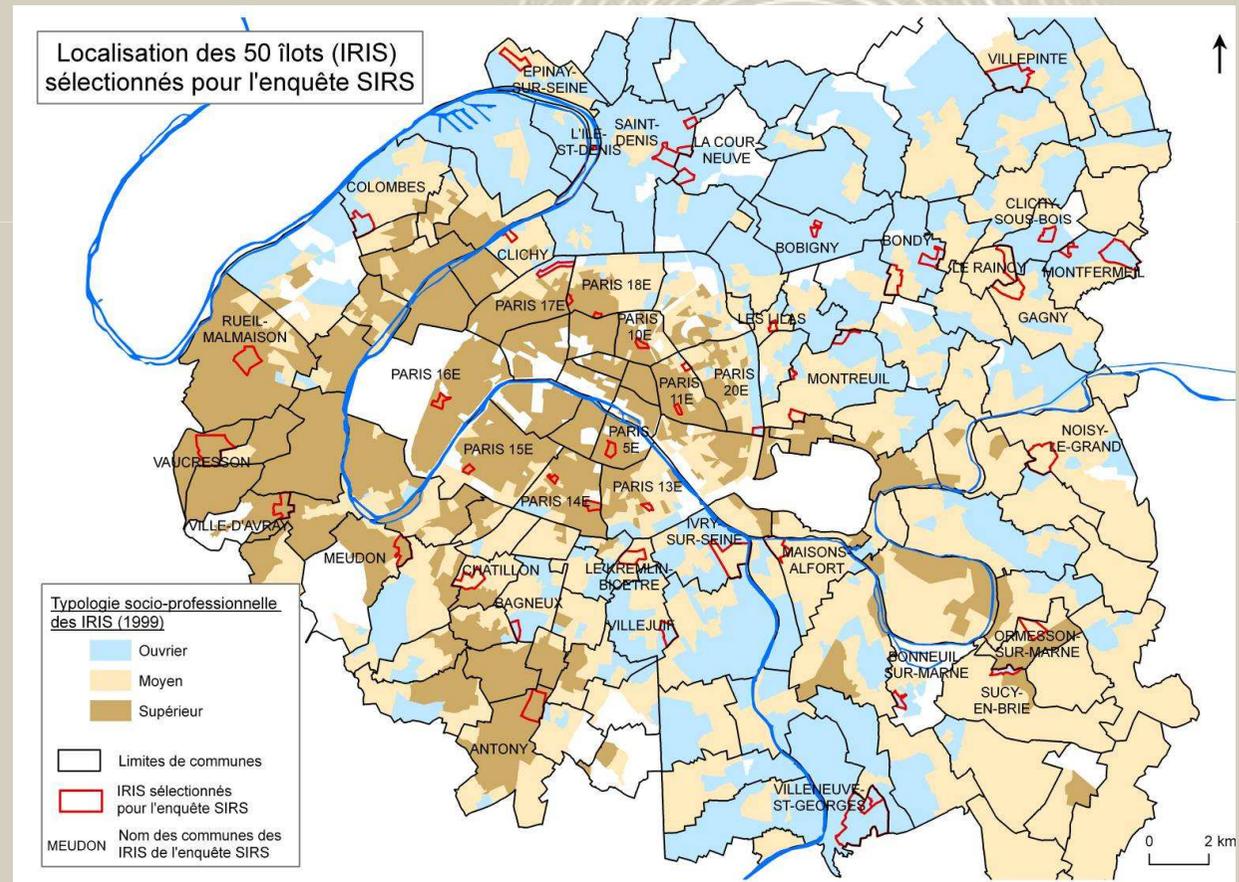
Facteurs	% MS	% NM	OR	IC (95%)	P
Né en France	54,8	21,2	3,0	(1,3; 6,8)	0,01
A fait une ou plusieurs fugues	25,1	6,1	3,0	(1,2; 7,4)	0,02
Disputes graves et/ou addictions des parents	37,6	11,2	5,0	(2,4; 10,3)	0,001
Victime violence sexuelle < 18 ans	15,9	1,0	13,7	(4,4; 42,9)	0,001
Lieu de vie avant 1 ^{ère} perte de logement :					
chez les parents	24,1	25,8	<i>Ref</i>		
dans une famille d'accueil, institution, foyer	4,5	0,5	9,3	(2,2; 38,7)	0,003
dans un lieu précaire	16,3	34,7	1,7	(0,7; 4,1)	0,2
chez un membre de la famille	5,9	11,8	1,7	(0,6; 4,6)	0,3
dans son propre logement	49,2	25,3	5,5	(2,3; 13,4)	0,001

Comparaison avec la pop. générale - I

Méthode

Comparaison de la fréquence des évènements péjoratifs vécus dans l'enfance entre SAMENTA et SIRS

Cohorte SIRS :
échantillon de 3000 ménages dans 50 quartiers, représentatifs de Paris et première couronne, suivis depuis 2005



Comparaison avec la pop. générale - II

Facteurs	SIRS ensemble	SIRS quartiers ouvriers et ZUS	SAMENTA Non malades	SAMENTA Troubles sévères
Pb de logement Famille	5,7 [4,8;6,9]	7,4 [5,4;9,9]	8 [4,4;14,2]	13,7 [6,8;25,8]
Pb d'argent famille	18,3 [16,7;20,0]	20,3 [17,6;23,4]	15,2 [9,6;23,2]	27,6 [14,3;46,6]
Graves disputes parents	16,2 [14,2;18,5]	16,6 [13,6;20,1]	10,9 [6,7;17,3]	34,0 [19,3;52,6]
Fugues avant 18 ans	3,5 [2,8;4,5]	5,1 [3,6;7,1]	6,1 [3,4;10,6]	20,2 [13,0;29,9]
Suivi par juge enfants	1,2 [0,8;1,8]	2,3 [1,2;4,1]	6,1 [3,0;12,2]	14,3 [7,2;26,5]
Placement	2,4 [1,7;3,3]	2,0 [1,3;3,2]	3,3 [2,1;5,1]	12,0 [8;18]
Abus sexuels	2,4 [1,8;3,2]	2,0 [1,3;3,0]	1,4 [0,7;2,7]	12,0 [8,0;17,6]

Conclusions (1)

- Toutes les personnes sans logement ne sont pas atteintes de troubles mentaux ou d'addictions
- Deux types de troubles plus fréquents chez les personnes sans logement que dans la population générale :

1. Les troubles psychotiques graves

- Préalables à la perte du logement
- Fréquence 10 fois plus importante
- **Prévenir la perte du logement chez les malades connus**
- **Prendre en charge spécifiquement ces malades une fois à la rue : l'approche « logement d'abord » (*housing first*)**

Conclusions (2)

2. Les troubles dépressifs et les addictions

- Conséquences de la vie sans logement
- Fréquence 4 fois plus importante

- Des symptômes et des comportements d'adaptation ?
- Les prendre en charge de façon intégrée dans les dispositifs d'hébergement et de réinsertion

Conclusions (3)

Des évènements de vie dans l'enfance péjoratifs

- Chez les personnes sans logement non malades :
Un continuum de la vulnérabilité des « pauvres » aux « exclus »
- Chez les personnes malades :
Des fréquences particulièrement élevées mais chez ces malades seulement (comme dans la population générale)
- **Ces évènements ne sont pas des « attributs » des personnes sans logement, mais des personnes souffrant de troubles sévères**