



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

De l'usager malade du réseau précarité au patient de droit commun : analyse de l'activité des 2 premières années de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité du dunkerquois.

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai à 16h
Au Pôle Formation
par **Oriane LEFEBRE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Madame le Docteur Lucile DEFFENSE

Monsieur Docteur Antoine COURTECUISSÉ

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Lucile DEFFENSE

Travail réalisé avec la participation de la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France (F2RSM).

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

AAE	Association d'Action Educative
ADA	Allocation pour Demandeur d'Asile
AIPI	Association Intercommunale Pour l'Intégration
ALT	Allocation Logement Temporaire
AME	Aide Médicale de l'Etat
APS	Autorisation Provisoire de Séjour
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASLL	Accompagnement Social Lié au Logement
ATA	Allocation Temporaire d'Attente
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues
CADA	Centre d'Accueil aux Demandeurs d'Asile
CAO	Coordination Accueil Orientation
CARDO	Centre d'Accueil, de Régulation et D'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale

CESEDA	Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile
CHD	Centre Hospitalier de Dunkerque
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRU	Centre Hospitaliers Régional Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Mutuelle Universelle
CMU-C	Couverture Mutuelle Universelle Complémentaire
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CPR	Clinique Psychothérapique de Rosendael
CSAPA	Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DPM	Direction de la Population et des Migrations
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ETP	Equivalent Temps Plein
F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale des Hauts de France

FLIU	Foyer Logement Intercommunal d'Urgence
FTA	France Terre d'Asile
GHT	Groupement Hospitaliers de Territoire
GUDA	Guichet Unique de Demande d'Asile
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HDJ	Hôpital De Jour
INED	Institut National d'Etude Démographique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MdM	Médecins du Monde
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
PAF	Police de l'Air et des Frontières
PUMa	Protection Universelle Maladie
RSA	Revenu de Solidarité Active

SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SDF	Sans Domicile Fixe
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SOLFA	SOLidarité Femme Accueil
SPADA	Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile

Sommaire

Avertissement	2
Sigles.....	3
Sommaire	7
Résumé.....	11
Introduction.....	13
1 Contexte	13
2 Précarité en France	14
2.1 Les concepts.....	14
2.1.1 L'exclusion	14
2.1.2 La pauvreté et la précarité	16
2.1.3 La personne « sans domicile »	19
2.2 Les conditions concrètes d'existence	23
2.2.1 L'occupation conflictuelle de l'espace public.....	23
2.2.2 Le temps vécu consacré à la survie	26
2.2.3 L'insécurité chronique.....	27
2.2.4 La consommation de substances	30
2.3 Le lien entre la population précaire et la psychiatrie.....	30
2.4 Les spécificités cliniques des usagers à la rue	32
2.4.1 L'auto-exclusion	32
2.4.2 Les défenses paradoxales.....	33
3 Immigration en France	35
3.1 Les concepts.....	35

3.2	Les textes constitutionnels et juridiques du droit d’asile.....	36
3.2.1	En France	36
3.2.2	A l’internationale.....	37
3.3	Les formes de protections	38
3.3.1	Le statut de réfugié	38
3.3.2	La protection subsidiaire	38
3.3.3	L’asile pour raison médicale.....	39
3.3.4	Le statut d’apatride	39
3.3.5	La protection temporaire	39
3.4	La procédure.....	40
3.4.1	L’arrivée en France	40
3.4.2	Le dépôt de la demande.....	40
3.4.3	La prise en charge de la demande.....	42
3.4.4	Les Conditions Matérielles d’Accueil	43
3.4.5	L’instruction auprès de l’Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) 48	
3.4.6	Le recours auprès de la Cour Nationale du Droit d’Asile (CNDA)	49
3.4.7	Le recours auprès de la Cour de Cassation	50
3.5	Les spécificités clinique des demandeurs d'asile	51
3.5.1	Les violences physiques.....	51
3.5.2	Les violences psychiques.....	51
4	Santé mentale et souffrance psychique.....	56
4.1	Les concepts.....	56
4.1.1	La santé mentale	56
4.1.2	Les soins de droit commun	59

4.1.3	La sectorisation en psychiatrie.....	59
4.1.4	« L’aller vers ».....	62
4.2	Le dispositif d’EMPP	63
4.2.1	Les publics visés.....	63
4.2.2	Les missions et les principes d’action	64
4.2.3	Le fonctionnement	65
4.2.4	Les financements.....	66
4.3	Les EMPP dans les Hauts-de-France.....	67
	Présentation de « l’Alinéa », l’EMPP du dunkerquois.....	68
1	Historique	68
2	Missions.....	69
3	Fonctionnement	69
3.1	Composition de l’équipe.....	69
3.2	Organisation et activité	70
3.3	Partenaires.....	71
	Etude Observationnelle du rôle de l’EMPP du dunkerquois dans l’accès au soin de droit commun psychiatrique.....	74
1	Matériel et méthode	74
1.1	Design de l’étude	74
1.2	Analyse statistique.....	79
1.3	Cadre réglementaire.....	79
2	Résultats.....	80
2.1	Profil socio-démographique	81
2.2	Données d’accompagnement.....	82
2.3	Comparaison entre les 2 groupes.....	84

2.4	Régression linéaire	85
3	Discussion	86
3.1	Discussion des résultats.....	86
3.2	Limites.....	88
3.3	Contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID-19	88
3.4	Perspectives.....	89
	Conclusion	90
	Liste des tables	91
	Liste des figures.....	92
	Références.....	93
	Annexe : Formulaire de demande d'intervention EMPP	100

Résumé

Contexte : Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont des dispositifs d'intervention à destination des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Leur but est de faciliter l'accès à cette population spécifique aux soins de droit commun en santé mentale. Complémentaires aux dispositifs de secteur, elles agissent de manière par des dynamiques « d'aller vers ». Cette étude se focalise sur « l'Alinéa », l'EMPP du dunkerquois, agglomération de Flandres maritime, afin d'en étudier l'activité et d'identifier les caractéristiques des usagers dont la prise en charge aboutit à un relai relevant du droit commun psychiatrique.

Méthode : Cette étude est épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique. Elle a pour objectif principal d'analyser les données de l'activité de l'EMPP du dunkerquois sur 2 ans, en comparant les usagers orientés vers le soin de droit commun psychiatrique à ceux non orientés vers le soin de droit commun psychiatrique. L'objectif secondaire de l'étude est de décrire les caractéristiques socio-démographiques, diagnostiques et d'accompagnement de cette population. Nous avons relevé toutes les demandes d'intervention de l'EMPP sur la période allant du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2020. Nous avons inclus les usagers dont la demande d'intervention a abouti à une intervention.

Résultats : Les 421 demandes incluses comprennent 395 premières demandes et 26 nouvelles sollicitations après une fin d'accompagnement, quelle que soit l'orientation antérieure. Nous avons pu pour mettre en évidence les caractéristiques, les diagnostics rencontrés et les différences lors de l'orientation vers le soin de droit commun psychiatrique de ces populations spécifiques. La création des EMPP a permis de véritablement améliorer leur prise en charge psychiatrique. Ce sont parfois les seuls dispositifs de soin à pouvoir approcher ces patients et à les faire entrer dans une démarche de soin, grâce à leur fonctionnement plus souple et plus adapté.

Conclusion : Malgré les liens réalisés avec les partenaires sanitaires, le taux d'accompagnements soldés par un refus de soin ou une prise en charge au long cours par l'EMPP est non négligeable. La configuration actuelle des soins en psychiatrie semble être un

écueil à l'accès au soin de nombreux précaires. La question de la création d'un équivalent de CMP dédié spécifiquement au soin de cette population, et non à l'orientation comme l'EMPP, se soulève.

Introduction

1 Contexte

Depuis la fin des années 1990 [1], les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) existent pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et apporter un soutien aux équipes psychiatriques et sociales confrontées aux difficultés de cette population. Elles suivent la circulaire du 23 novembre 2005 [2], définissant leurs missions, leurs modalités de sollicitation et leurs modes d'intervention. Elles ont un rôle d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les structures sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion. Dans une démarche d'« aller vers » l'utilisateur, elles ont pour but de faciliter l'élaboration d'accompagnements coordonnés.

En 2014, le Dr M. BAUX réalise une étude quantitative sur l'activité des EMPP du Nord Pas-de-Calais [3] et expose qu'il serait « *intéressant de connaître la proportion des patients orientée par les EMPP, la part d'échec, et les raisons de ces échecs, pour améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins.* » [3].

Notre étude s'inscrit dans ce contexte et se focalise sur « l'Alinéa », l'EMPP du dunkerquois. Créée fin 2018 par le pôle 59G01-03 de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) des Flandres, son activité a débuté au 1er janvier 2019 et s'adresse aux personnes sans-abris et sans logement, selon l'échelle ETHOS (European Typology on Homelessness and Homelessness exclusion) [4]. Le bassin de population couvert présente 250 000 habitants. Le territoire s'inscrit dans une des régions les plus peuplées de France, avec un tissu urbain très étendu, né d'un important passé industriel, et draine un important flux migratoire, lié à sa proximité avec l'Angleterre.

L'objectif principal de ce travail de thèse est de décrire et d'analyser la population accompagnée par une EMPP, ici celle de l'agglomération dunkerquoise, afin d'identifier certaines caractéristiques qui impacteraient l'accès aux soins de droit commun psychiatrique des usagers du réseau précarité.

Tout d'abord, nous définirons les termes utilisés et les spécificités cliniques des usagers rencontrés par l'EMPP du dunkerquois. Nous nous concentrerons sur la population précaire « sans domicile », puis sur les demandeurs d'asile.

Ensuite, nous définirons le concept de santé mentale et de « l'aller vers », dans lequel s'inscrit le champ d'action des EMPP. Nous présenterons les données épidémiologiques s'y rapportant.

Enfin, nous exposerons l'étude que nous avons menée et présenterons les résultats. Nous achèverons ce travail par une discussion et ouverture sur d'autres questionnements.

2 Précarité en France

2.1 Les concepts

2.1.1 L'exclusion

Ce sont les sociologues de la fin du XX^{ème} siècle qui se sont penchés sur la définition du terme « exclusion ».

Dans les années 1970, R. LENOIR caractérise l'exclusion comme « *une rupture du lien social et des difficultés d'accès à des droits sociaux élémentaires que l'on rencontre chez certaines personnes.* » [5].

Dans les années 1990, C. GROS-JEAN et C. PADIEU considèrent l'exclusion comme « *un processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social : habitat, famille, couple, travail et avec les formes essentielles des modes de vie dominants dans une société donnée.* » [6]. Cette approche permet de mieux aborder les différentes facettes de l'exclusion, considérée alors comme une donnée relative, avec divers degrés de gravité. Elle se mesurerait par des « *faisceaux d'indicateurs* » caractérisant les situations individuelles ; le fil directeur de ces « *faisceaux d'indicateurs* » étant la notion de « *parcours personnel* ». Selon les auteurs, le risque d'exclusion serait caractérisé par un ou plusieurs facteurs prédisposants tels que : la pauvreté, les difficultés familiales, les difficultés graves dans l'enfance, l'échec scolaire, la maladie mentale, l'illettrisme, l'origine étrangère.

Par ailleurs, R. CASTEL propose une définition plus compréhensive que descriptive : « *les exclus sont à l'aboutissement de trajectoires, et de trajectoires différentes. Il ne s'agit plus d'une pauvreté qu'on pourrait qualifier d'intemporelle ou de résiduelle, mais d'une pauvreté qui apparaît à la suite d'une dégradation par rapport à une situation antérieure.* » [7]. Il emploie le terme de « *désaffiliation* » pour désigner « *des trajectoires, des processus, des gens qui décrochent et basculent* » [8]. De manière schématique, ce basculement s'effectuerait entre différentes zones de la vie sociale :

Une zone d'intégration : personnes ayant un travail régulier et des supports de sociabilité suffisamment fermes.

Une zone de vulnérabilité : personnes ayant un travail précaire et des situations relationnelles instables.

Une zone d'exclusion : personnes vulnérables.

En insistant sur le caractère dynamique et immuable de l'exclusion, R. CASTEL met en lumière l'intérêt de mener des politiques préventives pour éviter un nivellement vers la zone d'exclusion.

S. PAUGAM quant à lui expose le concept de « *disqualification* » [9], qui serait l'absence de réponses adéquates aux exigences sociales et renverrait aux compétences sociales de la personne et à la construction progressive de sa personnalité. Cette définition permet d'envisager des actions de requalification sociale et des processus éducatifs par la création, le développement et la mise en acte d'habiletés sociales.

Ces définitions ont été formulées dans une approche essentiellement sociologique et économique. Elles marquent une époque qui a conduit à définir l'exclusion et les exclus comme la situation et les personnes n'étant pas ou plus inscrites dans le cadre de ceux qui eux sont inclus, c'est-à-dire participant à la vie sociale et à une organisation qui s'impose à tous. Les personnes exclues sont alors identifiées comme « *sorties du fonctionnement social habituel* » [10].

Ces définitions ne permettent pas d'aborder facilement les différentes modalités d'entrée dans l'inclusion, la variabilité historique de chaque parcours individuel, la combinaison des

différents aléas de l'existence et des compétences personnelles du sujet. Elles n'abordent pas les modalités réactives et les capacités d'initiative du sujet exclu à ce nouveau mode de vie, où la souffrance psychique occupe une large place.

En 1996, D. SCHNAPPER considère l'exclusion comme « *la résultante d'une dialectique inclusion-exclusion* » [11]. Avec cette double approche, il semble nécessaire de comprendre et favoriser les processus d'inclusion dans une société, mais aussi de comprendre et enrayer les processus d'exclusion. Cette dimension dynamique rend possible de décrire les trajectoires de l'exclusion et de d'envisager de développer une politique de réadaptation, puis de réhabilitation puisqu'il y avait antérieurement chez les personnes en situation d'exclusion des compétences sociales inclusives, et enfin de réinsertion.

En 2008, le Dr J. FURTOS distingue plusieurs niveaux où le concept d'exclusion s'exprime. D'une part, au niveau social, il renvoie au fait d'être « *objectivement exclu du travail, du logement, de la culture, de la citoyenneté voire de son pays.* » [12]. D'autre part, au niveau psychique, il fait écho au « *sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la communauté humanité, laquelle s'inscrit dans un groupe social ou sociétal particulier idéalement citoyen, mais pas toujours* » [12]. En somme, d'un point de vue global, l'auteur caractérise cela comme le fait « *d'être enfermé dehors, en dehors de la commune humanité, sans être reconnu par son groupe social d'appartenance* » [12].

2.1.2 La pauvreté et la précarité

En 1993, P. VALTRIAN, docteur en sciences économiques, définit la pauvreté comme étant : « *la situation des individus et des ménages marquée par l'insuffisance des ressources, l'exclusion d'un mode de vie matériel et culturel dominant, la précarité du statut social.* » [13]. A cette définition, il convient d'ajouter la « *pauvreté sanitaire* » et la « *pauvreté culturelle* ».

En 1987, J. WRESINSKI, prêtre et fondateur de l'association ATD Quart Monde, fait le lien entre pauvreté et précarité. Il définit la précarité comme étant : « *L'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.*

L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. » [14]. La pauvreté ne se comprend pas ici comme une classe ou un état structurellement déterminés au sein de nos sociétés, mais plutôt comme le produit de l'agrégation de critères d'insécurité et de précarités cumulés. Cette définition permet d'insister sur l'aspect de souffrance psychique, sur le désavantage induit, le handicap actif, l'impossibilité d'utiliser les compétences et les habilités psychosociales.

En 2006, P. CINGOLANI, sociologue, revient sur cette notion d'insécurité : « *La précarité renvoie principalement à ce dont l'avenir, la durée, la solidité n'est pas assurée, à ce qui est instable et incertain, à ce qui est court, fugace ou fugitif, voire à ce qui est délicat et fragile.* » [15]. Cette insécurité peut avoir des conséquences plus ou moins graves, éventuellement définitives, car elle conduit à une souffrance psychique, à une sidération des capacités à faire face du sujet. Ceci qui conduit la personne en situation de précarité à une situation d'exclusion.

Le Dr P-J. PARQUET affirme qu'il faut distinguer « *fragilité préétablie* » et « *vulnérabilité induite* » [10], en raison de leurs prises en charge différentes.

La « fragilité préétablie » : apparaîtrait dans la construction des compétences biopsychosociales, lors du développement de la personnalité chez l'enfant. Elle se caractériserait par des troubles psychoaffectifs et cognitifs, de la maltraitance, des altérations des interactions individu-environnement dans un milieu pauvre ou carencé. L'auteur parle alors « *d'exclusion de seconde génération* » [10].

La « vulnérabilité induite » : selon A. BRODIEZ-DOLINO, chargée de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), est un processus acquis qui fragiliserait la santé mentale et physique : « *l'insécurité du présent et de l'avenir, moindre accès à l'instruction, malnutrition ou sous-nutrition, exigüité et/ou insalubrité du logement, difficultés d'accès aux soins, surexposition aux conduites à risque (alcoolisme, prostitution...) et aux professions dangereuses, etc.* » [16].

C'est dans ces failles que s'inscrit le risque de survenue de souffrance psychique. L'auteur conclut son propos en soulignant que la prise en charge de ces patients doit être différente, selon s'il s'agit « *d'un débordement des mécanismes de défense* » ou alors « *d'une carence des mécanismes* », respectivement liés à la « *vulnérabilité induite* » et à la « *fragilité préétablie* » [10].

P-J. PARQUET présente également une liste de symptômes caractéristiques de la population précaire [10] :

- Perte diversifiée de la palette des conduites adaptatives
- Incapacité à se projeter dans l'avenir
- Incapacité à utiliser les compétences antérieurement acquises
- Inscription dans le temps de l'instant
- Incapacité d'utiliser les liens sociaux antérieurement construits
- Incapacité de nouer de nouvelles relations affectives et sociales stables et diversifiées
- Solitude affective, sociale et relationnelle
- Perte de la notion d'interdépendance avec les personnes et les groupes comme par exemple la famille
- Perte de l'initiative relationnelle
- Incapacité à imaginer les demandes d'aides nécessaires par incapacité à ressentir les besoins sanitaires et sociaux
- Incapacité à imaginer que la situation puisse changer à partir d'aides extérieures vu la désactivation des compétences antérieurement acquises : inéluctabilité
- Disparition des capacités d'initiative, réduction aux seules réponses à la proposition immédiate
- Incapacité à imaginer les aides possibles, à les recevoir et à les estimer comme satisfaisantes, incapacité à les croire efficaces
- Conduites d'évitement, de repli, de passivité
- Baisse de l'estime de soi et de se croire susceptible d'agir sur son propre destin
- Conduites addictives de compensation
- Troubles dépressifs
- Déni de la souffrance

Selon A. VEXLIARD, les causes à l'origine d'un mode de vie précaire varient, suivant 5 catégories [17] :

- Socio-professionnelle : imputée à des activités instables, saisonnières ou ambulantes.
- Socio-économique : due au chômage.
- Socio-biologique : en lien avec l'état physique, pathologies, handicaps, vieillesse...
- Socio-juridique : suite à une décision de justice.
- Socio-politique : suite à une condamnation.

La précarité est donc à considérer à la fois comme un état mais aussi comme un déterminant. Il est donc un grand intérêt à agir sur les déterminants structurels et environnementaux, d'insister plus particulièrement sur les événements de vie nécessaires pour déclencher la précarité et l'exclusion.

2.1.3 La personne « sans domicile »

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), dans une enquête de 2001 [18], définit une personne comme étant « sans domicile » si au moment de l'étude, ici la nuit précédente, elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation comme la rue ou un abri de fortune, ou si elle est prise en charge par un organisme proposant un hébergement gratuit ou à faible participation comme les structures collectives, les chambres d'hôtel, voire appartements ordinaires. Cette définition laisse à l'écart les personnes qui n'utilisent pas les services d'aide, estimées de 10 à 15 % des sans-abris par une enquête complémentaire de l'Institut National d'Etude Démographique (INED) [18], et rend le décompte sensible au volume de l'offre proposée.

Pour le Dr L. GELBERG, dans l'étude « Health, homelessness, and poverty. A study of clinic users. » [19], un « sans domicile » est une personne qui a passé la nuit précédente :

- dans un refuge d'urgence.
- à la rue.
- dans n'importe quel endroit non prévu pour être un abri.
- dans un hôtel, motel ou chez un proche ou la famille, avec une incertitude sur le fait d'y vivre les 60 prochains jours.

- qui a déclaré qu'elle n'avait pas de logement permanent où elle pourrait aller.
- qui vit dans un logement stable mais qui nécessite toujours le soutien régulier des services pour les sans-abri.

Enfin, L. FOURNIER, chercheuse à L'institut de la statistique du Québec, propose la définition suivante : « *quelqu'un qui n'a pas d'adresse fixe personnelle où il peut habiter quand il veut.* » [20].

Le constat est que les définitions utilisées dans les études sont diverses et variées. La majorité, dont celles citées ci-dessus, tablent sur la notion de logement et non sur la visibilité dans l'espace public ou d'autres critères d'exclusion. Elles usent de critères temporels qui varient, de l'ordre d'une nuit à un mois. Certaines définitions incluent les personnes hébergées chez des proches, tandis que d'autres non. La Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris (FEANTSA) considère ces définitions comme étant trop restrictives. De plus, le « sans-abrisme » ou l'exclusion liée au logement seraient perçus et abordés différemment selon les pays de l'Union Européenne.

C'est pour cela qu'en 2005, la FEANTSA a discuté et diffusé à l'échelle de l'Union Européenne une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and hOuSing exclusion) [4], dans le but d'améliorer la connaissance et l'évaluation de ce phénomène. Elaborée sur la base d'une analyse approfondie des définitions nationales actuelles et des réalités auxquelles sont confrontés les professionnels au quotidien, cette typologie sert de cadre pour asseoir les débats, les collectes de données, la recherche, et l'élaboration de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement. Elle classe ainsi les personnes sans domicile selon leur situation de vie :

sans abri : dormant à la rue ou en hébergements d'urgence.

sans logement : abris provisoires dans des institutions ou foyers.

en logement précaire : menacé d'exclusion en raison de baux précaires.

en logement inadéquat : caravanes sur des sites illégaux, logements indignes, conditions de surpeuplement sévère.

Catégorie conceptuelle		Catégorie opérationnelle		Définition générique
SANS-ABRI	1	Personnes vivant dans la rue	1.1	Dormir dans la rue (pas d'accès à un hébergement d'urgence) / Sans abri
	2	Personnes en hébergement d'urgence	2.1	Hébergement d'urgence
SANS LOGEMENT	3	Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1	Foyer d'hébergement d'insertion
			3.2	Logement provisoire
	4	Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1	Foyer d'hébergement destiné aux femmes
	5	Personnes en hébergement pour immigrés	5.1	Logement provisoire /centre d'accueil des demandeurs d'asile
			5.2	Foyer pour travailleurs migrants
6	Personnes sortant d'institutions	6.1 6.2	Institution pénale Institution médicale	
7	Bénéficiaires d'un accompagnement au logement	7.1	Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile	
		7.2	Logement accompagné	
		7.3	Logement de transition avec accompagnement	
		7.4	Logement ordinaire assorti d'un accompagnement	
LOGEMENT PRECAIRE	8	Personnes en habitat précaire	8.1	Provisoirement hébergé par la famille ou par des amis
			8.2	Sans bail de (sous-)location
			8.3	Occupation illégale d'un bâtiment
8.4			Occupation illégale d'un terrain	
9	Personnes menacées d'expulsion	9.1 9.2	Application d'une décision d'expulsion (location) Avis de saisie (propriété)	
10	Personnes menacées de violences domestiques	10.1	Incidents enregistrés par la police lié à des violences domestiques	
LOGEMENT INADEQUAT	11	Personnes vivant dans des structures provisoires et non conformes aux normes	11.1	Habitation mobile/ caravane
			11.2	Bâtiment non conforme aux normes
			11.3	Habitat provisoire
12	Personnes en logement indigne	12.1	Habitation (occupée) déclarée inhabitable conformément à la législation nationale	
13	Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1	Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	

Figure 1 : Typologie ETHOS, [4].

Pour souligner l'hétérogénéité des situations vis-à-vis du logement du point de vue de leur durée et de leur fréquence, le sociologue J. DAMON expose dans son rapport « Santé des personnes sans chez soi. » [21] les trajectoires d'hébergement des personnes sans domicile sur un court laps de temps, à l'échelle du mois par exemple. Le graphique suivant, (figure 2), montre une représentation simplifiée de ce phénomène. On considère :

- Sur l'axe des abscisses : la durée d'un mois.
- Sur l'axe des ordonnées : une échelle des trajectoires résidentielles, arbitraire et schématique, avec un seuil à partir duquel les personnes peuvent être comptées comme « sans domicile ».

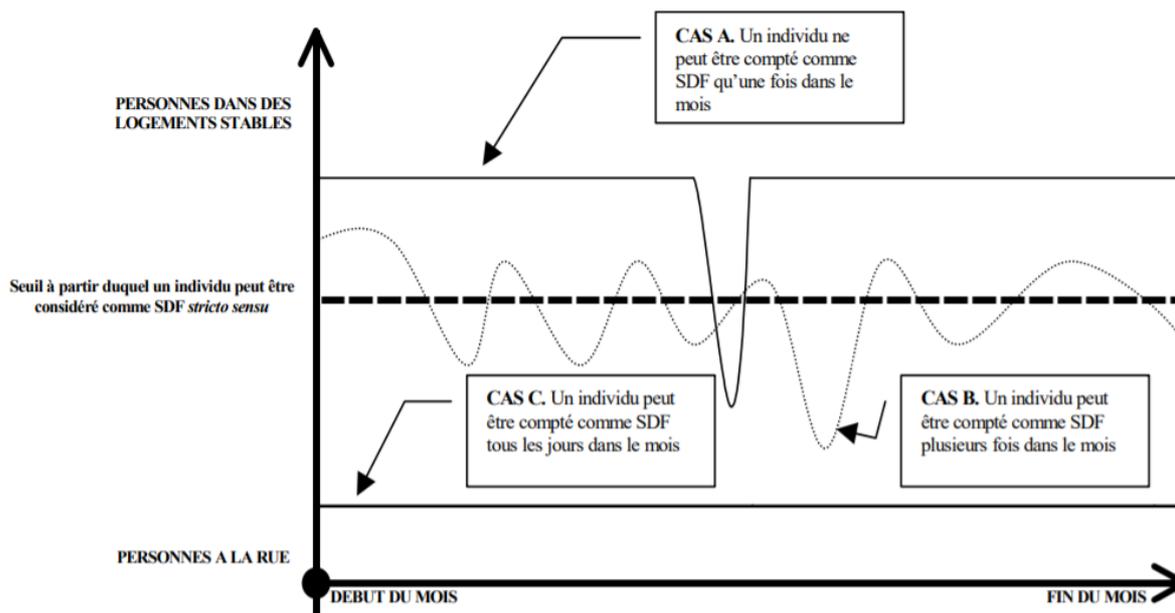


Figure 2 : Typologie des trajectoires d'hébergement un mois donné, [21].

Trois cas sont alors identifiés :

Le cas A, les « sans domicile » transitoires : l'individu n'est « sans domicile » qu'une fois dans le mois. Par exemple, dans un contexte de violences conjugales, il est forcé de passer la nuit dans un centre d'hébergement ou à la rue, avant de retourner dans son logement le lendemain, les tensions du ménage s'étant apaisées. Il est bien sans domicile stricto sensu un soir dans le mois. Il n'est probablement pas repérable comme tel dans la rue.

Le cas B, les « sans domicile » épisodiques : l'individu va avoir une trajectoire résidentielle très instable. Par exemple, il va aller de chambres d'hôtels en foyers d'hébergement, en passant par la rue ou par des nuits où il est accueilli chez des proches. Il est « sans domicile » lato sensu sur toute la durée du mois mais n'est sans domicile stricto sensu seulement quelques jours dans le mois. Il n'est pas nécessairement repérable comme tel, dans la rue ou aux portes de services.

Dans le cas C, les « sans domicile » chroniques : l'individu dort tous les soirs du mois à la rue ou dans un centre d'hébergement. Il est sans domicile stricto sensu, sans-abri, pendant tout le mois. Il est très vraisemblablement repérable comme tel, bien que cela ne soit pas toujours une certitude.

Selon J. DAMON toujours, le parcours institutionnel des personnes « sans domicile » est aujourd’hui, en France, davantage segmenté : « *La carrière administrative et sociale des SDF est un parcours qui ressemble à un autre jeu, celui du jeu de l’oie : d’une case départ (absence d’emploi et de toit) à une case arrivée (un toit légal et des revenus stables). Entre les deux, le nombre d’étapes intermédiaires a fortement augmenté au cours du temps. Du Samu Social jusqu’aux HLM en passant par des logements d’insertion, des CHRS ou des asiles de nuit, les cases se multiplient. En théorie, le parcours des SDF est envisagé comme un passage de la rue à des accueils d’urgence, puis à des hébergements et des stages d’insertion, et, en bout de course, à une stabilisation des ressources et du logement. Mais cet enchaînement est loin de toujours fonctionner. Notamment parce que les différents paliers sont saturés. Dans ce jeu de l’oie, on voit plus souvent les personnes passer d’une réponse à une autre réponse, d’une case à une autre, sans que ces passages soient inscrits dans une trajectoire vers la stabilité. De nombreux SDF arrivent à s’en sortir grâce aux services et prestations en place. Mais certains en viennent à abandonner le jeu. D’autres ne s’y sont jamais engagés. Ils refusent les services proposés.* » [22]. Il en va de même en ce qui concerne la santé.

2.2 Les conditions concrètes d’existence

Des chercheurs en sciences sociales se sont penchés sur la description de la vie à la rue des personnes sans domicile en France, [23] [24] [25]. Ces études décrivent notamment les conditions concrètes d’existence à la rue et apportent un éclairage sur les rapports qu’entretiennent ces individus à leur santé.

2.2.1 L’occupation conflictuelle de l’espace public

2.2.1.1 Un espace public à négocier : « la rue, c’est chez moi »

Les tensions entre les personnes sans domicile et le reste de la population sont davantage marquées dans les sites urbains dont la densité et les déplacements humains sont importants. L’occupation des espaces publics peut alors devenir source de conflits. Dans les années 1990, plusieurs lois anti-mendicités ont été mises en place par les maires de certaines

agglomérations, dans le but de « chasser » les « sans domicile » des centres villes. Néanmoins, l'une des conditions de survie de ces individus reste la privatisation, partielle et temporaire, d'un morceau d'espace public pour s'en faire un pseudo chez-soi. Les conflits et les négociations de ce type se succèdent d'autant plus fréquemment que les situations de précarité s'installent et se chronicisent.

2.2.1.2 Le sommeil perdu

Dormir à la rue la nuit est périlleux, entre le bruit, la lumière, le froid, les agressions et les vols. Ce sont autant de facteurs que les personnes « sans domicile » mettent en avant pour expliquer l'une des activités les plus importantes de leur journée : trouver le « bon endroit » pour dormir, car c'est durant le sommeil que ces personnes sont les plus vulnérables. La sécurité demeure donc une préoccupation essentielle. En parallèle, bon nombre de personnes « sans domicile » refusent de prendre une place dans les foyers ouverts à cet effet la nuit, même lorsque les températures sont basses. Les raisons qui motivent cette préférence sont multiples, [19] :

- les horaires proposés voire imposés.
- la promiscuité et le manque d'intimité.
- la violence entre les personnes sans chez soi.
- la violence institutionnelle.
- le refus d'accueillir des chiens.
- l'interdiction de boire de l'alcool, la situation d'ébriété.

Dormir à la rue apparaît alors comme la meilleure solution pour de nombreux « sans domiciles ». Certains marchent la nuit ou ne dorment que par intermittence avec de brèves phases. D'autres optent pour dormir le jour, privilégiant les lieux publics exposés aux regards des passants, plus sécurisant.

Il est important de souligner que la dette de sommeil est un facteur de risque important de décompensation d'une pathologie psychiatrique préexistante.

2.2.1.3 L'exposition aux intempéries

Le terme « sans abri » y fait référence, met en avant la dureté de la vie à la rue et focalise l'attention du reste de la population sur cette dimension, occultant parfois les autres dimensions dont les effets sont tout aussi délétères. Le froid est l'élément le plus souvent perçu par la population générale comme étant le plus à redouter. Toutefois, la chaleur se révèle tout aussi meurtrière, par la déshydratation qu'elle provoque.

2.2.1.4 L'impossibilité d'avoir une hygiène standard et s'occuper de soi

L'accès à une hygiène de base est périlleux, entre le manque de bains publics à des prix raisonnables dans les villes et la promiscuité des douches dans les foyers. Le faible nombre de sanitaires dans les accueils de jour ne suffit pas de combler cette carence. Les personnes « sans domicile » déploient malgré tout une capacité à « s'occuper de soi », faisant preuve de créativité et d'inventivité pour user des ressources disponibles pour se laver (fontaine, toilettes de bar, rivières, mer) et s'apprêter (rétroviseurs de voiture, quête de nouveaux habits). « *C'est le prix à payer pour éviter la honte, rester invisible dans la foule, et ressembler à tout le monde tout simplement.* » [26].

2.2.1.5 Le manque d'intimité et l'exposition aux regards

Ne plus avoir de « chez soi », vivre dans l'espace public ou les hébergements collectifs, c'est ne plus avoir de moment seul, avec soi-même, à l'abri du regard des autres. Cela ne facilite pas le développement d'une vie affective et notamment sexuelle. Les conditions favorables à cet épanouissement dans les hébergements proposés ne sont pas abordées, ni pensées et encore moins créées. Au contraire, la plupart du temps, il s'agit avant tout pour les acteurs de terrains « d'empêcher » les rapports sexuels des personnes « sans domicile ». La crainte de situation de prostitution vient souvent justifier ce positionnement.

2.2.2 Le temps vécu consacré à la survie

D'une part, la vie à la rue modifie la perception du temps qui s'écoule, découlant de plusieurs facteurs :

- La dette de sommeil et inversion du rythme nyctéméral.
- Le temps passé à attendre.
- La course permanente aux besoins essentiels : denrées alimentaires, endroit où s'abriter, rencontrer d'autres personnes...
- L'usage voire l'abus de substances psychoactives.
- L'existence de maladies psychiatriques : dépression, schizophrénie [27].

D'autre part, lorsqu'elles essayent de faire valoir leurs droits élémentaires, les personnes « sans domicile » se voient confrontées à un ensemble de démarches à accomplir quasiment irréalisables, de part :

- La complexité des règles régissant l'accès aux systèmes d'aides.
- L'éclatement de l'offre dans un tissu urbain étalé qui impose parfois des déplacements à pieds sur de longues distances.
- La multiplication des files d'attentes quotidiennes, que ce soit se nourrir, voir un travailleur social, dormir dans un foyer, rencontrer un médecin...

Dans le rapport « La santé des personnes sans chez soi » [26], P. CHAUVIN illustre justement cette idée du temps passé à attendre : *« Indubitablement le matin commence par une première file d'attente pour prendre son petit déjeuner dans un foyer. La seconde file d'attente est celle qui permet de se laver les mains, les dents ou même prendre une douche, du fait du petit nombre de sanitaires disponibles. Rencontrer un travailleur social pour faire le point sur sa situation sera également parfois difficile et nécessitera d'attendre qu'il soit disponible. Manger dans une « soupe populaire » à midi va évidemment passer par un moment d'attente.... Une multitude de files d'attentes pour chaque action engagée... De plus, faire la manche dans la rue est une activité à part entière, considérée comme un métier doté de savoirs faire, d'horaires et de lieux propices. Pourtant elle passe par des moments d'attentes que la honte rend interminable. Enfin le soir, « choisir » un foyer exige d'arriver tôt, parfois dès 16h, pour être sûr d'obtenir une place, surtout en période de grand froid ou d'attendre*

interminablement une réponse du 115 qui, dans certaines villes, gère les places disponibles dans les foyers. ».

Cette attente répétée peut amener toute personne à reconsidérer ses priorités et la volonté de se soigner décline. Pourtant d'après K. HOPPER, dans son étude : « *Reckoning with Homelessness.* », certaines personnes vulnérables et malades parviennent à échapper de ce mode de vie et à se rétablir, en dépit de la multiplicité des obstacles. Pour la plupart, elles ont bénéficié de la rencontre avec des professionnels compétents, se démenant pour proposer une offre d'aide adaptée. « *La possibilité pour les personnes d'utiliser leurs compétences acquises lors de la survie dans la rue, ainsi que d'en développer d'autres pour bénéficier d'une vie décente, est une des clés du rétablissement individuel à la fois social et sanitaire.* » [28].

2.2.3 L'insécurité chronique

Les personnes « sans domicile » sont soumises à des violences diverses, du regard paternaliste voire supérieur et des remarques blessantes du passant lambda, aux incarcérations à répétition pour des délits mineurs, se justifiant le plus souvent par des logiques survivalistes, sans oublier les agressions physiques ou sexuelles et les vols. Ces expériences fréquentes mais imprévisibles provoquent souvent un sentiment d'insécurité chronique. Ce dernier influence les comportements et modifie la manière d'occuper l'espace public.

Le risque d'être victime d'agression est de 3 à 140 fois plus élevé chez les personnes « sans domicile » par rapport à celle de la population générale. De plus, elles y sont davantage exposées lorsqu'elles souffrent des troubles psychiatriques, ce que confirme l'enquête « SAMENTA (SANTé MENTale et Addictions chez les sans-abris) » [29]. Réalisée en 2009 par A. LAPORTE et P. CHAUVIN, elle porte sur un échantillon représentatif d'utilisateurs des services d'aide de l'agglomération parisienne. Elle révèle :

Sur les violences subies au cours de la vie :

Les personnes atteintes d'au moins un trouble psychiatrique sévère (trouble psychotique, trouble de l'humeur sévère, ou trouble anxieux) rapportent significativement plus de violences subies par rapport à la population indemne de maladie mentale. En effet, les violences psychologiques ou morales répétées sont rapportées par 50% des personnes ayant

au moins un trouble sévère contre 23,6 % des personnes n'ayant aucune maladie diagnostiquée.

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

Figure 3 : 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, [29].

Si on se penche sur les violences subies selon les différents troubles étudiés, on constate que les personnes qui souffrent d'un trouble psychotique ou d'un trouble anxieux ont subi plus de violences psychologiques et de violences sexuelles que celles n'ayant pas ces troubles.

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).

Figure 4 : Violences subies au cours de la vie en fonction des troubles chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, [29].

Sur les violences subies au cours des 12 derniers mois :

Les personnes atteintes d'au moins un trouble psychiatrique sévère (trouble psychotique, trouble de l'humeur sévère, ou trouble anxieux) rapportent significativement souffrir davantage de violences que les personnes n'ayant aucun trouble diagnostiqué, notamment en cas de trouble psychotique ou anxieux.

Au cours des douze derniers mois :

- Les personnes atteintes de troubles psychotiques ont le plus souffert de menaces verbales, de regards ou paroles irrespectueux.
- Les personnes atteintes de troubles anxieux ont le plus souvent été victimes d'agressions sexuelles.
- Les personnes ayant un trouble de la personnalité rapportent le plus souvent des regards ou paroles irrespectueux et des coups reçus lors de bagarres.

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
Aggressions 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
Aggressions 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

Figure 5 : Violences subies au cours des douze derniers mois en fonction des troubles psychiatriques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, [29].

Cette étude illustre bien la diversité et la succession d'agressions extérieures subies par les personnes sans domicile, d'autant plus lorsqu'elles souffrent d'une pathologie mentale. Cette pression permanente les pousse à développer la faculté de se protéger de ces interactions inter individuelles violentes, elles apprennent à repérer les situations potentiellement dangereuses et à les éviter, par l'isolement ou alors le regroupement collectif.

2.2.4 La consommation de substances

Selon l'étude de P. KOEGEL et P. BURNAM « Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. » [30], la prévalence de l'abus ou de la dépendance à l'alcool chez les personnes « sans domicile » est estimée entre 15% et 20%, et la prévalence sur la vie entre 63% et 75%. Dans la rue, l'utilisation de l'alcool a plusieurs fonctions [31]. D'un côté, il a une vertu festive et occupationnelle : il rend le quotidien plus vivable, il diminue le sentiment de honte, il procure le courage d'affronter la nuit à la rue. De l'autre, il relève de l'automédication. L'alcool est un anxiolytique puissant, un hypnotique, un anesthésiant, à la fois physique et psychique. Il diminue à court terme les symptômes psychiatriques, les émotions négatives, le sentiment de vide, mais aussi la douleur. Il aide à « tuer le temps » de manière efficace. La problématique de la consommation d'alcool se pose particulièrement à l'entrée en foyers d'accueil. En effet, le sevrage brutal est un facteur de risque non négligeable de delirium tremens et pratiquement aucun foyer ne propose de traitement préventif, ni d'approche par la réduction des dommages. Les personnes sans domicile ayant déjà expérimenté un delirium tremens suite à un sevrage trop prompt, refusent alors de prendre une place, ou arrivent déjà fortement intoxiquées, afin de « tenir la nuit » sans alcool.

Fréquemment, d'autres substances psychoactives viennent s'ajouter à la consommation l'alcool et les personnes sans domicile utilisatrices de ces produits développent généralement une connaissance très fine de l'effet des drogues sur leur psyché, qui n'est pas légitimée par un savoir institué et qui peut compliquer les relations avec les soignants.

2.3 Le lien entre la population précaire et la psychiatrie

Depuis la fin des années 1960, de nombreuses études méthodologiquement robustes se sont penchées sur la prévalence des troubles psychiatriques auprès de personnes sans logement personnel. Principalement aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, quelques-unes ont été conduites en Europe (Allemagne, France, Pays-Bas, Grèce) et en Australie. Elles font état de prévalences supérieures des troubles psychiatriques sévères, de troubles du comportement et d'addictions chez cette population par rapport à la population générale.

<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

Figure 6 : Prévalences des troubles psychiatriques et des addictions dans les études de GUESDON et ROELAND (1998), KOVESS et MANGIN-LAZARUS (1999) et FAZEL (2009), [29].

D'après J-L. DUBREUCQ, 2 à 15% des personnes ayant un trouble psychiatrique se retrouvent sans domicile [32]. Différents facteurs de risque ont été mis en évidence pour expliquer ce phénomène :

- Le diagnostic : dans l'étude « New directions in the epidemiology of schizophrenia. » [33], J. MC GRATH et E. SUSSER montrent que la schizophrénie et le trouble bipolaire sont corrélés à un risque très élevé de devenir sans domicile, sans influence sur la durée de l'itinérance.
- La présence d'un double diagnostic.
- L'abus de substances.
- La perte ou la discontinuité des liens sociaux : principalement la perte des soutiens familiaux pendant l'enfance.
- Le fait d'être un homme jeune.
- Les antécédents familiaux : violence familiale, abus sexuel ou désorganisation familiale...
- Les sources de stress : problèmes de logement ou d'emploi, avoir été victime d'agression...
- La mauvaise utilisation des services : hospitalisations multiples, ruptures du soin, non-observance du traitement...

En 1987, J. WRESINSKI relève que la composition des populations en situation de précarité « *s'est sensiblement modifiée* » ; que désormais la pauvreté « *affecte beaucoup moins les personnes âgées, mais davantage d'isolés, souvent jeunes, et de familles monoparentales* » [14] ; qu'il faudrait « *y voir l'effet d'une déstabilisation induite par l'accélération des mutations de toute nature* » [14]. Il insiste sur la fragilisation des individus, qui seraient devenus davantage vulnérables par rapport au passé : « *là où hier le sous-prolétariat apparaissait enfermé dans un circuit d'autoreproduction sans espoir de décollage, le précaire d'aujourd'hui suppose plus la chute dans la pauvreté d'individus qui ont perdu leurs filets de sécurité.* » [14].

2.4 Les spécificités cliniques des usagers à la rue

Le Dr J. MAISONDIEU décrit un syndrome d'exclusion, spécifique de la précarité : « *un mélange de honte et de désespérance qui conduit l'exclu à la mise en panne de son affectivité et de ses facultés cognitives pour survivre à défaut de vivre.* », « *une réponse pathogène à une situation pathologique.* » [34]. La répétition de situations d'échecs, les difficultés incessantes de la vie quotidienne, la projection dans l'avenir difficile, finissent par engendrer désespérance et inhibition affectivo-cognitive. Cette inhibition affectivo-cognitive induit une paralysie de la pensée et une anesthésie des sentiments qui d'un côté soulagent la souffrance de l'individu en situation de précarité, mais de l'autre, lui interdisent de se mobiliser pour en sortir. Nous allons détailler certains de ces mécanismes mis en place pour pallier à la souffrance.

2.4.1 L'auto-exclusion

L'auto-exclusion est un mécanisme sollicitant les ressources internes de la personne exclue, qui, afin de s'épargner la situation douleur de sa situation, va s'en extraire pour « *ne pas la subir ni la penser* » [12].

Ce syndrome d'auto-exclusion se tisse peu à peu, se constituant de plusieurs étapes :

- Le découragement : état réversible, reconnaissable et identifiable par le sujet concerné.
- Le renoncement.
- Le désespoir « absolu » : entraînant la désobjectivation et la déshabitation du moi, avec des symptômes affectant :
 - le corps : anesthésie ou hypoesthésie corporelle.
 - les affects : émoussement affectif ou état hypomane.
 - les pensées : inhibition intellectuelle.

X. EMMANUELLI, fondateur des équipes mobiles du SAMU social de Paris, décrit l'auto-exclusion comme la « *maladie de ne pas avoir de représentation de soi, d'être des gens sans corps et sans psychisme.* » [35]. D. VERSINI, directrice du SAMU social de Paris dans les années 2000, présente les exclus comme des individus qui « *n'ont plus conscience de leur moi, ont perdu tous leurs repères sociaux, et ne savent plus évoluer dans le temps ni dans l'espace.* » [36].

2.4.2 Les défenses paradoxales

Mécanisme de défense d'installation progressive, les « défenses paradoxales » se mettent en place dans le but de protéger l'intégrité physique et psychique, de ralentir la progression du déni et du clivage de la personne ainsi que leurs conséquences. On retrouve :

La non-demande : difficulté, retard, absence, voire renonciation à demander de l'aide, au niveau social, médical physique ou psychique.

La réaction thérapeutique négative : altération clinique du patient au plus il est pris en charge.

L'inversion sémiologique des demandes : demandes inadaptées du patient face à son interlocuteur, comme aborder les problèmes sociaux avec le médecin et les troubles psychiatriques avec l'assistante sociale.

Quelques autres signes liés à l'exclusion

Il existe d'autres signes se rapportant à l'exclusion, en dehors de toute chronologie. On peut retrouver :

La rupture active des liens : arrêt des contacts avec ses proches, que ce soit la famille, les amis, les aidants, les collègues de travail...

L'errance : littéralement, « action d'errer, de marcher longtemps sans but précis. » ; selon FURTOS J., c'est « *une fuite au-dehors, une fuite du lien en le conservant à la conscience* » [12].

L'incurie : négligence extrême, caractérisée au domicile par une accumulation d'objets et déchets ; selon J. FURTOS, c'est « *une fuite au dedans et le fait de rester chez soi sans pouvoir habiter son logement* ».

L'abolition de la vergogne : disparition des codes sociaux nécessaires pour s'intégrer au groupe et vivre en société ; P. HENRY et MP. BORDE affirment « *qu'ils ont perdu la plupart de leurs repères sociaux individuels, collectifs, relationnels, spatio-temporels et forment un groupe à part.* » [37].

La mort : potentielle conséquence dramatique de l'exclusion, d'autant plus en cas de conditions de vie extrêmement précaires et d'affections somatiques graves intercurrentes, sans demande de prise en charge [12].

En effet, on constate une plus faible espérance de vie des personnes « sans domicile » présentant des troubles de santé mentale : elle serait de 37 ans. En comparaison, celle des personnes « sans domicile » dénuées de pathologie psychiatrique est de 45,6 ans pour les femmes, 49,7 ans pour les hommes. Cela reste bien inférieur à celle de la population générale française, qui est de 84 ans pour les femmes, 77 ans pour les hommes [38].

3 Immigration en France

3.1 Les concepts

Dans un premier temps, nous allons rappeler sous forme d'un glossaire les termes fréquemment utilisés en matière d'immigration.

Asile et droit d'asile : possibilité, pour un Etat, en vertu de sa souveraineté, d'offrir une protection aux ressortissants étrangers qui la demandent, du fait de leurs religion, nationalité, appartenance à un groupe social ou en raison de leurs opinions politiques. Cette notion a été introduite dans la Constitution de 1793 : « *Le peuple français donne asile aux étrangers bannis de leur Patrie pour la cause de la Liberté* » [39].

Demandeur d'asile : personne sollicitant une protection internationale hors des frontières de son pays, n'ayant pas encore été reconnue comme réfugié.

Etranger : terme juridique définissant une personne n'ayant pas la nationalité française sur le territoire français.

Exilé : personne contrainte de vivre une situation de migration.

Migrant : personne ayant quitté son pays de résidence habituelle pour résider dans un autre pays, n'ayant pas sollicité une protection. On distingue deux catégories :

- Migrants de court-terme : période comprise entre trois mois et un an, à l'exception des raisons suivantes : loisirs, vacances, affaires, visites à des amis ou connaissances ou à de la famille, traitement médical ou pèlerinage religieux. La Direction de la Population et des Migrations (DPM) parle également de « migrant temporaire ».
- Migrants de long-terme : durée d'au moins un an, de sorte que le pays de destination devienne effectivement son nouveau pays de résidence habituelle. Pour le pays de départ, la personne sera un émigrant de longue durée tandis que pour le pays d'accueil, la personne sera un immigrant de longue durée. La DPM parle alors de « migrant permanent ».

Personne déboutée : demandeur d'asile n'ayant pas obtenu le statut de réfugié, dont la présence sur le territoire du pays d'accueil est illégale.

Réfugié : personne qui s'est vu octroyer une protection par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), selon deux catégories :

- Asile conventionnel : article 1, A, §2 de la Convention de Genève de 1951.
- Asile constitutionnel : quatrième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946.

Une carte de résident portant la mention « réfugié », valable dix ans et renouvelable de plein droit, lui est délivrée en application de l'article L. 314-11 8° du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA).

Titre de séjour : reconnaissance par l'autorité publique du droit à rester temporairement, pour une durée variable suivant le titre accordé, sur le territoire national. Les premiers titres de séjour délivrés sont ceux délivrés à un étranger qui effectue sa première demande de séjour.

3.2 Les textes constitutionnels et juridiques du droit d'asile

Dans un second temps, nous allons exposer les textes juridiques rattachés à l'immigration.

3.2.1 En France

Constitution du 27 octobre 1946 : « *Tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République.* » [40].

Constitution du 4 octobre 1958 : « *Le peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l'Homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils ont été définis par la Déclaration de 1789 confirmée et complétée par le préambule de la Constitution de 1946.* » [41].

Loi du 29 juillet 2015 (loi 2015-925) : relative à la réforme du droit d'asile, dans les suites de celles du 25 juillet 1952 (loi 52-893) et du 11 mai 1998 (loi 98-349) ; voulant garantir que « *la France assure pleinement son rôle de terre d'asile en Europe.* » puisque « *le dispositif français est aujourd'hui inefficace et inégalitaire et il crée une incitation au détournement de la procédure d'asile à des fins migratoires.* » [42].

Loi du 7 mars 2016 (loi 2016-274) : relative aux droits des étrangers ; prolongeant notamment les durées des titres de séjour pluriannuels, créant les « passeports talents », titres de séjour spécifiques aux étrangers pouvant apporter un rayonnement professionnel à la France et ainsi augmenter sa compétitivité sur le marché international, tels que les étudiants chercheurs et les diplômés notamment dans le domaine de l'industrie et de la recherche [43].

3.2.2 A l'internationale

Convention de Genève de 1951 : relative aux réfugiés, définissant le principe de non refoulement : « *Toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays.* » [44].

Protocole de New-York de 1967 : relatif aux statuts des réfugiés, renforçant la Convention de Genève de 1951 et retirant les restrictions temporelles et géographiques qu'imposait cette dernière [45].

Règlement Eurodac du 26 juin 2013 : base de données mise en place dans l'Union européenne, dotée d'un système automatisé de reconnaissance d'empreintes digitales de tous les demandeurs d'asile âgés de plus de 14 ans, dans le but d'identifier des personnes et ainsi contribuer à déterminer l'État membre qui, en vertu de la convention de Dublin, est responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans un État membre et de faciliter à d'autres égards l'application de la convention de Dublin [46].

Convention de Dublin III du 26 juin 2013 : relative aux critères et mécanismes de détermination de l'Etat européen responsable de l'examen d'une demande d'asile, définissant que le pays d'entrée est le pays compétent, malgré certaines dérogations, comme le principe de l'unité familiale qui permet aux membres d'une même famille d'obtenir que la demande soit examinée par un même état membre [47].

3.3 Les formes de protections

Il existe en France 4 formes de protection : le statut de réfugié, la protection subsidiaire, le statut d'apatride et la protection temporaire.

3.3.1 Le statut de réfugié

Le statut de réfugié peut être accordé sur 3 fondements :

- La convention de Genève relative au statut de réfugiés du 28 juillet 1951 [44].
- L'alinéa 4 du préambule de la Constitution de 1946 : asile dit « constitutionnel », accordé à « *toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté.* » [40].
- Le mandat du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), sur la base des articles 6 et 7 [44].

Le demandeur reçoit une carte de résident, valable 10 ans.

3.3.2 La protection subsidiaire

Le bénéfice de la protection subsidiaire est accordé à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :

- La peine de mort ou une exécution.
- La torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants.
- S'agissant d'un civil : une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.

Le demandeur reçoit une carte de séjour, valable un an et renouvelable.

3.3.3 L'asile pour raison médicale

Un demandeur d'asile peut relever d'une protection contre les mesures d'éloignement pour raisons médicales. En effet, selon l'article L.313-11 du CESEDA, si son état de santé requiert « *une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.* » [48], le demandeur peut fournir à l'Agence Régionale de Santé (ARS) un certificat médical. Ce certificat est établi par un médecin agréé de la préfecture ou un praticien hospitalier afin d'évaluer la pathologie, le traitement en cours et l'évolution prévisible. Celui-ci permettra à l'ARS d'émettre un avis, favorable ou non, auprès de la préfecture. Dans le cas où la préfecture accepte, le demandeur obtient un droit de séjour temporaire pour raison médicale.

Il est important de souligner l'existence d'une confusion entre demande d'asile pour raison médicale et demande d'asile « standard », que ce soit auprès des demandeurs, des avocats, des professionnels sociaux ou médicaux.

3.3.4 Le statut d'apatride

Selon la Convention de New York du 28 septembre 1954, le statut d'apatride peut être octroyé à toute personne « *qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant en application de sa législation.* » [49]. Ce statut est différent des deux précédentes formes de protection. Il concerne uniquement les personnes qui ne possèdent pas de nationalité, sans prendre en compte les risques de persécution. Ce statut est accordé par l'OFPRA, sous le contrôle du tribunal administratif. L'étranger qui sollicite le statut d'apatride ne bénéficie pas d'un droit au maintien sur le territoire pendant l'instruction de sa demande.

3.3.5 La protection temporaire

Décidée par le Conseil Européen en cas d'afflux massif, elle donne droit à un séjour de six mois renouvelable pendant trois ans maximum.

3.4 La procédure

Les images schématiques insérées dans les paragraphes suivants sont issues de l'article « Tout comprendre au parcours du combattant d'un migrant demandeur d'asile. » [50], paru le 10 juin 2015 dans le journal « le Nouvel Obs ».

3.4.1 L'arrivée en France

De nombreuses raisons peuvent pousser un migrant à demander l'asile en France. Pour se faire, ce dernier doit se rapprocher d'une Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA). Ces organismes assurent des missions définies par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), allant de la domiciliation à l'accompagnement pour le dépôt de la demande d'asile et l'ouverture aux droits sociaux. Les SPADA sont par principe régionales et leur champ d'aide s'est considérablement réduit. Elles représentent la première instance d'une longue procédure et orientent le migrant vers le Guichet Unique de Demande d'Asile (GUDA).

3.4.2 Le dépôt de la demande

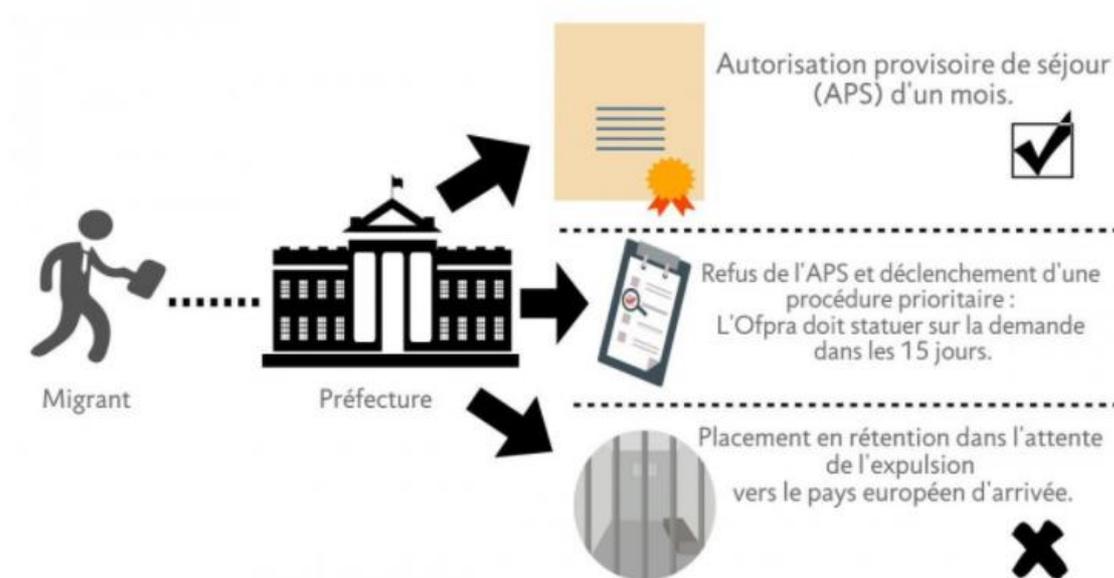


Figure 7 : Dépôt de la demande d'asile, [50].

Suite à l'orientation par la SPADA, les démarches vont se faire via un formulaire d'enregistrement de demande d'asile auprès d'un GUDA, selon lieu de domicile du demandeur : domicile d'un proche l'hébergeant, Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA), foyer... Cet organisme est composé d'agents de l'OFII et de la préfecture ; il en existe 34, répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. Un agent doit valider l'ensemble des informations transmises par le formulaire, relever les empreintes digitales du demandeur et procéder à un entretien individuel destiné à retracer le parcours depuis le pays d'origine, en vue de déterminer le pays responsable de l'examen de la demande d'asile. Le demandeur doit fournir tous les documents qui lui paraissent nécessaires et utiles à l'appui de sa demande de protection, notamment prouver les potentielles persécutions subies. Suite à son passage au GUDA, le demandeur se voit délivrer une attestation valable un mois.

Dans le cas où le demandeur ne possède ni passeport ni visa, il est placé en « zone d'attente », pour une durée inférieure à 20 jours, selon l'article L221-1 du CESEDA [51]. Cette procédure permet de « *déterminer si la demande n'est manifestement pas infondée* ». En effet, l'admission sur le territoire français ne peut être refusée sur la seule absence des documents requis. La demande d'asile peut donc être réalisée à tout moment dans les « zones d'attentes », enregistrée par la police aux frontières. A la sortie des « zones d'attente », le demandeur se voit remis un visa de régularisation ou un sauf-conduit de huit jours, lui permettant de se présenter à la préfecture de son lieu de domicile.

Dans le cas où le demandeur est accompagné d'enfants mineurs, la demande d'asile est réalisée par un formulaire unique ; si les deux parents sont présents sur le territoire français, la demande des enfants est rattachée à celle de leur mère.

3.4.3 La prise en charge de la demande

Si la demande d'asile relève de la responsabilité de la France, l'OFPRA est alors compétent pour l'examiner. Deux cas de figure se déclinent alors :

La procédure normale :

Le demandeur reçoit une Autorisation Provisoire de Séjour (APS) d'une durée de trente jours, afin de réaliser les démarches auprès de l'OFPRA, qu'il lui faudra renouveler tout au long de la procédure. Il reçoit également un formulaire de demande d'asile à compléter, signer et envoyer à l'OFPRA dans les 21 jours suivant la délivrance de l'attestation de demande d'asile.

La procédure accélérée :

La préfecture peut déclencher une procédure accélérée auprès de l'OFPRA dans plusieurs cas de figure. Cette procédure est automatique lorsque :

- Le demandeur a la nationalité d'un pays considéré comme « pays d'origine sûre », suite à une liste établie par le conseil d'administration de l'OFPRA.
- Le demandeur a effectué auparavant une première demande d'asile, définitivement rejetée, et demande son réexamen.

Par ailleurs, le GUDA peut placer la demande d'asile en procédure accélérée, lorsque la préfecture évalue que celle-ci est incomplète, infondée ou frauduleuse. Cette priorisation permet d'accélérer le traitement de la demande, et si nécessaire de débouter le plus rapidement possible le demandeur. On retrouve les situations suivantes où le demandeur :

- refuse que ses empreintes digitales soient relevées.
- cherche à induire les autorités en erreur en présentant de faux documents, en fournissant de fausses indications ou en dissimulant certaines informations.
- a présenté plusieurs demandes sous des identités différentes.
- tardé à demander l'asile depuis son entrée en France, au-delà de 120 jours.
- ne dépose une demande que pour faire échec à une mesure d'éloignement.
- constitue une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'Etat.

Néanmoins, l'OFPPA a la possibilité de reclasser une demande en procédure normale, sans avoir à se justifier au cours de l'instruction s'il estime cela nécessaire.

Si la demande d'asile ne relève pas de la responsabilité de la France, l'OFPPA n'est alors pas compétent pour l'examiner.

La procédure « Dublin III »

Les empreintes digitales des demandeurs sont enregistrées à la préfecture et informatisées selon le règlement Eurodac [47], qui autorise à comparer les empreintes à la base de donnée des Etats membres. Associé à la procédure « Dublin III », ce règlement permet d'assurer la responsabilité de la demande d'asile à un seul Etat de l'Union Européenne et réguler le flux de migration entre les pays. La préfecture refuse donc de traiter les demandes d'asile incombant à un autre pays. Le demandeur est alors placé en zone de rétention ou se voit assigné à domicile. Un arrêté de transfert est délivré lorsque le pays en question accepte la prise en charge de la demande et le demandeur est conduit dans le pays responsable de sa demande.

3.4.4 Les Conditions Matérielles d'Accueil

Puisqu'un délai relativement long peut s'écouler entre l'enregistrement de la demande d'asile et la décision de l'OFPPA ou de la CNDA, le Parlement européen a établi des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale : les Conditions Matérielles d'Accueil (CMA). Elles imposent aux États membres de prévoir une prise en charge convenable durant la procédure d'instruction de la demande d'asile.

3.4.4.1 Hébergement

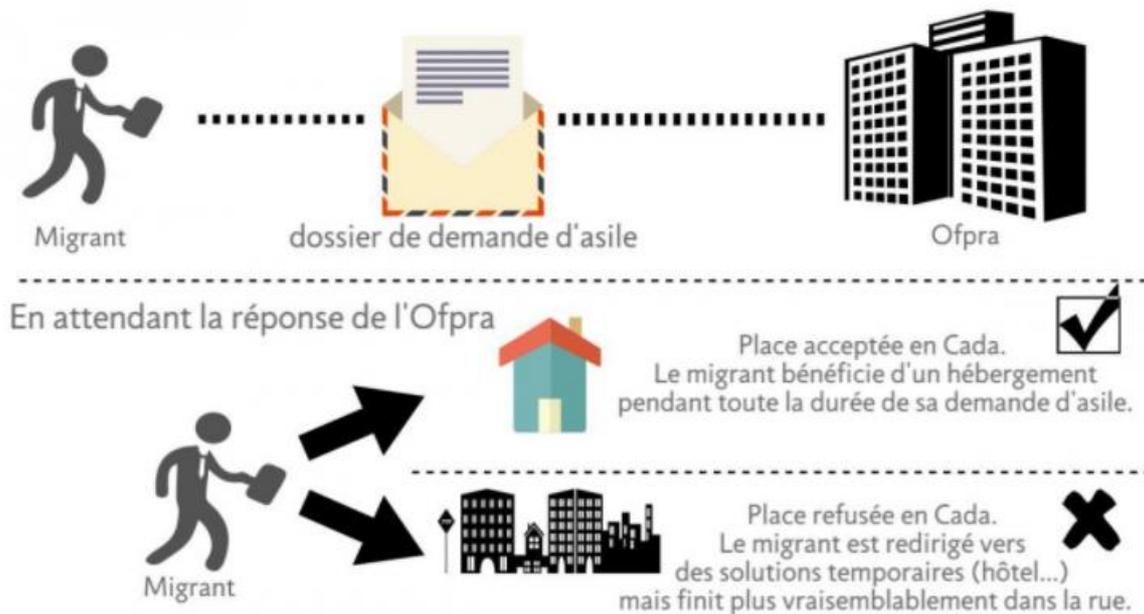
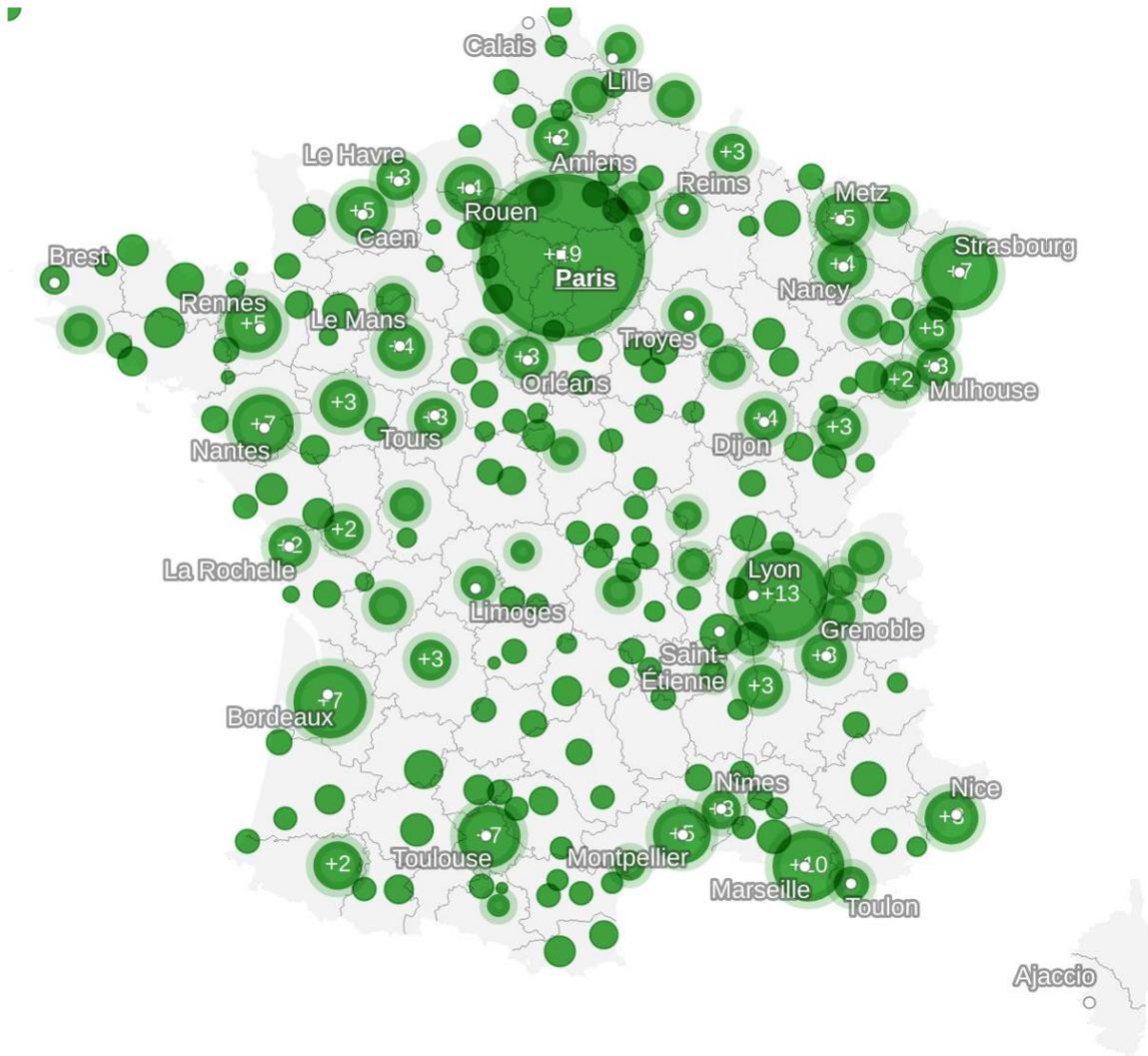


Figure 8 : Hébergement dans l'attente de la réponse de l'OFPPRA, [50].

C'est l'OFII qui évalue la nécessité de l'attribution d'un hébergement au demandeur. Actuellement, la gestion des places disponibles est régionale. Les CADA sont des structures d'accueil, gérées par des travailleurs sociaux venant d'associations ou d'entreprises. Leur rôle principal est d'assurer l'hébergement des demandeurs d'asile mais aussi la coordination et l'accompagnement des démarches. Les demandeurs peuvent y bénéficier de l'aide d'avocats, le plus souvent bénévoles, pour les aider à constituer leur dossier et les guider lors de l'instruction de leur demande à l'OFPPRA. Par ailleurs, les CADA font le lien avec les structures sanitaires lorsqu'une prise en charge pourrait être nécessaire. Une caution est demandée en fonction des conditions de ressources du demandeur. Les mineurs isolés quant à eux doivent obligatoirement bénéficier d'un hébergement dans des foyers réservés aux mineurs via l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Au 1er janvier 2020, le dispositif national d'accueil comptait environ 43 600 places en CADA. Le parc est principalement situé en Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Grand-Est, sachant qu'il n'existe pas de structure d'hébergement dans les départements d'outre-mer. Les principaux opérateurs sont les associations : ADOMA, COALLIA, FTDA, Forum réfugiés-Cosi et La Croix-Rouge française.

CADA 2021

centres d'accueil pour demandeurs d'asile



Carte: Gérard Sadik la Cimade • Source: FINESS • Créé avec Datawrapper

Figure 9 : Répartition des CADA en France métropolitaine en 2021, [52].

En 2021, on recense un total de 46 600 places et pour 2022, 3 400 places supplémentaires sont programmées, pour un total de 50 000 places [52]. Néanmoins, en regard de l'augmentation du nombre de demandes d'asile et de la durée des procédures, il semble qu'il n'y ait pas suffisamment de places pour accueillir tous les demandeurs, majeurs comme mineurs. Certains sont donc parfois logés chez des proches déjà établis sur le territoire, dans des foyers ou des hôtels mis à disposition, tandis que d'autres refusent les propositions d'hébergement et préfèrent rester à la rue.

3.4.4.2 Aides et allocations

Les demandeurs majeurs bénéficient, jusqu'à la décision de l'OFPRA, d'une Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA) [53]. Elle a été mise en place à cause de l'interdiction de travailler sur le territoire français avant un délai de 9 mois. La loi du 21 février 2018 avait réduit le délai d'autorisation de travail de 9 mois à 6 mois après l'enregistrement du dossier en préfecture, afin de faciliter l'intégration des demandeurs d'asile par le travail [54]. L'ADA s'élève à 6.80€/jour si le demandeur accède à un logement proposé, somme à laquelle s'ajoute 7.40€ si le demandeur trouve un hébergement par ses propres moyens. Cette allocation est versée sous forme de forfait mensuel, 45 jours après la réalisation de la demande d'asile au GUDA.

Les enfants bénéficient du droit à la scolarisation, qui est obligatoire pour les enfants de 6 à 16 ans. L'inscription se fait soit auprès des mairies, pour le primaire, soit directement auprès des établissements pour le secondaire. Pour les mineurs isolés, ce droit à la scolarisation est pris en charge par l'ASE.

3.4.4.3 Sécurité sociale

Les demandeurs bénéficient de :

La prise en charge des frais de santé pendant les trois premiers mois du séjour en France : concerne les soins urgents à l'hôpital, par une hospitalisation ou une consultation en établissement de santé, tels que :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé ou de celui d'un enfant à naître.
- les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à la collectivité.
- les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né, pendant et après la grossesse.
- les interruptions de grossesse volontaires ou pour motif médical.

La Protection Universelle Maladie (PUMa) : permet l'accès au soin, le remboursement des soins, prestations et médicaments à toute personne résidant en France, sous couvert qu'elle ne soit pas déjà couverte par un autre régime obligatoire de l'Assurance Maladie [55] ; ouverte aux demandeurs dès le dépôt de demande d'asile à l'OFPRA, suite au décret 2017-240 du 24 février 2017 qui précise les conditions d'accès à cette prise en charge applicables aux personnes étrangères [56].

La Complémentaire Santé Solidaire (C2S) : remplace la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) suite à la loi de financement de la sécurité sociale du 27 décembre 2019 [57], attribuée si les revenus du demandeur sont inférieurs à 750€ par mois, et rembourse la part complémentaire des dépenses de santé.

Par ailleurs, les services d'urgences des structures hospitalières, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), les Centres de Santé Publique (CSP) et les structures associatives telles que Médecins du Monde (Mdm), France Terre d'Asile (FTA) ou encore le Comité pour la santé des exilés (COMEDE) assurent des soins et dépistages de façon gratuite en l'absence de toute couverture sanitaire encore effective.

3.4.4.4 Attestation de demande d'asile

Le renouvellement de l'attestation est demandé en préfecture et la durée de cette seconde attestation dépend de la procédure dans laquelle est placée le demandeur :

- 4 mois pour les personnes en procédure « Dublin III ».
- 6 mois pour les personnes en procédure accélérée.
- 9 mois pour les personnes en procédure normale.

3.4.5 L'instruction auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA)

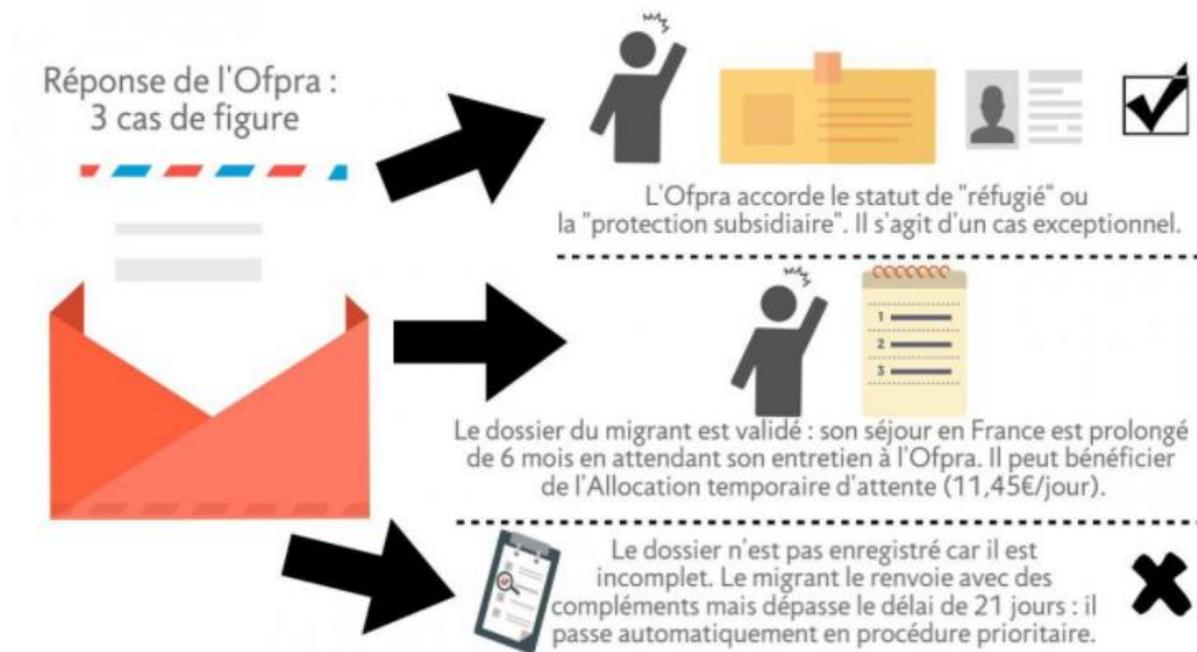


Figure 10 : Réponse de l'OFPRA, [50].

Une fois la demande enregistrée et le dossier complet envoyé, l'OFPRA va mener une instruction. Il dispose de 21 jours pour une première demande et de 8 jours pour un réexamen, à compter de l'émission des documents au GUDA. Le demandeur reçoit alors une lettre d'enregistrement de l'OFPRA qui tient lieu de document civil provisoire, permettant ainsi la création de son immatriculation à la sécurité sociale. Cette lettre doit être retournée dès réception à la préfecture, pour obtenir en retour un récépissé de dépôt, valable pendant toute la durée de l'instruction. L'OFPRA doit convoquer systématiquement le demandeur à une audition, en présentiel ou par visioconférence, et missionner un interprète assermenté si nécessaire.

Les trois issues de l'instruction sont :

- L'attribution du statut de réfugié.
- L'attribution de la protection subsidiaire.
- Le rejet de la demande.

Le demandeur peut alors former un recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA), dans un délai de 30 jours.

3.4.6 Le recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA)



Figure 11 : Les suites de la décision de l'OFPRA, [50].

Le demandeur doit argumenter auprès de la CNDA sur ce qu'il considère comme une erreur d'évaluation de la part de l'OFPRA. Pendant la durée de l'instruction auprès de la CNDA, il ne peut être expulsé du territoire. A l'instar de l'OFPRA, la CNDA doit convoquer systématiquement chaque requérant à une audience, en présentiel ou par visioconférence, et s'assurer de la présence d'un interprète assermenté en cas de besoin.

Les trois décisions sont possibles alors :

- L'attribution du statut de réfugié.
- L'attribution de la protection subsidiaire.
- Le déboutement de la demande : rejet définitif du recours et donc de la protection.

Dans ce dernier cas de figure, le migrant doit quitter le territoire dans les trois mois suivant la décision de la CNDA. Ce dernier reçoit alors une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF), remise par la Police de l'Air et des Frontières (PAF).

Il peut toutefois faire une demande de réexamen, en réalisant une nouvelle admission au séjour auprès de la préfecture. Si celle-ci est acceptée, elle est alors valable 15 jours au lieu de 30. Le demandeur dispose alors de 8 jours pour soumettre son nouveau dossier à l'OFPRA avec de nouveaux éléments pouvant avoir une influence dans son dossier.

3.4.7 Le recours auprès de la Cour de Cassation

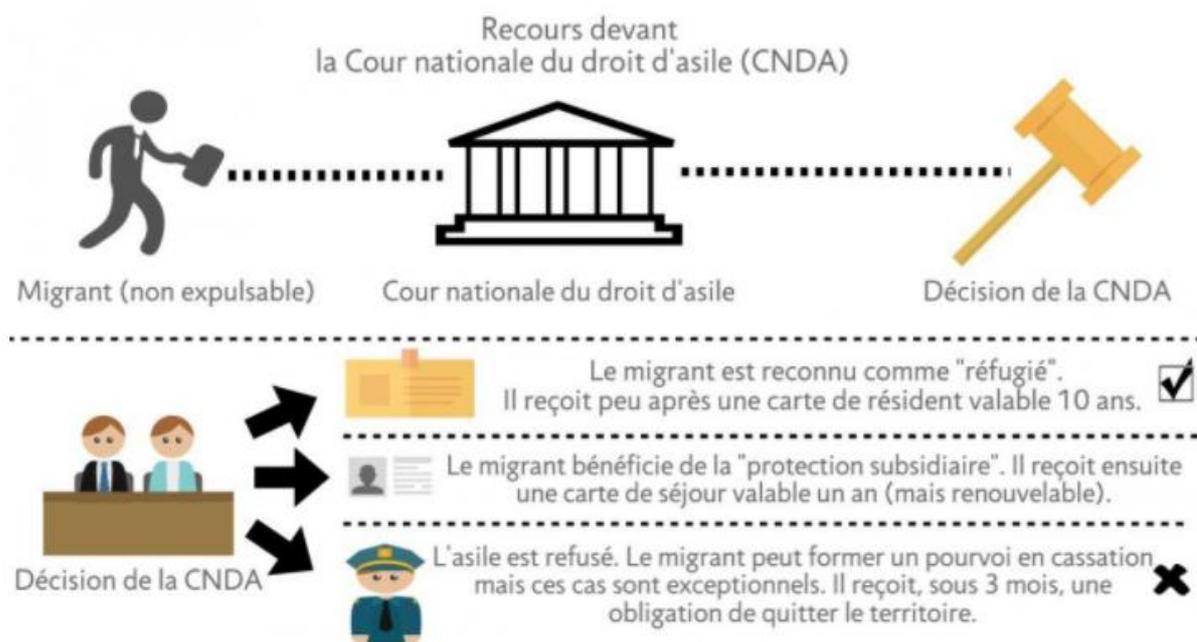


Figure 12 : Les suite de la décision de la CNDA, [50].

Ultime recours contre la décision de la CNDA, le demandeur débouté peut se pourvoir en cassation devant le Conseil d'Etat. La Cour de Cassation ne juge pas les problèmes liés au fond mais seulement à la forme. Une nouvelle instruction n'aura lieu qu'en cas d'erreur de législation ou de procédure relevée par le magistrat. Ces recours sont relativement rares.

3.5 Les spécificités clinique des demandeurs d'asile

Les raisons de l'exil peuvent être multiples et font appel à des processus parfois mal compris par les pays non concernés par ce phénomène. La cause du départ puis le parcours migratoire auquel est confronté le demandeur d'asile laissent des séquelles, qu'il est nécessaire d'identifier afin d'assurer une prise en charge médicale adaptée à ces usagers. Il existe plusieurs types d'atteinte à l'intégrité physique et psychique.

3.5.1 Les violences physiques

De manière non exhaustive, nous pouvons citer :

- Les sévices corporels multiples : arme blanche, arme à feu, coups de bâtons, coups de fouet, électrisation, ...
- Les sévices sexuels par viols, mutilations ou excision.
- Les emprisonnements abusifs et les interrogatoires prolongés avec privation des besoins vitaux.
- L'enrôlement forcé dans l'armée ou la prostitution.
- Les disparitions et enlèvements de proches.
- Les menaces, humiliations et harcèlements répétés.
- Les génocides.

3.5.2 Les violences psychiques

3.5.2.1 Directes

3.5.2.1.1 Réactions péri-traumatiques

Les demandeurs d'asile sont vus le plus souvent plusieurs semaines voire plusieurs mois après les événements traumatiques. Cependant, CHIDIAC N. et CROCQ L. mettent en évidence qu'il existe des symptômes à rechercher rétrospectivement pour définir un état de stress dépassé [58].

L'amnésie dissociative : empêche de se souvenir de tout ou partie d'un évènement traumatique.

La stupeur dissociative : indifférence à l'expérience traumatique vécue, état de sidération et de confusion, pouvant entraîner une distorsion du déroulement précis des faits a posteriori.

La dépersonnalisation : sensations de dédoublement, impression de ne pas vivre l'action en personne.

La déréalisation : sentiment d'être détaché de l'évènement et de ressentir de fausses perceptions du traumatisme.

Ces signes sont des facteurs de mauvais pronostic, précurseurs d'une évolution vers un psycho-traumatisme, et peuvent expliquer les discordances dans le récit du parcours de certains demandeurs.

3.5.2.1.2 Etat de stress post traumatique

L'état de stress post traumatique est une pathologie réactionnelle à un évènement traumatique ayant occasionné un vécu de violence d'une intensité majeure et un sentiment de mort imminente. Il est défini par le DSM-V [59] :

Critères A : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs évènements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs évènements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs évènements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'évènement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un évènement traumatisant (premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants). Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à

l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critères B : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. Chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. Chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;
3. Réactions dissociatives (rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel. Chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs,

pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants en lien avec des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (« Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente ») ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;

5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (médicament ou alcool) ou à une autre affection.

3.5.2.2 Indirectes

Les séquelles psychiques des demandeurs d'asile peuvent survenir lors de leur parcours de migration, venant majorer la détresse déjà présente chez ceux ayant subis des violences dans leur pays d'origine. Une symptomatologie anxieuse et dépressive est donc à rechercher.

Le traumatisme lié à l'exil : les témoignages des demandeurs d'asile rapportent la difficulté de quitter leur pays, leurs origines, leur famille, ainsi que l'espoir d'un avenir meilleur à l'arrivée dans le pays d'asile douché par les écueils du parcours migratoire.

La désillusion à l'arrivée dans le pays d'accueil : initialement empreinte d'espoir, l'arrivée en France implique son lot de peur, de précarité, de démarches dans un contexte de choc culturel, pouvant s'inscrire dans un réel phénomène de vulnérabilité psychique.

L'insoutenable attente de la décision : le laps de temps nécessaire à la réalisation des démarches de demande d'asile, le récit des traumatismes vécus, la peur de se voir débouté et de devoir retourner dans le pays d'origine peuvent, pour certains, majorer les séquelles psychiques déjà présentes, voire occasionner un nouveau un traumatisme. Cette attente a par ailleurs été considérablement allongée par la crise sanitaire du COVID-19 et les divers confinements.

4 Santé mentale et souffrance psychique

4.1 Les concepts

4.1.1 La santé mentale

En 1946, l'OMS définit la santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » [60].

La notion de santé mentale englobe la promotion du bien-être, un état d'équilibre individuel et collectif permettant de se maintenir en bonne santé, en dépit des épreuves et des difficultés. Les autorités politiques sanitaires françaises reconnaissent une triple dimension à la santé mentale, d'abord par la circulaire de 1990 puis lors du plan de santé mentale de 2005-2008 [61] :

- La santé mentale positive, l'épanouissement personnel.
- La détresse psychologique réactionnelle, induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles.
- Les troubles psychiatriques, de durée, de sévérité et de handicap variables.

La psychiatrie œuvre à la prévention, au traitement et à la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

En santé publique, on identifie des déterminants de santé, c'est-à-dire des facteurs qui influencent l'état de santé d'une population. Ils peuvent agir isolément ou en association de plusieurs facteurs.

On relève notamment des déterminants sociaux, sur lesquels il est possible d'intervenir. Ils sont liés aux contextes sociaux, aux habitudes de vies, aux comportements, aux politiques publiques. Leur modélisation est complexe, faisant intervenir de nombreuses interactions. Le rapport « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. » [62] du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) distingue trois grands types de déterminants sociaux de la santé.

Les déterminants socio-économiques :

- les conditions de vie dans l'enfance.
- l'accès à l'éducation et à l'alphabétisme.
- l'accès à l'emploi.
- le revenu.
- les conditions de vie et d'environnement.
- l'intégration et la participation sociales.

Les déterminants liés au système de soins :

- l'accessibilité du système : accès théorique selon le système assurantiel et des limites financières persistantes, comme le « reste à charge ».
- l'organisation du système pour les accès primaire et secondaire.

Les déterminants liés aux comportements psycho-sociaux vis-à-vis de la santé : Il s'agit ici de la « distance sociale » à l'égard des institutions de soins, c'est-à-dire l'image qu'en ont les individus. Celle-ci se construit selon P.CHAUVIN et I. PARIZOT par « *interactions de normes et de processus relationnels, à la fois subjectifs et socialement construits, associées au capital psychologique des personnes, aux perceptions et aux représentations de la santé.* » [63].

Par ailleurs, il existe les déterminants biologiques ; les prédispositions génétiques ; l'environnement physique : la qualité du sol, de l'air et de l'eau ; les aménagements du territoire... qui sont toutefois significativement moins impactants sur la santé des populations que les déterminants sociaux. La figure suivante, issue du rapport « La santé des personnes sans chez soi. » [26], résume les conditions d'accès au soin.

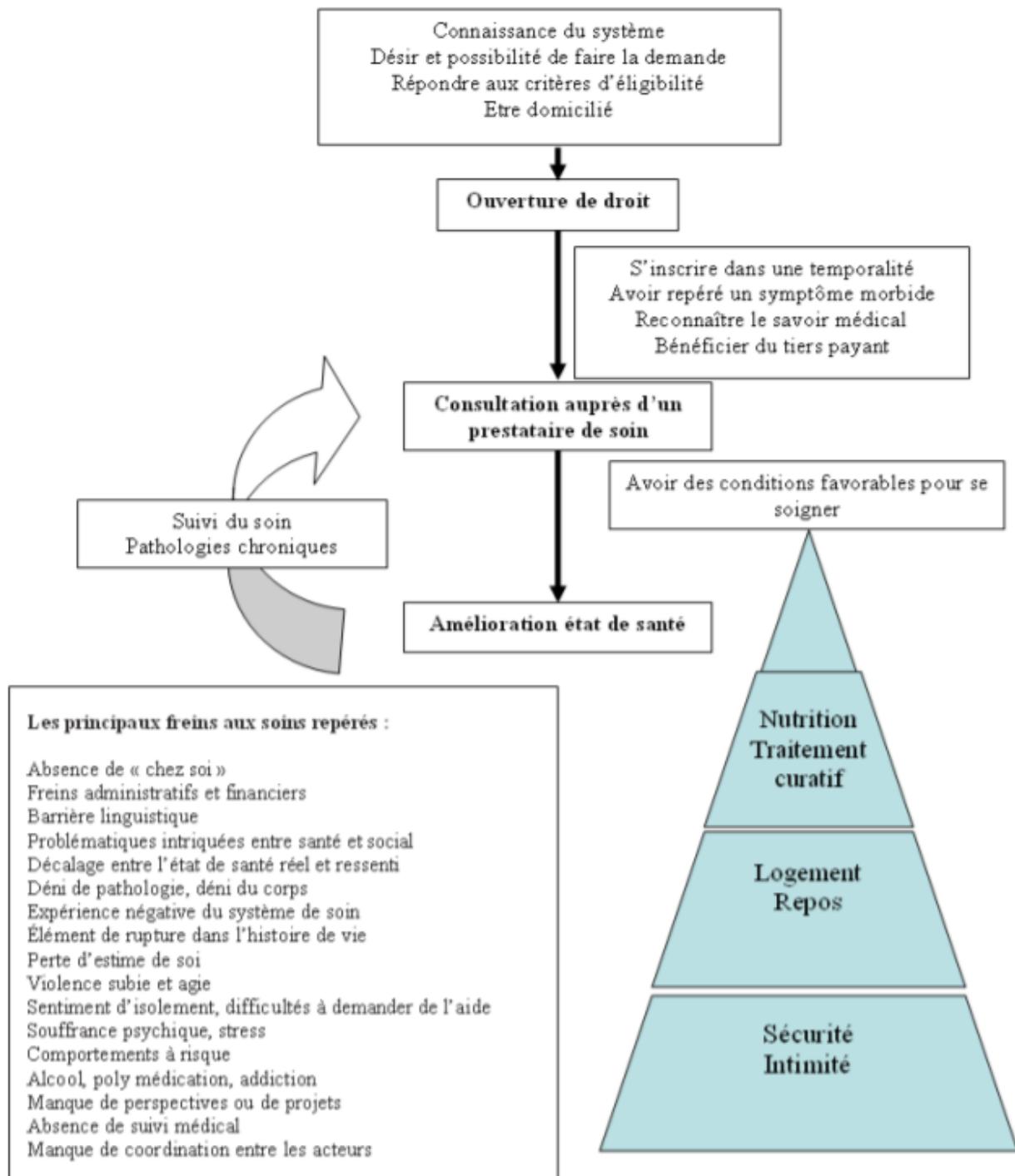


Figure 13 : Conditions nécessaires au soin, [26].

4.1.2 Les soins de droit commun

En 1995, S. Veil disait que « *L'intégration de tous dans le système de santé de droit commun [...] est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité de la personne humaine.* » [64]. Le droit commun définit le rattachement à un service de soins structurés, que ce soit les soins psychiatriques de secteur, des consultations diverses au CMP, des soins en libéral ou des soins somatiques, qui peuvent être ambulatoires, extra-hospitaliers voire de l'hospitalisation à temps complet. C'est un des termes employé dans le cahier des charges de la création des EMPP.

Pour certains exclus, l'accès au système de santé de droit commun peut signifier la réintégration dans la société, la possibilité d'exister à nouveau face à l'autre, de redevenir « quelqu'un ». On constate qu'en améliorant l'accès de tous aux services de santé de droit commun, on contribue à la diminution des inégalités sociales de santé [65].

4.1.3 La sectorisation en psychiatrie

L'idée d'une organisation des soins reposant sur l'ouverture de l'hôpital sur la ville et sur la prise en compte de l'identité de chaque individu est née dans un contexte très particulier. En effet, durant la Seconde Guerre Mondiale, a eu lieu en France sous le régime de Vichy « *l'extermination douce* » ou « *l'hécatombe des fous* ». Ces expressions ont été forgées a posteriori pour dénoncer l'abandon et la mort lente, de faim, de froid et de carence de soins de première nécessité, des patients vivants dans les hôpitaux psychiatriques français durant l'Occupation. Ces hôpitaux, créés par le Dr J-E. ESQUIROL au début du XIX^{ème} siècle, avaient comme vocation première de protéger les patients, dans un cadre très organisé. On dénombre entre 45 000 et 70 000 victimes entre 1940 et 1945 [66].

Durant la période après-guerre, le mouvement désaliéniste, porté par un certain nombre de psychiatre à l'instar des Dr F. TOSQUELLES, L. BONNAFE, G. DAUMEZON, P. PAUMELLE, va donner naissance à la notion de sectorisation des soins en psychiatrie [67]. La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de de lutte contre les maladies mentales [68] pose les bases de cette politique innovante.

La sectorisation représente le découpage administratif du territoire français en secteurs géographiques, permettant d'adresser un patient dans un lieu de soin donné en fonction de son lieu d'habitation. Une seule et même équipe agit alors pour le dépistage, la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers, la réadaptation et la réinsertion sociale.

Le but de cette réforme, empreinte du concept de la psychiatrie institutionnelle, est double. D'une part, il est de rendre la psychiatrie accessible au patient, via à des lieux d'accueil dédiés dans lesquels il pourrait se rendre aisément. D'autre part, il est de désenclaver les hôpitaux psychiatriques, afin de ne plus laisser survenir à nouveau des catastrophes, à l'image de celles de la Seconde Guerre Mondiale.

Ces mesures se sont mises en place progressivement et n'ont été effectives qu'à partir des années 1970. Pour faire pallier à l'augmentation de l'activité des secteurs et du nombre de patients suivis face à la diminution du nombre de lits en hôpital psychiatrique, les Centre Médico-Psychologique (CMP), pivot de la psychiatrie de proximité, ont été créés, par la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale [69]. D'autres structures extra hospitalières ont vu le jour par la suite, comme l'Hôpital de Jour (HDJ), les Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), les postcures, les appartements thérapeutiques...

Le concept de désinstitutionnalisation est défini comme le processus de remplacement des séjours de longue durée des personnes diagnostiquées avec un trouble mental, un trouble neurodéveloppemental ou une situation de handicap. Dans son ouvrage « The disability rights movement : from deinstitutionalization to self-determination. » [70], D. STROMAN expose que la désinstitutionnalisation revêt deux aspects :

- Réduire le nombre des patients hébergés en institution psychiatrique.
- Réduire la durée de séjour pour augmenter les chances d'être de nouveau acceptés en société.
- Réduire les comportements dépendants, impuissants et « non adaptatifs ».

On peut relever d'autres avantages à cette organisation sectorielle et à la désinstitutionnalisation :

- Un service de référence pour tout individu présentant un trouble psychique et relevant de soins.
- Le rapprochement des soins au plus près du patient, dans un dispositif de soin centré sur lui, à proximité de son environnement et de son entourage.
- L'amélioration des conditions d'hospitalisation par la modernisation des structures, la réduction des soins sous contrainte, la priorité aux soins libres.
- La continuité des soins par le biais d'une équipe unique active de la prévention à la réinsertion.

Néanmoins, quelques limites émergent de cette réforme. Des disparités se sont rapidement révélées entre chaque secteur, dévoilant des inégalités « *tant sur le plan des moyens humains, matériels et financiers que sur l'engagement de l'atteinte des objectifs de cette politique de secteurs* » [71]. Par ailleurs, la répartition des structures d'accueil, comme les missions locales, foyers CHRS, CADA, lieux d'écoute..., est inégale au sein des territoires sectoriels [72].

Se pose alors la question de la sectorisation des sans-abris : vers quel secteur orienter un usager sans domicile déclaré ? [73]. Selon les régions, des protocoles ont été mis en place pour affecter ces usagers à un secteur, l'objectif étant que toute personne sans domicile puisse être prise en charge de la même façon que la population générale et que la répartition soit équitable entre les secteurs. Cette répartition peut se faire selon les noms de famille ou dates de naissance, ne tenant pas forcément compte de l'accessibilité géographique.

Ainsi, en dépit des tentatives pour limiter les inégalités dans l'accès au soin, les populations en situation de précarité ne parviennent toujours pas à s'inscrire dans les soins. Des dispositifs spécifiques, les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité, ont vu le jour pour aller vers ce public particulier.

4.1.4 « L'aller vers »

Du concept de non-demande, découle la notion « d'aller vers », développée depuis la fin du XX^{ème} siècle. X. EMMANUELLI déclarait que ces équipes étaient « *un dispositif [...] de sauvetage à l'attention des sans-abris, et parmi eux les plus désocialisés, ceux que nous appelons communément les clochards.* » afin « *d'aller au-devant de ceux qui ne demandent plus rien.* » [74]. « L'aller vers » consiste au repérage direct de l'utilisateur malade dans son environnement habituel dans le but de le guider vers les structures de soins adaptées ; l'objectif à long terme étant de réduire les inégalités d'accès au soin. Les acteurs se rendent disponibles et participent de manière active à la création d'un lien, ils n'attendent pas que la personne fasse d'elle-même une demande. Les grands principes reposent sur le fait de provoquer une rencontre, d'instaurer une relation de confiance, et maintenir le lien afin de déceler une demande non verbalisée et de favoriser l'émergence de demandes explicites.

Selon le Dr A. MERCUEL, « l'aller vers » se déploie à différents niveaux [75] :

Sur le lieu de vie lorsque l'utilisateur ne peut se déplacer vers un lieu de consultation : que ce soit lié à une impossibilité physique ou psychique (refus, déni...), à une situation clinique de non-demande (enfants, adolescents reclus, personnes âgées, syndrome de Diogène, état d'inhibition...), à un manque d'étayage...

Sur le lieu de vie lorsqu'il est nécessaire de prendre en compte l'environnement réel : évaluation du contexte entourant les aspects cliniques, élargissement des acteurs possibles, prévention des phénomènes d'exclusion ou expulsion des lieux de vie ou de de soins.

Auprès de populations plus spécifiques, ayant des difficultés à accéder aux soins : gens du voyage, toxicomanes, prostituées, jeunes en errance, sans domicile fixe et grands exclus, précaires, demandeurs d'asile...

« L'aller vers » impose de trouver la bonne distance dans la relation entre l'acteur et l'utilisateur. Cela s'anticipe, par des échanges avant toute prise de décision, par une action cohérente et adaptée à la situation, et surtout par une coordination entre les acteurs sociaux et du corps médical.

C'est une approche chronophage, car la clinique de la rue requiert une implication, des débuts progressifs et des étapes adaptées. Par ailleurs, J. FURTOS explique le risque d'engendrer une « *modification trop rapide d'un équilibre acquis pour survivre.* » [12] dans le cas de figure où les soignants voudraient aller trop vite dans la prise en charge et l'accroche aux soins de droit commun psychiatriques. L'aller vers ne contraint pas l'utilisateur au soin mais l'accompagne.

Cette pratique est toutefois contre-indiquée dans les situations insécures pour soi ou autrui comme l'auto ou hétéro-agressivité, un environnement dangereux...

4.2 Le dispositif d'EMPP

Les EMPP existent depuis 1995 et sont inscrites dans le cadre juridique initialement de l'article 67 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions [1] puis de la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 [2]. Cette circulaire fait suite à la volonté du comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 d'améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et de favoriser leur accès aux soins. Elle définit alors les conditions de sollicitation de ces dispositifs.

4.2.1 Les publics visés

Le champ d'intervention des EMPP comporte :

Les personnes en situation de précarité et d'exclusion : atteintes d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion.

Les acteurs de première ligne : qui expriment des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis ; qui requièrent un étayage, un soutien et une formation dans le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes ; qui sont en demande d'écoute et de soutien de la part des professionnels de santé.

4.2.2 Les missions et les principes d'action

Ces équipes n'ont pas vocation à remplacer les équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et de la réadaptation sociale. En effet, elles assurent un rôle d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion. Leur but est de faciliter l'élaboration d'accompagnements coordonnés dans le cadre d'un projet à la fois sanitaire et social. On distingue alors deux niveaux d'action :

Auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion :

Les EMPP interviennent quel que soit le lieu où les usagers s'expriment ou sont repérés, dans une optique de prévention, repérage précoce, orientation et accès au dispositif de soins lorsque celui-ci est nécessaire. Parmi les moyens mis en œuvre, on retrouve :

- Les permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jour...
- La participation aux interventions mobiles ou dans la rue : maraude du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) social.
- Les entretiens individuels, y compris en urgence.
- L'accueil, l'orientation et l'accompagnement vers des prises en charge relevant du soin psychiatrique de droit commun.
- Les prises en charge à part entière : groupes d'échanges ou de parole, ateliers thérapeutiques.

En direction des acteurs de première ligne :

Les EMPP veillent à l'intégration des actions au sein d'un maillage de partenaires dense et formalisé, regroupant à la fois secteurs psychiatriques de l'établissement de rattachement, établissements de santé généraux, praticiens libéraux et intervenants sociaux et médico-sociaux du territoire couvert.

Auprès de ce réseau, les EMPP développent :

- Des actions de formation sur ces problématiques, entre professionnels de santé et de travailleurs sociaux.
- Des actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs.
- L'examen de situations cliniques.
- Le soutien actif des équipes de première ligne.

Pour le Dr A. MERCUEL, il est primordial de construire depuis le terrain une relation de confiance avec les différents acteurs des réseaux de précarité : « *Les EMPP doivent faire connaître leur activité afin de mieux justifier leurs demandes de financement et leur utilité pour contrer certaines idées reçues ou incompréhensions sur leurs objectifs. Ne pas dire ce que nous savons risque de se retourner contre nous. [...] Certains considèrent qu'on fait du « serre-paluches » sur les trottoirs, d'autres pensent que nous devons « nettoyer les trottoirs » pour placer tous les SDF en hospitalisation d'office.* » [26].

4.2.3 Le fonctionnement

Afin de faire face à la diversité des situations rencontrées, les EMPP doivent disposer de compétences diversifiées. Elles comportent donc au minimum : un psychiatre, une cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat. Autant que faire se peut, il est intéressant que les personnels soient expérimentés dans les pratiques de liaison au sein du secteur social et devront, *a minima*, être formés aux modes d'intervention dans ce secteur. Certaines équipes choisissent un mode d'organisation permettant la double appartenance des soignants à l'équipe spécialisée et à une équipe psychiatrique de droit commun, sur la base de temps de travail partagés. Cette organisation permet, d'une part, de faciliter une continuité d'action entre ces deux niveaux d'intervention et, d'autre part, de prévenir des formes d'épuisement professionnel liées aux spécificités du public visé et aux modes d'exercice de l'EMPP.

La présence d'un temps médical paraît indispensable dans le but d'assurer une coordination, garante de la cohérence du projet de l'équipe au sein du projet médical de l'établissement de rattachement et d'organiser le relais médical vers le dispositif de droit commun psychiatrique. Au sein même de l'établissement de santé de rattachement de l'équipe mobile, les relations entre les divers secteurs doivent être clairement formalisées et les modalités d'intervention de l'EMPP se basent sur des accords préalables de l'ensemble des acteurs. Cette articulation repose notamment sur la coordination médicale assurée par le psychiatre référent de l'équipe mobile et doit faire l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet médical de l'établissement. Les modalités d'orientation vers les dispositifs de droit commun psychiatrique, que ce soit en ambulatoire, extra-hospitalier ou intra-hospitalier, doivent être anticipées et définies par convention ou protocole d'intervention.

4.2.4 Les financements

Les activités de prévention, d'accueil, d'orientation et de soins des EMPP justifient un financement pérenne par l'assurance maladie compris dans l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) hospitalier. En regard de l'ampleur du champ d'interventions et de leurs modalités, des cofinancements mobilisent les crédits d'Etat, les collectivités territoriales, voire des financements sur la dotation de développement des réseaux de santé.

4.3 Les EMPP dans les Hauts-de-France

Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP).
Nord - Pas-de-Calais. 2015.



Figure 14 : EMPP du Nord Pas-de-Calais en 2015, [3].

En 2015, le Dr M. BAUX fait état de 11 EMPP dans le Nord Pas-de-Calais [3] (Figure 14).

En 2021, la F2RSM dénombre 29 EMPP dans les Hauts-de-France [76], comprenant :

- 1 dans l’Aisne.
- 20 dans le Nord.
- 0 dans l’Oise.
- 7 dans le Pas-de-Calais.
- 1 dans la Somme.

Présentation de « l'Alinéa », l'EMPP du dunkerquois

1 Historique

En 2017, afin de travailler la réinsertion par le logement, le dispositif « un chez soi d'abord » est généralisé [77]. En 2018, à la suite d'un repérage sur le terrain depuis plusieurs années et d'une réflexion préalable sur le soin ambulatoire à destination des « exclus », le pôle 59G01-G03 de l'EPSM des Flandres est porteur de la création d'une unité innovante sur le littoral dunkerquois : L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) « L'Alinéa ». Aucune entité de ce type n'existait alors sur le littoral dunkerquois et le besoin de disposer d'un véritable outil spécifique de prise en charge dans le domaine de la précarité en santé mentale avait été identifié. Une immersion au sein de « Diogène », EMPP de l'EPSM Lille METROPOLE, a été réalisée afin de s'inspirer de leur mode de fonctionnement. Un travail collaboratif est d'ailleurs réalisé entre L'EMPP de l'EPSM Lille METROPOLE, l'EMPP de Calais et l'EMPP de Boulogne / Mer, afin d'enrichir les pratiques de chacun.

L'activité de l'EMPP a donc démarré fin 2018 par la rencontre des différents partenaires du territoire et la construction de partenariats. « L'Alinéa » a ainsi établi progressivement des conventions avec les partenaires des secteurs social, médico-social et sanitaire implantés en Flandre maritime. Le choix a été fait de se concentrer dans un premier temps uniquement sur les personnes en situation de précarité sans logement, avant de s'étendre plus tard aux logements précaires. L'activité clinique a donc débuté en janvier 2019, sur les 4 secteurs de psychiatrie adulte de Flandres Maritime : 59G01-G02-G03-G04, pour une couverture de soins de 250 000 habitants.

Au niveau des effectifs, il a été décidé de partager l'activité en 2 mi-temps, avec 50% l'EMPP et 50% au sein d'un autre service de secteur, comme le CMP ou la prison. Au total lors de la création, il y avait 4 ETP IDE, avec 3 IDE venant du secteur 59G01, 3 IDE venant du secteur

59G03 et 2 IDE venant du secteur 59G02, 0.2 ETP d'assistante sociale, 0.2 ETP de cadre de santé, 0.2 ETP psychologue, et 0.5 ETP médecin psychiatre.

2 Missions

L'EMPP du dunkerquois est un dispositif « *complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins de droit commun psychiatrique et du dispositif social* » [78], ne remplaçant en aucun cas les équipes de secteur, et ne constituant pas non plus un secteur spécialisé. Dispositif unique et mobile sur tout le territoire dunkerquois, l'EMPP se positionne en amont du soin afin de créer du lien :

En direction des structures sociales, dans un rôle de :

- Sensibilisation et information sur dispositif de soins psychiatriques.
- Soutien aux équipes.
- Évaluation clinique de situations de souffrance psychique.

En direction des unités de soins psychiatriques, dans un rôle de :

- Préparation, orientation, accompagnement de l'utilisateur nécessitant des soins psychiatriques.
- Continuité des soins.

Ce travail est bénéfique pour l'utilisateur, les acteurs de soins, et les travailleurs sociaux. Il se base sur un important maillage de partenaires sociaux et médicaux.

3 Fonctionnement

3.1 Composition de l'équipe

« L'Alinéa » bénéficie d'un financement annuel provenant de l'ARS, permettant une dotation en moyens humains, dont la composition est ajustée au regard des besoins constatés. La composition de l'EMPP au moment de l'étude est la suivante : 4 ETP infirmiers, 0.5 ETP psychiatre, 0.2 ETP assistante sociale, 0.2 ETP cadre de santé, 0.2 ETP psychologue.

Le coordinateur de l'équipe est le médecin psychiatre. L'EMPP reçoit parfois des stagiaires : interne en psychiatrie, étudiant infirmier, assistant social, magistrat...

Elle dispose de locaux dédiés, en dehors des lieux d'hospitalisation ou des CMP.

3.2 Organisation et activité

L'EMPP dispose d'un règlement intérieur établissant ses modalités d'intervention et le rôle des différents intervenants. Elle est fonctionnelle du lundi au vendredi. Les horaires sont définis selon les besoins des usagers et des structures, tout en tenant compte des horaires d'ouverture de celles-ci. La demande d'intervention est réalisée par les travailleurs sociaux et se fait par le biais d'une fiche de demande d'intervention, transmise à l'ensemble des partenaires.

Espace de synthèse et d'échanges cliniques, une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire est réalisée afin d'étayer les situations rencontrées et de décider de la suite de l'accompagnement. Des comptes rendus succincts sont alors élaborés et à disposition des différents membres de l'équipe.

L'EMPP va à la rencontre de l'utilisateur sur son lieu de vie, proposer évaluation clinique infirmière afin d'évaluer la nécessité d'un accompagnement vers une structure relevant du soin de droit commun psychiatrique. Des passages sont formalisés au préalable par les conventions dans les structures du réseau précarité, avec des permanences de soignants, ainsi que la participation aux dispositifs en place, comme les maraudes. Lorsqu'un soignant de l'EMPP est alerté par une situation clinique qui n'avait pas été signalée auparavant, il rédige lui-même la demande d'intervention afin de tracer les informations de l'utilisateur.

Le « serre-paluche » est un terme utilisé pour représenter la rencontre d'un utilisateur lors d'une maraude ou d'une permanence de l'EMPP au sein d'une structure partenaire. Cet entretien ne peut être considéré comme un début d'accompagnement ni un accès aux soins de droit commun psychiatrique car celui-ci ne remplit pas les principes fondamentaux d'un véritable

entretien médical respectant l'intimité dans un lieu et un moment donné. Il est plutôt à considérer comme un préalable à de futurs entretiens.

L'activité de l'EMPP a toutefois été modifiée lors du premier confinement lié à la situation sanitaire de la pandémie de COVID-19 : l'activité de l'EMPP a été interrompue le 16 mars 2020 et a doucement repris à partir de la mi-mai suite au déconfinement. Les accompagnements des usagers ont donc été mis en suspend sur cette période.

3.3 Partenaires

L'enjeu est de ne pas exclure ou isoler les professionnels chargés de prendre en charge des publics eux-mêmes exclus ou précarisés. Leur accompagnement doit au contraire être globale et continue, tant sur le plan sanitaire que social. Les relations avec les partenaires de première ligne et les établissements de santé généraux sont formalisées par des conventions, afin de définir les modalités de recours, de relais et d'intervention réciproques.

Structures médicales :

- Addictologie : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Centre Hospitalier de Dunkerque (CHD)
- EPSM des Flandres :
 - 59G01 - 59G03 :
 - Clinique Psychothérapique de Rosendael (CPR)
 - Centre de soin « la Tonnelle »
 - Passerelle/Appartements thérapeutiques « Mathéis »
 - HDJ
 - CMP de Dunkerque 59G01 et de Rosendael 59G03
 - 59G02 :
 - Centre de soin « le Nombre d'Or »
 - CMP de Dunkerque 59G02

- 59G04 :
 - Centre de soin « Jean-Baptiste Pussin »
 - CMP de Gravelines et de Grande Synthe 59G04
- Multi-secteurs :
 - Urgences psychiatriques du CHD
 - Centre d'Accueil, de Régulation et D'Orientation (CARDO)

Structures sociales communales :

- Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) :
 - Dunkerque centre
 - Petite Synthe - Jeu de Mail
 - Malo – Rosendael
 - St Pol
- Ville de Dunkerque :
 - Police
 - Services ASLL

Structures sociales associatives :

- Association d'Action Educative (AAE) :
 - CHRS Le Relais
 - Pension de famille Le Grément
 - Résidence Habitat Jeune Blootland
 - Hébergement d'urgence ALT
- Adoma :
 - CADA Saint Pol sur Mer
 - CADA Leffrinckoucke
 - Locatif La Battellerie
 - Résidence sociale Pierre Delaporte

- Afeji :
 - CHRS Jean Masset
 - CADA PETITE SYNTHE
- Areli :
 - Foyers travailleurs demandeurs d'asile
 - Résidence de logements temporaires Ailys
- Soliha :
 - SAU Mimosa Myosotis
 - CHRS Thérèse Caulier
 - FLIU
 - Pension de famille Henri Loorius
 - Centre maternel Les Moussillons
- Association Intercommunale Pour l'Intégration (AIP)
- Armée du Salut
- Association Louise Michel : CHRS Louise Michel
- Association Visa : CHRS Rénaitre
- Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD)
- Estaminet du cœur
- Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)
- Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) : Coordination Accueil Orientation (CAO) Flandres
- SOLidarité Femme Accueil (SOLFA)

Etude Observationnelle du rôle de l'EMPP du dunkerquois dans l'accès au soin de droit commun psychiatrique

1 Matériel et méthode

1.1 Design de l'étude

Cette étude est épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique. L'objectif principal est d'analyser les données d'activité de l'EMPP du dunkerquois sur 2 ans, en comparant les usagers orientés vers le soin de droit commun psychiatrique à ceux non orientés vers le soin de droit commun psychiatrique. L'objectif secondaire de l'étude est de décrire les caractéristiques socio-démographiques, diagnostiques et d'accompagnement de cette population.

Les données de notre cohorte sont initialement recensées pour PIRAMIG (Pilotage des Rapports d'Activité des Missions d'Intérêt Général), plateforme web permettant de collecter, d'analyser et de comparer les rapports d'activité des missions d'intérêt général. Ce dispositif mis en place par les ARS permet d'évaluer la pertinence de la dotation allouée aux établissements et de permettre le cas échéant de redimensionner de manière plus équitable les financements. Les données récoltées et les indicateurs de benchmark sont alors accessibles aux directions d'établissement, aux ARS, aux agences et administrations nationales en fonction des thématiques (DGOS, DGS, ANSM...).

Nous avons relevé toutes les demandes d'intervention de l'EMPP sur la période allant du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2020. Nous avons inclus les usagers dont la demande d'intervention a abouti à une intervention.

Nous avons exclus les usagers :

- Sans indication d'accompagnement, après débriefing téléphonique avec les partenaires, sans rencontre avec l'utilisateur.
- Ayant quittés le dunkerquois pendant l'accompagnement.
- Perdus de vue.
- Décédés.
- Concernés par une activité de « serre-paluche » uniquement.

Les données sociodémographiques des usagers accompagnés sont collectées systématiquement dès le début de l'accompagnement par la fiche de demande d'intervention unique à disposition des partenaires et des membres de l'EMPP (*Annexe 1*). En cas de nouvelle sollicitation de l'EMPP ultérieure à une clôture d'accompagnement, une nouvelle fiche de demande d'intervention est réalisée.

La fiche d'information comprend :

- le sexe.
- l'âge au début de l'accompagnement.
- la situation familiale.
- la couverture sociale.
- le pays d'origine.
- la modalité d'hébergement.
- l'origine de la demande d'intervention.

Concernant le codage des diagnostics posés, est utilisée la 10^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Les dossiers médicaux des usagers sont complétés par les membres de l'EMPP au cours de l'accompagnement et ces données concernent :

- la nécessité de la présence d'un interprète.
- Le bassin de population (secteurs psychiatriques : 59G01, G02, G03, G04 et I01).
- le diagnostic en F, troubles mentaux et du comportement.
- le diagnostic en Z, facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.
- le nombre de consultations par un membre de l'EMPP.
- la durée de l'accompagnement.
- l'orientation :
 - usager orienté vers le soin de droit commun psychiatrique :
 - au moins 2 consultations en Centre Médico-Psychologique (CMP).
 - au moins un séjour en Hospitalisation Temps Complet (HTC).
 - usagé non orienté vers le soin de droit commun psychiatrique :
 - Evaluation sans indication d'accompagnement, nombre de consultations [1 ; 2].
 - Fin d'accompagnement suite à une intervention aiguë, ne relevant pas d'un relais vers une structure de droit commun psychiatrique, nombre de consultations]2 ; 5].
 - Fin d'accompagnement suite à un accompagnement sans relais vers une structure de droit commun psychiatrique, nombre de consultations]5 ; ∞[.
 - Accompagnement en cours.
 - Fin d'accompagnement suite à un refus de soins de l'utilisateur malgré une indication de relais vers une structure de droit commun psychiatrique.
 - Fin d'accompagnement suite à un relais vers une structure de droit commun non psychiatrique : médecine générale, addictologie, neurologie.

Les demandes non orientées vers le droit commun psychiatrique sont réparties en 5 catégories selon le motif de non orientation vers le droit commun psychiatrique et le nombre de consultations. Nous distinguons la psychiatrie des autres spécialités médicales car les structures sont administrativement séparées sur le littoral dunkerquois. Les usagers sont toutefois accompagnés vers ces structures de soin dédiées.

Le critère de jugement principal est la présence d'une orientation vers le soin de droit commun psychiatrique à l'issue de l'accompagnement. Les données socio-démographiques et d'accompagnement des usagers par l'EMPP ont été recueillies afin de répondre à l'objectif secondaire de l'étude.

Au total, nous avons 477 demandes (*Flowchart*). Nous avons inclus 421 demandes et exclus 56 demandes sur les critères suivants:

- Sans indication d'accompagnement : 27.
- Ayant quittés le dunkerquois: 6.
- Perdus de vue : 5.
- Décédés : 4.
- « serre-paluche » : 14.

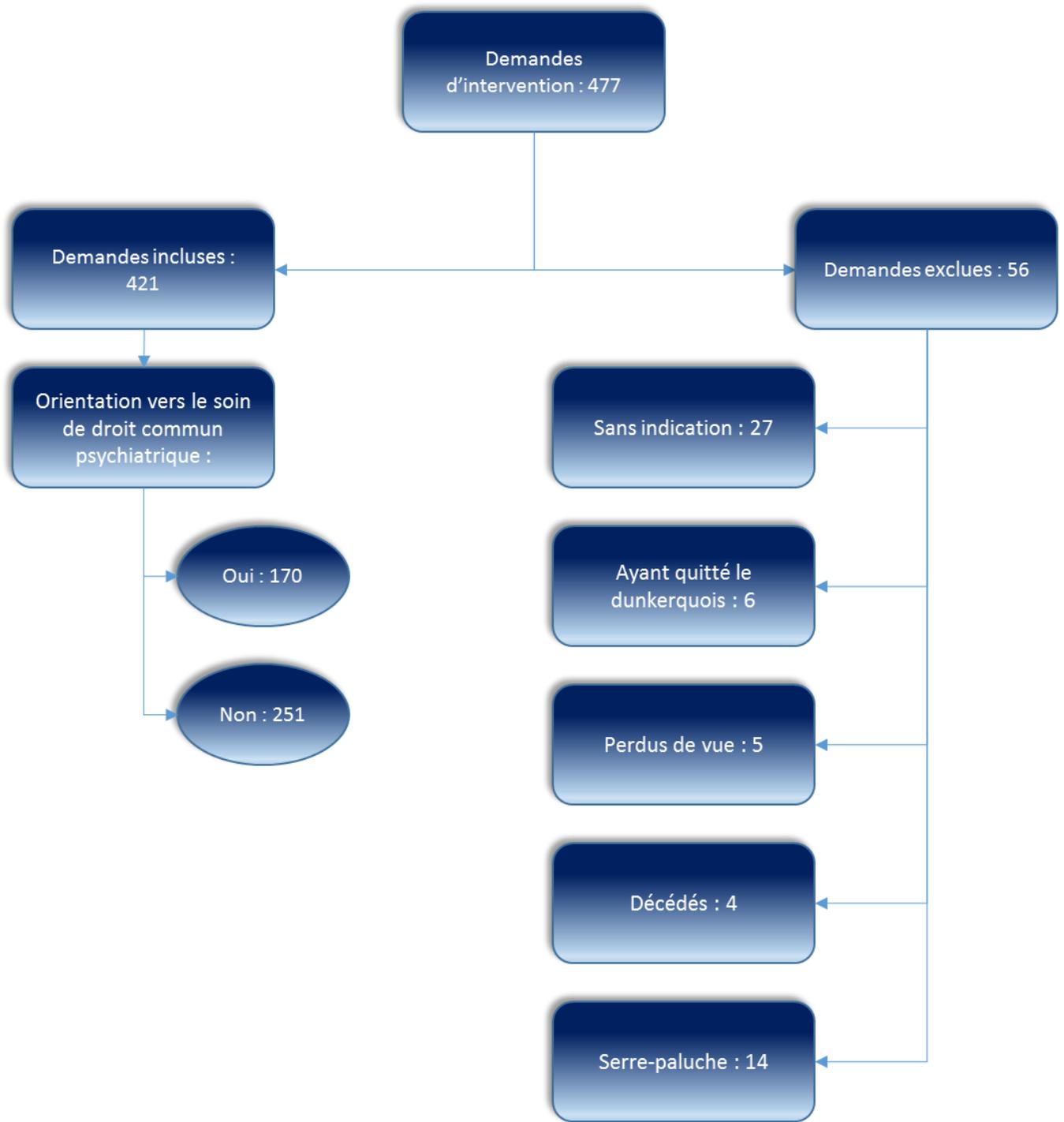


Figure 15: Flowchart.

1.2 Analyse statistique

Nous avons utilisé la 10^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) pour le codage des diagnostics des usagers inclus.

Nous avons réalisé les analyses statistiques à l'aide des logiciels Excel, R et R studio version 3.4.2. Tout d'abord, nous avons réalisé des analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types, et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages. Ensuite, nous avons réalisé des analyses bivariées afin de comparer les usagers répartis selon les critères décrits. Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher, lorsque les effectifs théoriques sont strictement inférieurs à 5. Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student, lorsque les groupes sont supérieurs ou égaux à 30 individus par groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales ; ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon, lorsque les groupes sont strictement inférieur à 30 individus par groupe ou que les échantillons ne répondent pas aux critères. Les résultats sont significatifs lorsque « p » est inférieur à 0.05. Enfin, nous avons réalisé une analyse de régression logistique multivariée.

1.3 Cadre réglementaire

Le protocole de notre étude est approuvé par le Délégué à la Protection des Données (DPO) du Groupement Hospitaliers de Territoire (GHT) de psychiatrie du Nord Pas-de-Calais et elle est référencée dans le registre des traitements de données à caractère personnel de l'EPSM des Flandres. Elle suit la méthodologie de référence MR-004 :

« La méthodologie de référence MR-004 encadre les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Il s'agit plus précisément des études ne répondant pas à la définition d'une recherche impliquant la personne humaine, en particulier les études portant sur la réutilisation de données. La recherche doit présenter un caractère d'intérêt public. Le responsable de

traitement s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche. » [79].

Un affichage a été réalisé dans les structures partenaires afin d'informer les usagers de la réalisation de l'étude et des moyens à leur disposition pour émettre leur opposition ou formuler leurs interrogations.

2 Résultats

Les 421 demandes incluses comprennent 395 premières demandes et 26 nouvelles sollicitations après une fin d'accompagnement, quelle que soit l'orientation antérieure.

2.1 Profil socio-démographique

Profil des usagers	
Sexe, n (%)	
Femme	154 (36.6)
Homme	267 (63.4)
Age au début de l'accompagnement, m (sd)	
Cohorte entière	37.8 (14.0)
Demandeurs d'asile	31.7 (10.3)
Situation familiale, n (%)	
Célibataire	240 (57.0)
Concubinage	18 (4.3)
Divorcé(e)	20 (4.8)
Inconnu	86 (20.4)
Marié(e)	33 (7.8)
Séparé(e)	16 (3.8)
Veuf(ve)	8 (1.9)
Couverture sociale, n (%)	
Régime général	33 (7.8)
CMU	171 (40.6)
AME	6 (1.4)
En cours	9 (2.1)
données manquantes	202 (47.7)
Pays d'origine, n (%)	
France	275 (65.3)
Europe	21 (5.0)
Afrique du Nord	20 (4.8)
Afrique de l'Ouest	49 (11.6)
Afrique de l'Est	9 (2.1)
Afrique Centrale	11 (2.6)
Amérique du Nord	1 (0.2)
Amérique centrale	1 (0.2)
Asie	13 (3.1)
Moyen orient	15 (3.6)
Modalité d'hébergement, n (%)	
Bidonville/Squat/Caravane	13 (3.1)
Famille/Ami	14 (3.3)
Organisme/Association	191 (45.4)
Personnel	42 (10.0)
Rue/Hébergement urgence	95 (22.6)
Autre	19 (4.5)
données manquantes	47 (11.2)
Origine de la demande d'orientation, n (%)	
Partenaires médico-sociaux	25 (5.9)
Partenaires sanitaires psychiatriques	9 (2.1)
Partenaires sanitaires somatiques	17 (4.0)
Services sociaux	16 (3.8)
Structures d'accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile	90 (21.4)
Structures et associations sociales d'insertion	251 (59.6)
EMPP elle-même	7 (1.7)
Autre	6 (1.4)

Table 1 : profils socio-démographiques.

La population étudiée comprend une majorité d'hommes. L'âge moyen au début de l'accompagnement est de 37.8 ans (sd 14.0) pour l'ensemble de la cohorte, et de 31.7 ans (sd 10.3) pour les demandeurs d'asile. On relève une importante immigration, avec 34.7% d'utilisateurs n'étant pas originaires de France. Une majorité des utilisateurs est hébergée par des organismes ou associations et une majorité des demandes d'intervention provient des structures et associations sociales d'insertion (Table1).

2.2 Données d'accompagnement

Données d'accompagnement	
Présence d'un interprète, n (%)	
Oui	8 (1.9)
Non	413 (98.1)
Secteur de rattachement, n (%)	
G01	97 (23.0)
G02	124 (29.5)
G03	152 (36.1)
G04	45 (10.7)
I01	3 (0.7)
Nombre de consultations EMPP, m (sd)	
	6.2 (8.2)
Orientation vers le soin de droit commun psychiatrique, n (%)	
Oui	170 (40.4)
Non	251 (59.6)
Orientation, n (%)	
Evaluation	50 (11.9)
Intervention aiguë	50 (11.9)
Accompagnement en cours	73 (17.3)
Accompagnement équivalent à un suivi de secteur	29 (6.9)
Refus de soins de l'utilisateur	40 (9.5)
Relai vers une structure de droit commun non psychiatrique	9 (2.1)
CMP	163 (38.7)
HTC	7 (1.7)
Durée de suivi en jours, m (sd)	
	145.5 (159.3)
Diagnostics en F, n (%)	
Troubles anxieux	212 (50.4)
Troubles liés à l'usage d'une substance	66 (15.7)
Troubles psychotiques	54 (12.8)
Troubles de la personnalité	37 (8.8)
Troubles de l'humeur	32 (7.6)
Autre	20 (4.8)
Diagnostics en Z, n (%)	
Difficultés liées au logement et aux conditions économiques	92 (21.9)
Difficultés liées à l'environnement social	20 (4.8)
Difficultés liées à la perte de relation affective pendant l'enfance	1 (0.2)
Difficultés liées à l'entourage immédiat	8 (1.9)
Difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales	41 (9.7)
Demandeurs d'asile	104 (24.7)
Pas de diagnostic Z identifié	155 (36.8)

Table 2 : données d'accompagnement.

La durée moyenne d'accompagnement est de 145.5 jours, avec en moyenne 6.2 consultations par un membre de l'EMPP. On ne montre pas de différence significative de durée d'accompagnement selon le diagnostic établi. Concernant la barrière de la langue, un interprète a été présent lors des entretiens pour 1.9% des demandes.

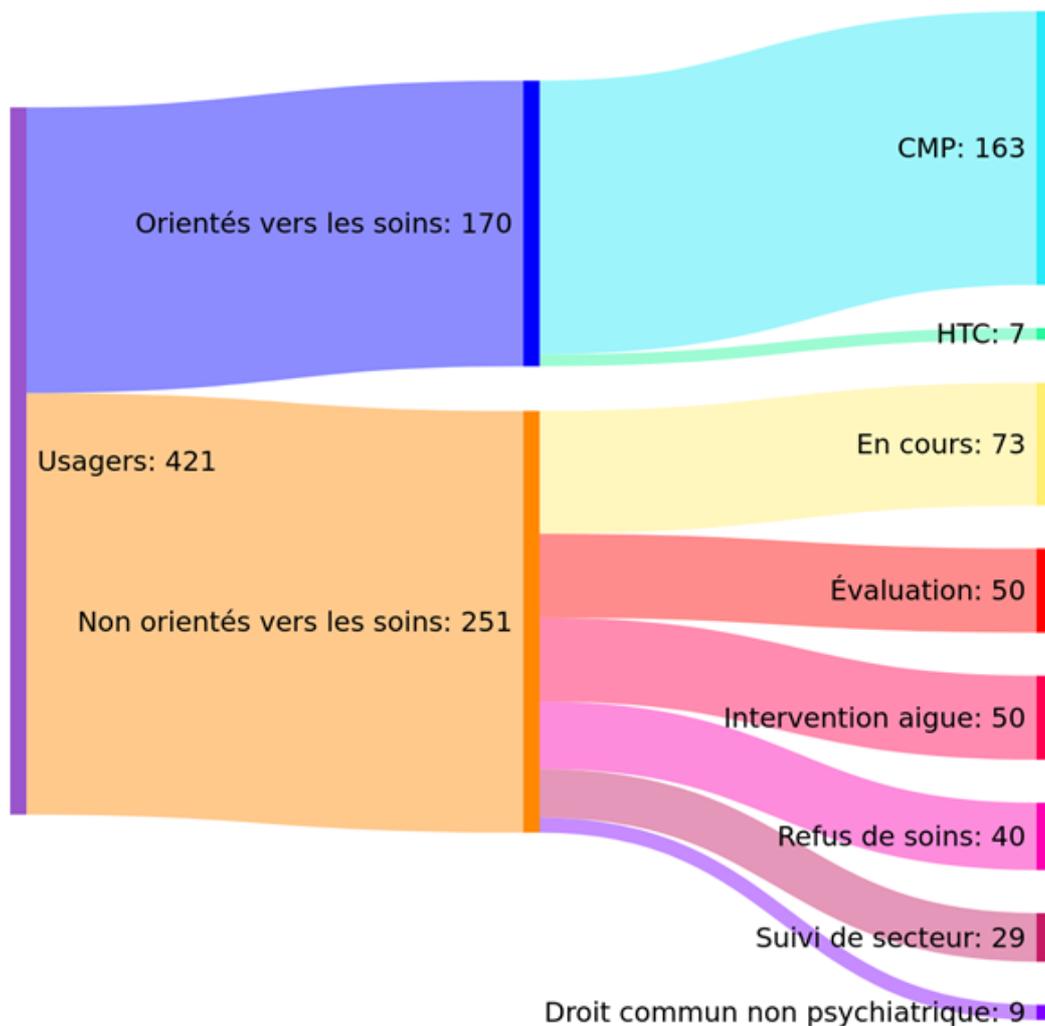


Figure 16 : Diagramme de Sankey.

Concernant l'orientation, 40.4% des demandes ont abouti à un relais vers le soin de droit commun psychiatrique, comprenant 38.8% en CMP et 1.7% en HTC ; 59.6% des demandes n'ont pas abouti à un relais vers le soin de droit commun psychiatrique, comprenant 11.9% d'évaluations, 11.9% d'interventions aiguës, 6.9% d'accompagnements équivalents à un suivi de secteur, 9.5% de refus de soin de l'utilisateur, 2.1% d'orientations vers une structure de droit commun non psychiatrique ; et enfin 17.3% d'accompagnement en cours (Table 2).

2.3 Comparaison entre les 2 groupes

Comparaison des groupes			
	Orientation vers le soin de droit commun psychiatrique N = 170	Non orientation vers le soin de droit commun psychiatrique N = 251	p
Sexe , n (%)			0.07
Homme	99 (58.2)	168 (66.9)	
Femme	71 (41.8)	83 (33.1)	
Age , m (sd)	34.8 (12.4)	39.9 (14.7)	< 0.001*
Modalité d'hébergement , n (%)			0.268
Bidonville/Squat/Caravane	5 (3.3)	8 (3.6)	
Famille/Ami	6 (3.9)	8 (3.6)	
Organisme/Association	88 (57.5)	103 (46.6)	
Personnel	11 (7.2)	31 (14.0)	
Rue/Hébergement urgence	36 (23.5)	59 (26.7)	
Autre	7 (4.6)	12 (5.4)	
Secteur de rattachement , n (%)			0.736
G01	39 (22.9)	58 (23.1)	
G02	53 (31.2)	71 (28.3)	
G03	62 (36.5)	90 (35.9)	
G04	16 (9.4)	29 (11.6)	
G06	0 (0.0)	1 (0.4)	
I01	0 (0.0)	2 (0.8)	
Durée de l'accompagnement , m (sd)	130.1 (148.8)	160.3 (167.9)	0.117
Nombre de consultation EMPP, m (sd)	6.4 (7.5)	6.1 (8.7)	0.1
Diagnostics en F, n (%)			0.037*
Troubles anxieux	85 (50.0)	127 (50.6)	
Troubles liés à l'usage d'une substance	19 (11.2)	47 (18.7)	
Troubles psychotiques	25 (14.7)	29 (11.6)	
Troubles de personnalité	15 (8.8)	22 (8.8)	
Troubles de l'humeur	20 (11.8)	12 (4.8)	
Autre	6 (3.5)	14 (5.6)	
Diagnostics en Z, n (%)			< 0.001*
Difficultés liées au logement et aux conditions économiques	16 (16.0)	76 (44.7)	
Difficultés liées à l'environnement social	8 (8.0)	12 (7.1)	
Difficultés liées à la perte de relation affective pendant l'enfance	0 (0.0)	1 (0.6)	
Difficultés liées à l'entourage immédiat	1 (1.0)	7 (4.1)	
Difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales	20 (20.0)	21 (12.4)	
Demandeurs d'asile	53 (53.0)	51 (30.0)	

Table 3 : comparaison des groupes.

La comparaison entre les 2 groupes ne révèle pas de différence significative sur le sexe, la modalité d'hébergement, le secteur de rattachement, la durée de l'accompagnement et le nombre de consultations. En revanche, on retrouve une différence d'âge significative ($p < 0.001$), avec un âge moyen de 34.8 ans chez les usagers orientés vers le soin de droit commun psychiatrique contre 39.9 ans chez les usagers non orientés vers le soin de droit commun psychiatrique. On note que 53% des patients orientés vers le soin de droit commun psychiatrique sont demandeurs d'asile. On relève une différence significative ($p = 0.037$) sur le diagnostic en F : les usagers souffrant de troubles liés à l'usage d'une substance semblent majoritairement non orientés vers le soin de droit commun psychiatrique tandis que les usagers atteints de troubles psychotiques ou de l'humeur semblent davantage orientés vers

le soin de droit commun psychiatrique ; et une différence significative ($p < 0.001$) sur le diagnostic en Z, avec davantage de difficultés liées au logement et aux conditions économiques, et à l'entourage immédiat chez les usagers non orientés vers le soin de droit commun psychiatrique (Table 3).

2.4 Régression linéaire

Regression linéaire			
Caractéristiques	OR	CI 95%	p
Sexe			
Homme	ref	ref	-
Femme	1.62	[0.99 - 2.66]	0.053
Age au moment de la prise en charge	0.97	[0.95 - 0.99]	0.002*
Type d'hébergement			
Logement personnel	ref	ref	-
Organisme/Association	1.20	[0.49 - 3.04]	0.7
Bidonville/Squat/Caravane	1.09	[0.24 - 4.70]	> 0.9
Famille/Ami	0.83	[0.19 - 3.52]	0.8
Rue/Hébergement d'urgence	1.40	[0.56 - 3.64]	0.5
Autre	0.91	[0.23 - 3.45]	0.9
Famille de diagnostics en F			
Autres diagnostics	ref	ref	-
Troubles anxieux	1.39	[0.43 - 4.94]	0.6
Troubles de l'humeur	7.16	[1.78 - 32.5]	0.007*
Troubles de la personnalité	1.62	[0.43 - 6.66]	0.5
Troubles liés à l'usage de substances	1.51	[0.42 - 5.95]	0.5
Troubles psychotiques	3.06	[0.87 - 12.0]	0.092
Famille de diagnostics en Z			
Aucun	ref	ref	-
Demandeurs d'asile	1.22	[0.61 - 2.47]	0.6
Difficultés liées à la perte de relation affective pendant l'enfance	0.00	-	> 0.9
Difficultés liées à d'autres situations psychosociales	1.75	[0.77 - 4.05]	0.2
Difficultés liées à l'entourage immédiat	0.13	[0.01 - 0.83]	0.07
Difficultés liées à l'environnement social	0.75	[0.25 - 2.13]	0.6
Difficultés liées au logement et aux conditions économiques	0.26	[0.12 - 0.53]	< 0.001*
Autre	0.49	[0.02 - 5.99]	0.6

Table 4 : régression linéaire.

Nous nous sommes intéressés aux variables qui, toutes choses étant égales par ailleurs, avaient une influence significative sur l'orientation vers les soins de droit commun psychiatrique.

Concernant l'âge au début de l'accompagnement, une année supplémentaire diminue la probabilité d'être orienté vers les soins de droit commun psychiatrique, OR=0.97 [0.95 – 0.99] ($p < 0.001$), toutes choses étant égales par ailleurs.

Concernant les diagnostics, le diagnostic en F « troubles de l'humeur » augmente significativement la probabilité d'être orienté vers les soins de droit commun psychiatrique, OR=7.16 [1.78 - 32.5] ($p=0.007$), par rapport à la modalité de référence, à savoir les autres diagnostics. Le diagnostic en Z « difficultés liées au logement et aux conditions économiques » diminue significativement la probabilité d'être orienté vers les soins de droit commun psychiatriques, OR=0.26 [0.12 - 0.53] ($p < 0.001$), par rapport à la modalité de référence, à savoir aucun diagnostic en Z (*Table 4*).

3 Discussion

3.1 Discussion des résultats

Devant les problématiques de barrière de la langue avec les usagers immigrés, l'EMPP a eu recours en 2020 aux services d'un interprète, pratiquant le kurde irakien, l'arabe littéraire et l'anglais. Il a été présent lors des entretiens pour 1.9% des demandes sur la période étudiée. Cette valeur ne représente pas les nombreuses situations où des solutions de traduction, comme les applications de traduction sur téléphone ou les compétences personnelles des équipes partenaires, ont pallié aux difficultés de compréhension.

L'étude montre une différence d'âge significative entre les patients orientés vers le soin de droit commun psychiatrique et ceux ne l'étant pas. D'une part, la moyenne d'âge des demandeurs d'asile de notre cohorte s'élève à 31.7 ans, sachant qu'en France, selon le rapport d'activité de l'OFPRA en 2019 [80], la moyenne d'âge des demandeurs d'asile est de 30.7 ans. D'autre part, 53% des usagers orientés vers le soin de droit commun psychiatrique sont demandeurs d'asile. Cela peut en partie expliquer la différence d'âge entre les 2 groupes.

Concernant l'orientation selon les diagnostics, les usagers souffrant de troubles psychotiques et de troubles de l'humeur sont davantage orientés vers le soin de droit commun psychiatrique tandis que les usagers consommateurs de substance sont majoritairement non orientés vers le soin de droit commun psychiatrique.

Comme mentionné précédemment, les services de psychiatrie et d'addictologie sont administrativement séparés sur le littoral dunkerquois. Les usagers consommateurs de substance toutefois sont accompagnés vers les structures dédiées.

Concernant le secteur de rattachement, on remarque des proportions différentes entre les 4 secteurs de psychiatrie adulte du littoral dunkerquois. Cela peut s'expliquer par une répartition des CADA et des CHRS inégale, en effet, certains secteurs en sont dépourvus. Par ailleurs, la distribution arbitraire des SDF selon la date de naissance ne prend pas en compte le potentiel éloignement géographique des CMP et les difficultés des usagers à s'y rendre. De plus, ces lieux n'ont pas la flexibilité de l'EMPP, ce qui représente un autre écueil au relais.

L'activité de l'EMPP n'est pas étendue aux mineurs. Toutefois, faute de structure adaptée, les enfants des usagers accompagnés sont orientés si nécessaire vers le soin de droit commun psychiatrique et adressées au secteur de pédopsychiatrie du littoral dunkerquois de l'EPSM des Flandres. Cela représente 0.7% des demandes.

En 2011, le Dr A. MARQUES présente 3 modalités d'accompagnement par les EMPP [73], selon différents critères : interlocuteur principal, nature des interventions effectuées, objectif et durée d'accompagnement. Nous pouvons les mettre en parallèle avec l'activité de l'EMPP du dunkerquois :

L'expertise : en lien avec les partenaires, qui estime la nécessité de soins psychiatriques chez l'utilisateur, dans une intervention brève axée sur l'évaluation et l'orientation. Cela correspond à notre activité d'évaluation, sur une ou deux consultations, et d'intervention aigue, jusqu'à cinq consultations au total, ne relevant pas d'un relais vers une structure de droit commun psychiatrique ; soit 23.8% des demandes.

La passerelle : centrée sur l'utilisateur, qui facilite l'accès aux soins psychiatriques de droit commun à court ou moyen terme, en prenant plusieurs semaines voire mois à établir le lien avec l'utilisateur puis à le mobiliser dans la démarche d'un relais vers le secteur. Cela correspond à notre activité aboutissant à une orientation soit vers le soin de droit commun psychiatrique, majoritairement vers le CMP, soit vers une structure de droit commun non psychiatrique ; soit 42.5% des demandes.

La prise en charge à part entière : d'une durée étendue, qui traite alors la pathologie identifiée lors de l'évaluation lorsque les démarches vers un relais sur le secteur n'aboutissent pas. Cela correspond à nos accompagnements en cours et nos accompagnements clôturés sans relais vers une structure de droit commun psychiatrique, avec un nombre de consultations supérieur à cinq, où nous avons donc réalisé un travail équivalent à celui réalisé par les structures de psychiatrie de secteur ; soit 24.2% des demandes.

Restent enfin les usagers dont l'accompagnement s'est arrêté suite à un refus de soins, alors qu'un relais vers une structure adaptée était indiqué ; soit 9.5% des demandes. Cela représente le véritable échec de l'accompagnement réalisé.

3.2 Limites

En France, le fonctionnement des EMPP est hétérogène de par leur organisation, modèle d'intervention, population rencontrée. La comparaison et l'évaluation objective de ces dispositifs est difficile. Les résultats de cette étude monocentrique ne sont pas extrapolables.

Nous avons une quantité de données manquantes issues des dossiers médicaux non négligeable, notamment concernant la couverture sociale, la situation familiale et la modalité d'hébergement.

L'activité de l'EMPP a été marquée par la crise sanitaire du COVID-19 en 2020 avec une suspension des accompagnements durant le 1^{er} confinement. De plus, la crise économique engendrée a accru le nombre de personnes en situation de précarité.

3.3 Contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID-19

La crise sanitaire liée à la pandémie de virus COVID-19 qui a débuté en janvier 2020 en France a renforcé les inégalités sociales déjà présentes sur le territoire français. De nouvelles disparités sociales sont venues se greffer sur les populations vulnérables : conditions de vie déplorables dans les structures collectives ou la promiscuité de la rue, état de santé dégradé, renforcement de l'isolement, réduction voire disparition des activités des associations du fait

du confinement... Ces facteurs de risque ont majoré l'exposition et la propagation du virus et ont renforcé la précarité sociale de ces individus vulnérables pour lesquels l'enjeu d'accompagnement social et la continuité des soins est vital.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a mené une étude sur le sujet à partir de mars 2020 et invite à la vigilance : « *La littérature internationale invite, pour les travaux à venir, à porter une attention particulière aux conséquences pour les personnes isolées, âgées, les enfants et les personnes ayant des troubles psychiatriques préexistants, ainsi que pour les personnes dont les conditions de vie sont les plus précaires et se sont le plus dégradées.* » [81].

D'autre part, l'aspect économique s'ajoute à l'aspect sanitaire de la crise, et menace d'accroître le nombre de personnes en situation de précarité dans les années à venir.

3.4 Perspectives

Ces 2 années de recueil de données représentent le début de l'activité de l'EMPP et donc la mise en place du réseau de partenaires. En 2021, des améliorations du service proposé se mettent en place. D'une part, l'activité s'étend aux usagers ayant des logements précaires selon l'échelle ETHOS [4]. D'autre part, l'EMPP peut désormais faire appel à l'association « ISM Interprétariat » qui propose des prestations orales en présentiel, visioconférence ou téléphone. Concernant l'orientation vers le soin de droit commun non psychiatrique relevant de la médecine générale, l'EMPP est en lien avec la « Maison de Santé Pluriprofessionnelle du Kruysbellaert » afin d'établir un nouveau partenariat et de pouvoir y adresser les usagers.

Conclusion

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à l'EMPP du dunkerquois et à ses actions envers ces populations spécifiques, pour mettre en évidence leurs caractéristiques, les diagnostics rencontrés et les différences lors de l'orientation vers le soin de droit commun. Selon J-L. DUBREUCQ, 2 à 15% des personnes présentant un trouble psychiatrique se retrouvent sans domicile [32]. La création des EMPP a permis de véritablement améliorer leur prise en charge psychiatrique. Ce sont parfois les seuls dispositifs de soin à pouvoir approcher ces patients et à les faire entrer dans une démarche de soin, grâce à leur fonctionnement plus souple et plus adapté.

Selon le Dr A. MERCUEL, « *Quand on passe beaucoup de temps et d'intérêt à s'occuper d'une personne, il est bien évident qu'un lien fort se met en place et ce lien, cette rencontre significative, comme la définissait la psychothérapie institutionnelle, est la condition du soin. C'est donc déjà un soin que nous sommes en train de mettre en place. Quand celui-ci est bien instauré, se pose la question de l'orientation vers le dispositif de droit commun, mais comment faire alors pour que cette orientation ne soit pas considérée comme un nouvel abandon, le "transfert du transfert" est, en effet, bien difficile à mettre en place.* » [82]. Le relais vers les soins impliquerait donc bien un accompagnement physique, notamment au CMP. Il ne s'agit pas seulement de transmettre un lieu et une date, mais de convaincre l'utilisateur, de susciter l'intérêt de la nouvelle équipe et de rester disponible pour réintervenir si nécessaire. Malgré les liens réalisés avec les partenaires sanitaires, le taux d'accompagnements soldés par un refus de soin ou une prise en charge au long cours par l'EMPP est non négligeable. La configuration actuelle des soins en psychiatrie semble être un écueil à l'accès au soin de nombreux précaires. La question de la création d'un équivalent de CMP dédié spécifiquement au soin de cette population, et non à l'orientation comme l'EMPP, se soulève.

Liste des tables

Table 1 : profils socio-démographiques.	81
Table 2 : données d'accompagnement.	82
Table 3 : comparaison des groupes.....	84
Table 4 : régression linéaire.	85

Liste des figures

Figure 1 : Typologie ETHOS, [4].	21
Figure 2 : Typologie des trajectoires d'hébergement un mois donné, [21].	22
Figure 3 : 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, [29].	28
Figure 4 : Violences subies au cours de la vie en fonction des troubles chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, [29].	28
Figure 5 : Violences subies au cours des douze derniers mois en fonction des troubles psychiatriques chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, [29].	29
Figure 6 : Prévalences des troubles psychiatriques et des addictions dans les études de GUESDON et ROELAND (1998), KOVESS et MANGIN-LAZARUS (1999) et FAZEL (2009), [29].	31
Figure 7 : Dépôt de la demande d'asile, [50].	40
Figure 8 : Hébergement dans l'attente de la réponse de l'OFPPA, [50].	44
Figure 9 : Répartition des CADA en France métropolitaine en 2021, [52].	45
Figure 10 : Réponse de l'OFPPA, [50].	48
Figure 11 : Les suites de la décision de l'OFPPA, [50].	49
Figure 12 : Les suite de la décision de la CNDA, [50].	50
Figure 13 : Conditions nécessaires au soin, [26].	58
Figure 14 : EMPP du Nord Pas-de-Calais en 2015, [3].	67
Figure 15: Flowchart.	78
Figure 16 : Diagramme de Sankey.	83

Références

- [1] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. n.d.
- [2] Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Bull Off N°2006-1 Annonce N°69 n.d.
- [3] Baux M. Diversité des équipes mobiles psychiatrie précarité du Nord-Pas-de-Calais en 2015 2014:130.
- [4] ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement n.d. <https://www.feantsa.org/fr/resource/toolkit/2012/07/12/ethos-typologie-europeenne-de-l-exclusion-liee-au-logement>.
- [5] Lenoir R. Les exclus. Editions du Seuil. 1974.
- [6] Gros-Jean C, Padiou C. Les exclus. Rev Aff Soc 1995.
- [7] Castel R. L'exclusion définir pour en finir 2004.
- [8] Castel R. Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat. Fayart 1995;1:21–39. <https://doi.org/10.3917/vsoc.131.0021>.
- [9] Paugam S. La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté. Presses Universitaires de France; 1994.
- [10] Parquet PJ. Rapport Parquet : souffrance psychique et exclusion sociale. 2003.
- [11] Schnapper D. Intégration et exclusion dans les sociétés modernes, in l'exclusion, L'état des savoirs, La découverte. 1996.
- [12] Furtos J. Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs. Elsevier Masson. 2008.
- [13] Valtriani P. Un concept de pauvreté disjonctif. Press Univ Grenoble 1993;XLVI:151–4.

- [14] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République Française. 1987;Rapport numéro 6:113.
- [15] Cingolani P. La précarité. vol. 2e éd. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2006.
- [16] Brodriez-Dolino A. Le concept de vulnérabilité. Vie Idées 2016.
- [17] P. P. Vexliard Alexandre. — Le clochard. Étude de psychologie sociale. Population 1958;13:154–154.
- [18] L'enquête sans-domicile 2001 | Insee n.d. <https://www.insee.fr/fr/information/2579262>.
- [19] Gelberg L, Linn LS, Usatine RP, Smith MH. Health, homelessness, and poverty. A study of clinic users. Arch Intern Med 1990;150:2325–30.
- [20] Richer S, Meryglod N. Données épidémiologiques psychiatriques concernant les sans domicile ; ed. par Jean FURTOS. Clin Précarité n.d.:pp 260-277.
- [21] Damon J. Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union Européenne. Rapport au Ministre du Logement. 2009.
- [22] DAMON J. Zéro SDF : un objectif souhaitable et atteignable. Droit Social. 2008.
- [23] Gaboriau P, Terrolle D. Ethnologie des sans-abris - Etude d'une forme de domination sociale. Paris: L'Harmattan; 2003.
- [24] Pichon P. La manche, une activité routinière. Manières de faire. Ann Rech Urbaine 1992;57:147–57. <https://doi.org/10.3406/aru.1992.1709>.
- [25] Jamouille P. Drogues de rue. Récits et styles de vie. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2000.
- [26] Chauvin P, Girard V, Estecahandy P. La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen 2009.
- [27] Minkowski E. Le temps vécu : Études phénoménologiques et psychopathologiques. Quadrige; n.d.
- [28] Wright JD. Review of Reckoning with Homelessness, Kim Hopper. Soc Serv Rev 2003;77:635–7. <https://doi.org/10.1086/381348>.

- [29] Laporte A, Chauvin P. Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France n.d.:228.
- [30] Koegel P, Burnam MA. Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1011–8. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800350045007>.
- [31] Händlhuber H. *Après la Rue*. Ed Presque Lune 2009.
- [32] Dubreucq J-L. Santé mentale des sans-abri : faut-il intervenir davantage ? *pv* 2008;8:0–0. <https://doi.org/10.7202/018663ar>.
- [33] McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Med J Aust* 2009;190:S7. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02366.x>.
- [34] Maisondieu J. L'exclusion : un processus mortel. *Etudes Sur Mort* 2002;no 122:85–91.
- [35] Emmanuelli X. "Le corps des exclus ", entretien conduit par P. Bouretz et M. Tsikounas. *Sociétés et représentations*. 1996.
- [36] Versini D. *La survie n'est pas la vie*. Paris: Calmann-Lévy; 1998.
- [37] Henry P, Borde MP. *La Vie pour rien*. Paris: Laffont; 1997.
- [38] Collectif *Les morts de la rue. Mortalité des personnes sans-domicile : dénombrer et décrire* 2019.
- [39] Conseil constitutionnel. *Constitution du 24 juin 1793* n.d.
- [40] Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 - *Légifrance* n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>.
- [41] *Texte intégral de la Constitution du 4 octobre 1958 en vigueur | Conseil constitutionnel*.
- [42] *LOI n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile (1)*. 2015.
- [43] *LOI n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France (1)*. 2016.
- [44] Article L.711-1 du CESEDA Articles 6 et 7 du statut du HCR. *Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés*, art. 1er A, § 2 Alinéa 4 du Préambule de la Constitution de 1946.

- [45] Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. convention et protocole relatifs au statut des réfugiés ; Résolution N°2198 (XXI) adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies 1967.
- [46] l'Intérieur M de. Règlement (UE) n ° 603/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relatif à la création d'Eurodac pour la comparaison des emprein... n.d.
- [47] Règlement (UE) n ° 603/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relatif à la création d'Eurodac pour la comparaison des empreintes digitales aux fins de l'application efficace du règlement (UE) n ° 604/2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride et relatif aux demandes de comparaison avec les données d'Eurodac présentées par les autorités répressives des États membres et Europol à des fins répressives, et modifiant le règlement (UE) n ° 1077/2011 portant création d'une agence européenne pour la gestion opérationnelle des systèmes d'information à grande échelle au sein de l'espace de liberté, de sécurité et de justice. vol. 180. 2013.
- [48] Article L.313-11 - Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance n.d.
- [49] HCDH | Convention relative au statut des apatrides n.d. <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/StatelessPersons.aspx>.
- [50] Tout comprendre au parcours du combattant d'un migrant demandeur d'asile. L'Obs n.d. <https://www.nouvelobs.com/societe/20150610.OBS0530/tout-comprendre-au-parcours-du-combattant-d-un-migrant-demandeur-d-asile.html>.
- [51] Article L221-1 - Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000030954316/.
- [52] responsable national asile. Dispositif d'accueil des demandeurs d'asile : état des lieux 2021. La Cimade 2021.
- [53] Section 4 : Allocation pour demandeur d'asile (Articles L744-9 à L744-10) - Légifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000030952365/>.

- [54] Compte rendu du Conseil des ministres du 21 février 2018. Gouvernement.fr n.d.
<https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2018-02-21/immigration-maitrisee-et-droit-d-asile-effectif>.
- [55] Section 1 : Dispositions relatives aux bénéficiaires (Articles L160-1 à L160-7) - Légifrance
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000031668675.
- [56] Décret n° 2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie. 2017.
- [57] Journal officiel de la République française - N° 300 loi de financement de la sécurité sociale 2019;Article 46.
- [58] Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2010;168:639.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.07.011>.
- [59] Critères diagnostiques du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015) pour le trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10) 2015.
- [60] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 n.d.
- [61] Ministère de la Santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 n.d.
- [62] HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009.
- [63] Chauvin P, Parizot I. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Editions Inserm; 2005.
- [64] Veil S. Discours d'introduction. (1995) Plan Santé Ville-Réseaux de santé proximité, rapport de synthèse. Direction Générale de la Santé. Comité Français d'Education pour la Santé.; 1995.
- [65] Schlienger I. Parcours de soin à la PASS de l'Hôtel-Dieu. Lyon 2006.

- [66] L'Extermination douce. La Cause des fous 40000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux sous Vichy. VST - Vie Soc Trait 2001;no 69:45–7.
- [67] Petitjean F, Leguay D. Sectorisation psychiatrique : évolution et perspectives. EM-Consulte n.d.
- [68] Ministère de la santé publique et de la population. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de de lutte contre les maladies mentales. 1960.
- [69] Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale - APHP DAJDP n.d. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-14-mars-1990-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sante-mentale/> (accessed April 18, 2021).
- [70] Stroman DF. The disability rights movement: from deinstitutionalization to self-determination. Lanham, Md.: University Press of America; 2003.
- [71] Coldefy M, Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Quest Déconomie Santé* 2009;145.
- [72] Gilbert A. La continuité des soins psychiatriques en sortie d'hospitalisation pour les personnes en situation de grande précarité. État des lieux dans l'agglomération toulousaine. 2014.
- [73] Marques A. Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité. *Sociographe* 2013;n° 42:67–77.
- [74] Emmanuelli X. « Aller vers » les grands exclus : la création du Samu social. *Rhizome* 2018;N° 68:5–5.
- [75] Mercuel A. « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » ! *Rhizome* 2018;68:3–4. <https://doi.org/10.3917/rhiz.068.0003>.
- [76] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Bureau des établissements de santé. *Statistique annuelle des établissements de santé 2020*. n.d.
- [77] LOI n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté (1). 2017.
- [78] DGOS. Précarité : accès aux soins. Ministère Solidar Santé n.d.

- [79] CNIL. MR 04 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé. Délibération n° 2018-155 2018.
- [80] Admin F. La demande de protection en France - Rapport d'activité 2019 de l'Ofpra. Fr Terre Asile n.d. <https://www.france-terre-asile.org/actualites/actualites-choisies/la-demande-d-asile-en-france-en-2019-rapport-d-activite-de-l-ofpra>.
- [81] Dubost C-L (DREES/OSAM/BESP). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 n.d.:40.
- [82] Arveiller J-P, Mercuel A. Santé mentale et précarité. Libr Lavoisier 2011.

Annexe : Formulaire de demande d'intervention EMPP



DEMANDE D'INTERVENTION
L'ALINEA
Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

A envoyer par mail : lalinea.empp@epsm-des-flandres.com – Tél : 03.59.11.80.05

Date de la demande :

DEMANDE D'INTERVENTION FORMULEE PAR :

.....
 Tél : Mail :

PERSONNE CONCERNEE :

Nom : Nom de jeune fille :
 Prénom : Alias :
 Date et lieu de naissance : Nationalité : Sexe : F M
 Langue maternelle : Langue parlée :
 Adresse/ lieu de vie :
 N° de téléphone :

Situation familiale	Couverture sociale	Hébergement	Ressources
Célibataire	Régime général	Personnel	CDD/CDI
Concubinage	CMU	Famille/ami	ASSEDIC
Marié	AME	Organisme/association	RSA
Séparé	Inconnu	Bidonville/squat/caravane	AAH
Divorcé	ALD	rue/hébergement urgence	Invalidité
Veuf	en cours	autre	Retraite
Inconnu	Tuteur	non renseigné	Sans
Nbre d'enfants	Curateur		Autre

MOTIF DE LA DEMANDE :

.....

La personne est-elle prévenue ? : Oui Non

LIEUX et DATES DE RENCONTRE POSSIBLE :

<u>Lieu</u>	<u>Date</u>

DEMANDE D'INTERVENTION
Précaire logé

Date de la demande :

DEMANDE D'INTERVENTION FORMULEE PAR :Tél : Mail :

PERSONNE CONCERNEE :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date et lieu de naissance :

Nationalité : Sexe : F M

Adresse/ N° de téléphone

Situation familiale	Couverture sociale	Hébergement	Ressources
Célibataire	Régime général	Personnel	CDD/CDI
Concubinage	CMU	Famille/ami	ASSEDIC
Marié	AME	Organisme/association	RSA
Séparé	Inconnu	Bidonville/squat/caravane	AAH
Divorcé	ALD	rue/hébergement urgence	Invalidité
Veuf	en cours	autre	Retraite
Inconnu	Tuteur	non renseigné	Sans
Nbre d'enfants	Curateur		Autre

DEMARCHE DE SOIN ENTREPRISE :

.....

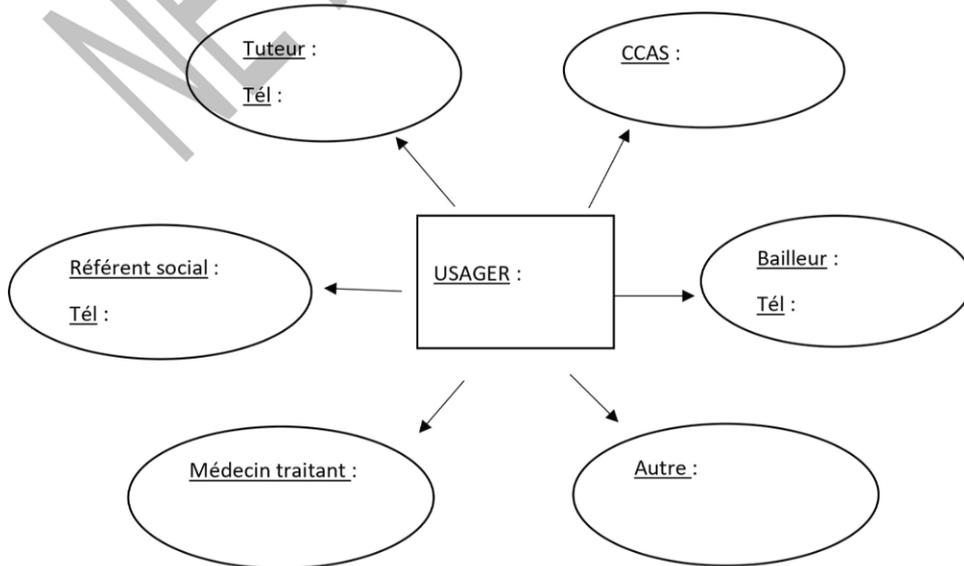
MOTIF DE LA DEMANDE :

.....

HISTORIQUE DE LA SITUATION :

.....

PARTENAIRE RESSOURCE :



AUTEUR : Nom : LEFEBRE

Prénom : Oriane

Date de soutenance : 20/05/2022

Titre de la thèse : De l'usager malade du réseau précarité au patient de droit commun : Analyse de l'activité des 2 premières années de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité du dunkerquois.

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : *psychiatrie*

DES + FST/option : *psychiatrie*

Mots-clés : équipe mobile psychiatrie précarité, psychiatrie, précarité, demandeurs d'asile, partenariat, réseau de soins.

Contexte : Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont des dispositifs d'intervention à destination des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Leur but est de faciliter l'accès à cette population spécifique aux soins de droit commun en santé mentale. Complémentaires aux dispositifs de secteur, elles agissent de manière par des dynamiques « d'aller vers ». Cette étude se focalise sur « l'Alinéa », l'EMPP du dunkerquois, agglomération de Flandres maritime, afin d'en étudier l'activité et d'identifier les caractéristique des usagers dont la prise en charge aboutis à un relai relevant du droit commun psychiatrique.

Méthode : Cette étude est épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique. Elle a pour objectif principal d'analyser les données de l'activité de l'EMPP du dunkerquois sur 2 ans, en comparant les usagers orientés vers le soin de droit commun psychiatrique à ceux non orientés vers le soin de droit commun psychiatrique. L'objectif secondaire de l'étude est de décrire les caractéristiques socio-démographiques, diagnostiques et d'accompagnement de cette population. Nous avons relevé toutes les demandes d'intervention de l'EMPP sur la période allant du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2020. Nous avons inclus les usagers dont la demande d'intervention a abouti à une intervention.

Résultats : Les 421 demandes incluses comprennent 395 premières demandes et 26 nouvelles sollicitations après une fin d'accompagnement, quelle que soit l'orientation antérieure. Nous avons pu pour mettre en évidence les caractéristiques, les diagnostics rencontrés et les différences lors de l'orientation vers le soin de droit commun psychiatrique de ces populations spécifiques. La création des EMPP a permis de véritablement améliorer leur prise en charge psychiatrique. Ce sont parfois les seuls dispositifs de soin à pouvoir approcher ces patients et à les faire entrer dans une démarche de soin, grâce à leur fonctionnement plus souple et plus adapté.

Conclusion : Malgré les liens réalisés avec les partenaires sanitaires, le taux d'accompagnements soldés par un refus de soin ou une prise en charge au long cours par l'EMPP est non négligeable. La configuration actuelle des soins en psychiatrie semble être un écueil à l'accès au soin de nombreux précaires. La question de la création d'un équivalent de CMP dédié spécifiquement au soin de cette population, et non à l'orientation comme l'EMPP, se soulève.

Composition du Jury :

Président : Pr VAIVA Guillaume

Assesseurs : Dr DEFFENSE Lucile et Dr COURTECUISSÉ Antoine

Directeur de thèse : Dr DEFFENSE Lucile