

Faculté de santé publique

Les antipsychotiques injectables de seconde génération dans le traitement des patients sans-abri schizophrènes : utilisation et barrières

Mémoire réalisé par
Elisabeth DEMANET

Promoteur
Vincent LORANT

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Les antipsychotiques injectables de seconde génération dans le traitement des patients sans-abri schizophrènes : utilisation et barrières

Mémoire réalisé par
Elisabeth DEMANET

Promoteur
Vincent LORANT

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

A l'issue de ce travail de fin d'études, je tiens véritablement à partager ma gratitude et ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont permis d'aboutir à la réalisation de ce dernier. Je tiens particulièrement à remercier mon promoteur, Monsieur Vincent Lorant pour le temps qu'il m'a consacré malgré un agenda déjà bien rempli, pour ses conseils qui ont contribué à l'amélioration de ce travail ainsi que pour l'organisation de séminaire sur le mémoire.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professeurs donnant cours en santé publique qui m'ont transmis des savoirs et m'ont permis de développer un sens critique et d'acquérir certaines connaissances profitables dans la réalisation de ce travail ainsi que pour mon avenir professionnel.

Un immense merci aux autres personnes qui par leurs savoirs et leur disponibilité, m'ont apporté leur soutien. Je n'oublie pas non plus toutes celles que j'ai contactées dans le cadre de ce travail, qui m'ont reçue, ont répondu à mes questions et expliqué leur métier.

Je remercie également mon mari et mon fils ainsi que mes proches, ma famille et mes amis qui me soutiennent depuis le début de mes études et qui croient en ma réussite. Je les remercie pour leur présence et leurs encouragements dans les moments plus difficiles afin de garder confiance jusqu'au bout.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Résumé

NOM et PRENOM : DEMANET Elisabeth

Titre : Les antipsychotiques injectables de seconde génération dans le traitement des patients sans-abri schizophrènes : utilisation et barrières

Promoteur : Pr Vincent Lorient

Contenu : Dans un premier temps, le phénomène du sans-abrisme est décrit, aussi bien en ce qui concerne la définition du sans-abrisme que son évolution, les caractéristiques des personnes sans-abri, les facteurs qui le provoquent et ses effets, notamment sur la santé mentale. Partant du constat que la santé mentale des personnes sans-abri est moins bonne que la population générale, le présent mémoire s'attarde ensuite sur un état des lieux des traitements et des structures mises en place pour les personnes sans-abri présentant des troubles mentaux, et se conclut avec une typologie des barrières empêchant la mise en place d'un traitement efficace. L'analyse de ces barrières mène à la question de recherche qui s'interroge sur les causes de l'absence de prescriptions appropriées pour les personnes sans-abri schizophrènes.

Méthode : La méthode utilisée est une méthode quantitative, qui consiste à interroger des médecins et des psychiatres traitant des personnes sans-abri schizophrènes afin d'avoir un aperçu de leur pratique par rapport à ces patients. Le questionnaire a été envoyé par e-mails à ces soignants, et est structuré en trois parties : la première vise à cerner plus précisément les caractéristiques des répondants, la deuxième porte sur les traitements qu'ils appliquent et la troisième porte sur les barrières et les facilitateurs concernant la mise en place d'un traitement.

Résultats : Le faible taux de réponse à certaines questions empêche de tirer des enseignements définitifs des réponses données. Toutefois, il ressort notamment du questionnaire que les soignants souffrent partiellement d'un déficit d'informations concernant les traitements les plus appropriés pour les personnes sans-abri et concernant la possibilité pour eux d'initier un traitement. Les principales barrières identifiées du côté du patient sont le coût pour le patient, la perte d'autonomie et la douleur. Du côté du soignant, les facteurs qui reviennent le plus souvent sont la charge de travail, le coût pour le patient et les connaissances du soignant.

Mots-clés : sans-abrisme – santé mentale – schizophrénie – traitement - antipsychotique injectable

Table des matières

Remerciements	4
Le plagiat	5
Résumé	6
Liste des abréviations	9
Table des figures.....	10
Table des tableaux.....	10
I. Problématique	11
II. Revue de la littérature	14
A. Les personnes sans-abri	14
1. Définitions	14
2. Épidémiologie	17
a. Nombre de personnes sans abri.....	17
i. En Europe et dans le Monde	17
ii. En Belgique.....	19
b. Évolution du nombre de personnes sans abri.....	20
i. En Europe et dans le monde.....	20
ii. En Belgique.....	21
c. Caractéristiques des personnes sans-abri.....	22
i. Au niveau européen.....	22
ii. En Belgique.....	24
iii. Au Samusocial.....	26
3. Facteurs de risque du sans-abrisme.....	31
4. Impact du sans-abrisme sur les personnes sans-abri et sur la société.....	32
B. La santé mentale des personnes sans-abri.....	34
1. Etat des lieux des problèmes de santé mentale chez les personnes sans-abri.....	34
a. Faits : risque accru de problèmes de santé mentale	34
b. Typologie.....	36
c. Causes des troubles mentaux chez les personnes sans-abri.....	36
d. Schizophrénie.....	38
2. Le système de soins de santé mentale pour les personnes sans-abri.....	39
a. Utilisation des soins de santé mentale chez les sans-abri.....	39
b. Organisation des soins.....	40
c. Modalités de prise en charge des sans-abri	41
d. Approche comparative	42
3. Obstacles à la prise en charge des personnes sans-abri présentant un problème de santé mentale.....	44
a. Obstacles liés à l'organisation des soins de santé	45
i. Difficulté de prendre en charge la comorbidité.....	45
ii. Complexité du système de soins.....	45
b. Obstacles liés aux soignants.....	45
c. Obstacles liés aux personnes sans-abri.....	46
i. Problème d'information et problème financier.....	46
ii. Non-compliance.....	46
4. Une manière d'améliorer la compliance des personnes sans-abri : les antipsychotiques injectables à longue durée.....	47
III. Question de recherche.....	49
IV. Partie recherche	50
A. Méthodologie	50

1.	Choix de la méthode	50
2.	Choix du terrain	50
3.	Choix des outils pour la récolte de données.....	51
a.	Orientations générales	51
b.	Choix des caractéristiques de l'échantillon.....	51
c.	Choix des questions liées aux pratiques actuelles en termes de traitement.....	52
d.	Justification des questions en lien avec les barrières et les facilitateurs à la mise en place d'un traitement.....	52
4.	Construction de l'échantillon.....	53
5.	Méthode d'analyse	53
6.	Forces et faiblesses de la méthode.....	53
B.	Résultats	55
1.	Caractéristiques des participants.....	55
2.	Traitement prescrit	56
3.	Initiation du traitement chez les personnes schizophrènes	57
4.	Poursuite du traitement antipsychotique injectable chez les personnes schizophrènes sans-abri ...	58
5.	Facteurs liés au patient dans la mise en place d'un traitement.....	59
a.	Le coût pour le patient.....	60
b.	La perte d'autonomie	60
c.	La douleur	61
d.	La confiance dans le soignant	61
e.	La préférence du patient.....	61
f.	Les connaissances du patient.....	61
6.	Facteurs liés au soignant dans la mise en place d'un traitement	62
g.	La charge de travail associée au traitement.....	63
h.	Le coût du traitement	63
i.	Les connaissances du soignant.....	63
j.	L'identification des patients.....	63
k.	Les bonnes pratiques.....	64
l.	Les autres observations des répondants	64
i.	En lien avec les barrières	64
ii.	En lien avec les facilitateurs.....	65
C.	Discussion	66
1.	Résultats principaux.....	66
a.	Au niveau des soignants	66
i.	Répartition du travail entre les psychiatres et les médecins généralistes.....	66
ii.	Taux de prescription des injections d'antipsychotiques.....	67
iii.	Communications entre soignants	69
iv.	Accessibilité	69
b.	Au niveau des patients.....	70
i.	Les coûts.....	70
ii.	La perte d'autonomie.....	70
iii.	La compliance	71
2.	Limites.....	71
V.	Conclusion générale	73
VI.	Bibliographie	75

Liste des abréviations

AMU : Aide **M**édicale d'**U**rgence
ASBL : Association Sans **B**ut **L**ucratif
CE : Communauté **E**uropéenne
CPAS : Centre **P**ublic d'**A**ction **S**ociale
DS: **D**éviati**S**ion **S**tandard
ETHOS: European Typology on **H**Omeless**S** and housing exclusion
FEANTSA : **F**édération **E**uropéenne des **A**ssociations **N**ationales **T**ravaillant avec les **S**ans-
Abri
HIV : **H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus
INSEE : Institut **N**ational de la **S**tatistique et des **É**tudes **É**conomiques
LAI : **L**ong-Acting **I**njection
M.B: **M**oniteur **B**elge
MENA : **M**ineur **É**tranger **N**on **A**ccompagné
MEO : **M**ise **E**n **O**bservation
MG : **M**édecin **G**énéraliste
NICE : **N**ational **I**nstitute for health and **C**are **E**xcellence
ORL : **O**to-**R**hino-**L**aryngologie
QALY : **Q**uality-**A**ddjusted **L**ife **Y**ear
SPSS : **S**tatistical **P**ackage for **S**ocial **S**ciences
UE :**U**nion **E**uropéenne

Table des figures

Figure 1: Typologie ETHOS de l'exclusion sociale liée au logement, version adaptée au contexte bruxellois	16
Figure 2: Répartition des personnes dénombrées en Région de Bruxelles-Capitale le 5 novembre 2018 par situation de vie	19
Figure 3: Évolution du nombre de personnes sans-abri recensées à Bruxelles-Capitale	21
Figure 4 : Répartition des séjours selon le sexe en 2010-2014	25
Figure 5 Pyramide des âges des hébergés du Samusocial 2018	27
Figure 6 Répartition des nationalités des personnes hébergées au Samusocial en 2018	28
Figure 7 Composition de ménage des personnes hébergées au Samusocial en 2018	28
Figure 8 Répartition du public selon l'année de la première sollicitation	29
Figure 9 Pathologies rencontrées chez les personnes hébergées au Samusocial en 2018.....	30
Figure 10 Prévalence des pathologies chroniques chez les personnes sans-abri	34
Figure 11 Initiation et poursuite du traitement par les médecins généralistes.....	58
Figure 12 Barrières liés aux patients	59
Figure 14 Barrières liés aux médecins.....	62

Table des tableaux

Tableau 1 Taux de personnes sans-abri dans certains pays de l'UE.....	18
Tableau 2 Données sur le sans-abrisme dans certains pays de l'UE	20
Tableau 3 Pathologies chez les sans-abri et dans la population générale.....	24
Tableau 4 Caractéristiques de l'échantillon (n = 39).....	56
Tableau 5 Distribution des barrières liées aux patients vu par les soignants concernant l'utilisation d'antipsychotiques injectables (n= 39)	60
Tableau 6 Distribution des barrières liées aux soignants concernant l'utilisation d'antipsychotiques injectables (n=39)	62

I. Problématique

Dans le cadre de mon option community mental health, j'ai eu l'occasion de réaliser un stage d'observation au Samusocial de Bruxelles. Cette asbl offre notamment des hébergements d'urgence pour les personnes sans-abri.

Aujourd'hui, le sans-abrisme est un phénomène fréquent. Ce phénomène résulte d'interactions complexes, comme la diminution de logements disponibles adaptés aux salaires, le chômage, ou des vulnérabilités individuelles (l'isolement, la toxicomanie, l'alcoolisme,...).

C'est dans les centres d'hébergement que j'ai eu l'occasion de suivre différents professionnels. Les personnes sans-abri hébergées au Samusocial ne sont pas là en premier lieu pour se soigner, mais pour pouvoir bénéficier d'un toit. Cependant, outre le gîte et un couvert, les personnes hébergées peuvent également bénéficier de l'accompagnement d'un assistant social et/ou d'un infirmier. Par le passé, la possibilité de rencontrer un psychologue était également offerte.

Actuellement, il n'y a plus de psychologue au Samusocial. Cela est lié à la réorganisation des soins de santé mentale en Belgique, la réforme 107. Le budget alloué aux psychologues a été transféré pour financer la cellule 107 précarité. Les travailleurs peuvent faire la demande pour avoir un suivi via cette cellule. Cependant, les personnes ne peuvent pas être vue de manière urgente.

Suite à mes deux semaines d'observation, j'ai ainsi fortement remarqué le fait que les professionnels se sentaient impuissants par rapport à la prise en charge de la santé mentale du public accueilli. En effet, le public sans-abri est un public qui présente un haut taux de trouble de santé mentale comparé à la population générale. Les personnes vivant à la rue sont plus à risque de présenter des troubles mentaux graves ainsi que des dépendances à des substances (drogue, alcool,...) (Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008). Une personne sur trois vivant à la rue présente au moins un trouble psychiatrique sévère (troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles graves de l'humeur). En outre, la moitié d'entre elles consomment au moins une substance psychoactive (Laporte et al., 2018). Cependant, comme il sera expliqué plus loin dans ce travail, il est difficile d'avoir des chiffres exacts sur ce public. Il se peut donc qu'ils ne prennent pas en compte toutes les personnes sans-abri et plus particulièrement ceux qui sont en refus de soins, d'approches,... On peut également se demander si la méthodologie comprend uniquement des personnes pour lesquels il y a un diagnostic établi par un médecin ou si elle prend également en compte également les observations faites par les travailleurs psycho-médico-sociaux.

De plus, ce public est souvent en refus de soins. Cependant, que ce soit les infirmiers ou les assistants sociaux, il est pour eux difficile de gérer la détresse de certains et les décompensations d'autres. Le système de soins belges n'est pas adapté pour les personnes sans-abri. Il est constaté que, d'une part, ce public utilise davantage les services d'urgence, qu'il est plus régulièrement hospitalisé et ce pour de plus longues durées que la population générale (Russolillo, Moniruzzaman, Parpouchi, Currie, & Somers, 2016). Cette surconsommation des

soins de seconde ligne et des services de soins spécialisés, occasionne un surcoût pour la société. De fait, plus les soins sont spécialisés, plus leur coût est élevé. Cette utilisation du système de soins de santé par les personnes sans-abri pourrait s'expliquer notamment par des obstacles à l'accès aux services ambulatoires et aux services de première ligne (Kerman, Sylvestre, Aubry, & Distasio, 2018). Or, l'intégration des soins de santé primaires pour les personnes sans-abri améliore le diagnostic et le traitement de leurs maladies chroniques (Jego, Abcaya, Stefan, Calvet-Montredon, & Gentile, 2018).

Différentes situations m'ont interpellés. D'une part, la difficulté d'orienter les personnes demandeuses de soins vers un psychologue ou vers un psychiatre. Cette difficulté était liée au fait que soit la personne n'avait pas d'accès aux soins du fait de sa situation administrative, et de la difficulté de trouver des soignants acceptant des patients avec une couverture AMU (aide médicale d'urgence).

Une autre situation qui m'a interpellée est le nombre de mises en observation (MEO) des personnes sans-abri. En effet, il arrive régulièrement qu'elles soient passées par ce type de soins. Le suivi mis en place suite à une MEO m'a énormément questionné. Ainsi, je me suis rendue compte que la prise en charge des patients dépend du « bon vouloir » des travailleurs présents.

J'ai pu lors de mon stage assister à une sortie d'hospitalisation suite à une MEO. La personne elle-même s'est présentée devant la porte d'un centre et ce afin d'avoir une place. Or, lors des sorties d'hospitalisation, le service social de l'hôpital doit en principe contacter le service médical du Samusocial. Celui-ci demande d'avoir le rapport d'hospitalisation comprenant au minimum le motif d'hospitalisation, la fiche de traitement ainsi que le suivi post-hospitalisation. Des renseignements sont également pris sur l'accès aux soins ainsi que sur les revenus de la personne dans le but de s'assurer qu'elle n'a pas d'autres solutions que de venir au Samusocial. Enfin, une réserve de médicaments pour 48h et des prescriptions sont également demandées.

Dans la situation mentionnée ci-dessus, la personne sortie de MEO n'avait rien de ce qui est habituellement demandé. De plus, il y avait une barrière linguistique, il était donc difficile de communiquer. Le service médical a dû décomposer toute la situation de la personne afin de comprendre ce qui s'était passé, appeler les différents hôpitaux pour savoir où la personne était précédemment hospitalisée, récupérer son dossier médical ainsi que sa fiche de traitement. Il s'est avéré que cette personne n'était pas en ordre d'aide médicale urgente. Un rendez-vous médical a dû être pris pour obtenir une attestation pour ouvrir une aide médicale urgente ainsi que l'ouverture du dossier auprès du CPAS.

Pour que la personne obtienne son accès aux soins, j'ai appris par l'infirmière qu'il faudrait un délai d'au moins d'un mois. C'était donc le Samusocial qui, s'il voulait que la personne suive son traitement, devait avancer les médicaments. Lorsque j'ai interrogé le service médical pour savoir si cela se passait habituellement comme cela, j'ai obtenu comme réponse que cela dépendait... Il arrive que la sortie soit préparée, que le Samusocial soit invité à une concertation

avec les différents acteurs qui sont autour de la personne mais il arrive également que la situation se reproduise.

Ce qui me laisse perplexe dans cette situation est d'une part le fait que la continuité des soins n'est pas prise en considération comme un indicateur essentiel pour la sortie. Cela va avoir de nombreuses répercussions : celles déjà citées ci-dessus mais également, le risque de décompensation, la non-compliance, le risque de réhospitalisation, voire de nouvelle mise en observation. Or, on sait à quel point une mise en observation est traumatisante pour la personne elle-même, et encore plus lorsqu'il ne s'agit pas de la première.

De plus, les recherches démontrent que les personnes sans-abri présentant des troubles de santé mentale ont un faible taux d'adhérence à leurs traitements antipsychotiques. Cela pourrait s'expliquer par des facteurs internes, comme la consommation de substances, l'errance, la perte de repères ; et par des facteurs externes comme le système des soins de santé, le coût des médicaments,... La non-adhérence peut avoir des répercussions importantes sur l'état de santé de la personne en errance, et sur sa consommation de soins. Cependant, il existerait des facteurs modifiables afin de faire évoluer cette non-adhérence. Un passage par une hospitalisation en psychiatrie ainsi qu'un traitement sous forme d'injection à longue action favoriseraient l'adhérence au traitement et l'amélioration de l'état de santé (Rezansoff, Moniruzzaman, Fazel, Procyshyn, & Somers, 2016).

La continuité des soins des personnes sans-abri, qui demande une gestion complexe, peut également être améliorée par une sensibilisation active, un soutien individuel, des prises en charge pluridisciplinaires et une meilleure collaboration entre les acteurs médicaux et sociaux (Jego et al., 2018).

De plus, la morbidité psychiatrique continue à augmenter. Or il a été prouvé que des soins de santé adaptés aux personnes sans-abri pourraient la réduire et également diminuer le sans-abrisme (Fazel et al., 2008).

La prise en charge de la santé des personnes sans-abri, et par conséquent leur santé mentale, est donc une réelle problématique de santé publique. A la lecture de ce qui précède, on peut se demander comment il se fait que, malgré le résultat des études précitées, la prise en charge de la santé des personnes sans-abri ne s'améliore pas, alors que leur santé physique ou psychique continue à se dégrader au fil des jours passés en errance.

Les objectifs de ce mémoire sont d'une part de comprendre la prise en charge de la santé mentale des personnes sans-abri à Bruxelles et d'autre part d'explorer des pistes de prise en charge, utilisées à l'étranger et qui ont déjà prouvé leur efficacité pour améliorer la santé du public cible. Pour ce faire, une revue de la littérature sera réalisée. Elle sera divisée en différentes parties : la définition du concept de sans-abri, l'étude de la santé mentale des personnes sans-abri, leur compliance et le système de soins de santé mentale mis à leur disposition en Belgique et dans le monde. A la fin de cette revue de littérature, une question de recherche sera énoncée.

II. Revue de la littérature

A. Les personnes sans-abri

Comme le public cible du présent mémoire est les personnes sans-abri, il convient tout d'abord de définir cette notion et d'expliquer dans quel sens nous l'utilisons. Dans un deuxième temps, nous tenterons de quantifier le phénomène du sans-abrisme, principalement en Belgique, tout en situant le phénomène par rapport à d'autres pays de l'Union Européenne et du reste du monde. L'accent sera également mis sur l'évolution du nombre de personnes sans-abri qui augmente fortement au cours des dernières années.

Pour pouvoir proposer des pistes pour améliorer la prise en charge des personnes sans-abri, il est vital de bien connaître le public cible. C'est pourquoi nous préciserons les caractéristiques des personnes sans-abri, telles qu'elles ressortent de diverses recherches menées à l'échelle de la Belgique et de l'Europe. Puis, nous examinerons les facteurs de risque du sans-abrisme, et nous conclurons ce chapitre par son impact sur les personnes qui le subissent et sur la société.

1. Définitions

Définir le concept de sans-abrisme n'est pas une tâche aisée. Il en existe différentes définitions qui évoluent dans le temps en fonction des idéologies dominantes.

Par le passé, lorsque l'on parlait de personnes sans-abri, on visait en général la figure du marginal, considéré soit comme un délinquant soit comme un fou, quittant une prison ou une institution psychiatrique. De plus, le sans-abrisme était punissable pénalement.

Aujourd'hui, le terme « sans-abri » est de plus en plus utilisé, que ce soit en politique, ou dans les médias. Il fait référence à un ensemble de personnes au profil fort différent (lequel sera abordé dans les caractéristiques/causes du sans-abrisme). Le point commun entre toutes ces personnes est qu'elles vivent des situations problématiques par rapport au logement.

Le choix d'une définition du sans-abrisme n'est pas neutre. Il aura une influence sur le nombre de personnes considérées comme sans-abri mais également sur les politiques d'aide aux personnes ainsi que sur le budget alloué à cette population. Sa définition va donc impacter fortement les politiques, car plus la définition est englobante, plus les personnes dites « sans-abri » sont nombreuses.

Chaque pays a sa propre définition du sans-abrisme, qui ne fait pas nécessairement l'objet d'une définition légale. Malgré cette disparité, l'Union Européenne (UE) tente d'utiliser la définition de sans-abri émise par la fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) : une personne sans-abri est, une personne qui dort dans la rue ou une personne contrainte à vivre dans des logements temporaires, insalubres ou de piètre qualité (Commission Européenne; FEANTSA, 2005). Au niveau européen, c'est donc le logement qui

détermine la situation de la personne. Une typologie a été développée suite à cette définition. Il s'agit de l'European Typology of homelessness and housing exclusion (ETHOS), typologie européenne du sans-abri et de l'exclusion liée au logement, qui sera développée ci-dessous.

Le droit belge définit une personne sans-abri comme étant une «personne qui ne dispose pas de son logement, qui n'est pas en mesure de l'obtenir par ses propres moyens et qui n'a dès lors un lieu de résidence, ou qui réside temporairement dans une maison d'accueil en attendant qu'un logement soit mis à sa disposition (sic) » (SPP Intégration sociale, 2018). L'accent est donc exclusivement mis sur la privation du logement.

Cependant, d'autres définitions abordent également des critères d'exclusion sociale. Chaque niveau de pouvoir (fédéral, régional, communautaire) ainsi que les associations actives dans le secteur du sans-abrisme ont leur propre définition du sans-abrisme. Seul l'article 3 de l'Accord de coopération concernant le sans-abrisme et l'absence de chez-soi du 12 mai 2014, conclu entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions fait référence à l'ETHOS (Moniteur belge, 2014).

En Belgique, on utilise L'ETHOS pour catégoriser et dénombrer les personnes sans-abri. Cette typologie permet de distinguer treize formes de sans-abri différentes, regroupées en quatre catégories (FEANTSA, 2005) :

- Sans-abri (« roofless ») : on vise les personnes qui n'ont aucun logement et qui vivent dans la rue ou qui sont accueillies dans des centres d'hébergement d'urgence.
- Sans logement (« houseless ») : tout comme les sans-abri, ces personnes ne disposent d'aucun logement. Toutefois, elles bénéficient d'un hébergement plus pérenne que les sans-abri, par exemple un hébergement pour femmes, un hébergement pour migrants, ou encore un hébergement dans le cadre d'un plan d'accompagnement au logement.
- Logements insécurisés (« insecure ») : ces personnes bénéficient d'un logement précaire, mais sont à risque de se retrouver à la rue. Cette catégorie vise notamment les personnes qui vivent chez des amis ou des membres de la famille, les personnes qui n'ont pas de bail formel, qui sont menacées d'expulsion ou qui subissent des violences domestiques.
- Logements non-adéquats (« inadequate ») : cette dernière catégorie vise des logements pas nécessairement précaires, mais qui ne permettent pas de vivre dans des conditions dignes, tels que des logements surpeuplés ou des squats.

La nuance entre « roofless » et « houseless » étant faible, ces deux groupes sont souvent regroupés dans les données belges. Ce sont ces deux premières catégories qui nous intéresseront plus particulièrement dans le cadre de la présente recherche.

Catégories conceptuelles	Catégories opérationnelles	Situations de vie
Sans-abri	Personnes vivant en rue	Espaces publics intérieur (gares, stations) et extérieurs (parc, rue, ...)
	Personnes en hébergement d'urgence	Accueil de nuit, centres d'accueil d'urgence ou de crise et Plateforme Citoyenne
Sans logement	Personnes en foyer d'hébergement pour sans domicile	Maisons d'accueil
		Logement de transit avec accompagnement
	Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	Maisons d'accueil pour femmes et enfants
	Personnes en hébergement pour immigrants	Secteur de l'aide aux migrants et aux réfugiés
	Personnes sortant d'institutions	Institutions pénales
		Institutions médicales
		Quelques chiffres disponibles
	Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	Services d'accompagnement au logement
		Housing First
Logement précaire	<i>Personnes en habitat précaire</i>	Provisoirement hébergés chez des amis/ dans leur famille.
		Sans bail locatif formel (sous-location)
		Occupation illégale de terrain
		Pré- et post-enquête
	<i>Personnes menacées d'expulsion</i>	Chiffres non disponibles
	<i>Personnes menacées de violences domestiques</i>	Incidents enregistrés par la police
		Chiffres non disponibles
Logement inadéquat	Personnes vivant dans des structures provisoires / non-conventionnelles	Structures d'hébergement non-agrées
		Occupations négociées
		Communautés religieuses
	Personnes en logement indigne	Squats
		Sous-estimation du nombre réel
	<i>Surpeuplement sévère du logement</i>	Chiffres non disponibles

Figure 1: Typologie ETHOS de l'exclusion sociale liée au logement, version adaptée au contexte bruxellois

Les typologies sont utiles pour la mise en œuvre de politiques de logement et autres services adaptés aux besoins de chaque groupe.

La typologie ci-dessus présente des avantages et des inconvénients, mais elle permet néanmoins de clarifier le public que l'on vise lorsque l'on évoque les personnes sans-abri. Cependant, il

est à noter que la situation des personnes et que leur type de logement peuvent varier avec le temps. C'est ainsi que certaines personnes sont considérées pendant une semaine comme « roofless », puis pendant quatre jours comme « houseless », pour ensuite revenir vers la première catégorie. Nous pouvons cependant retenir qu'une personne sans-abri est une personne pauvre qui n'a pas les capacités financières d'avoir son propre logement.

Notons enfin que selon les études, le terme de « personnes en errance » ou de « personnes en itinérance » est privilégié au terme de « personnes sans-abri ». Nous privilégierons pour notre part, le terme de « personnes sans-abri ».

2. Épidémiologie

a. *Nombre de personnes sans abri*

Il est important d'avoir en mémoire que les études portant sur les sans-abri comptent souvent des échantillons de petite taille et sélectionnés, ce qui ne permet pas d'obtenir des résultats représentatifs. Cela s'explique notamment par le fait qu'il s'agit d'une population en transition et qui, faute de logement suffisant, est difficile à échantillonner et surveiller (Nielsen, Hjorthoj, Erlangsen, & Nordentoft, 2011).

i. En Europe et dans le Monde

Bien que la base de données d'Eurostat contienne certains indicateurs en lien avec le sans-abrisme, tels que la privation grave de logement, le surpeuplement ou l'accessibilité au logement, aucune des statistiques officielles de l'UE ne couvre directement le sans-abrisme (Bircan, Schockaert, & Nicaise, 2018).

A ce jour, il est malaisé de connaître le nombre exact de personnes sans-abri, que ce soit au niveau mondial, européen ou belge.

Aux États-Unis, on estime que la population sans-abri dépasse les 200 000 personnes et que 14 millions d'Américains ont au moins eu un épisode d'errance au cours de leur vie (Coldwell & Bender, 2007). En janvier 2012, un recensement a été réalisé également aux États-Unis. Celui-ci comptabilisait 633 782 personnes sans-abri, en baisse de 5,7% par rapport à la précédente étude menée cinq ans plus tôt (Solari, Cortes, Brown, Khadduri, & Culhane, 2013). On évalue également qu'il y a plus de 400 000 personnes sans-abri dans l'Union Européenne (Fazel, Geddes, & Kushel, 2014).

Chaque pays utilise sa propre méthode pour collecter ses données : enquête régulière, dénombrements,... avec des données personnalisées ou globales. Chaque pays décide également quelle personne il inclut dans la notion de sans-abri. De fait, la notion de sans-abri varie en fonction des politiques, de la culture,... Toutes ces particularités ne permettent donc pas d'avoir une vision exacte du nombre de personnes sans-abri. Cela implique que les chiffres ne peuvent être comparés entre eux au vu du nombre de manières de procéder. Ils permettent cependant d'étudier les tendances pour un même pays d'une année à l'autre.

Au niveau européen, il n'existe pas de données officielles sur le nombre de personnes sans-abri. Les dernières données d'Eurostat datent de 2011 et pour plus d'un tiers des pays, il est relevé qu'aucune personne sans-abri n'aurait été identifiée. Or, ces pays incluent notamment la Belgique, les Pays-Bas,... pays où l'on sait que le sans-abrisme n'est pas nul.

Tableau 1 Taux de personnes sans-abri dans certains pays de l'UE (Fondation Abbé Pierre & FEANTSA, 2018), (Busch-Geertsema, Benjaminsen, Filipović Hrast, & Pleace, 2014) et (FEANTSA, 2016).

	Méthode et public cible	Date	Nombre	Taux par 1000 habitants
Allemagne	Estimation des personnes sans-domicile (sur une année)	2016	860000 personnes	10,4
France	Étude du nombre de personnes qui ont fait une demande d'hébergement d'urgence dans 41 départements (sur 101) (sur un mois)	2017	20 845 personnes	0,25
Angleterre	Étude du nombre de personnes dormant à la rue ainsi que les ménages en hébergement provisoire (sur une nuit)	2017	82 921 personnes	1,26
Danemark	Étude du nombre de personnes sans domicile (sur une semaine)	2017	6 635 personnes	1,13
Pays-Bas	Étude du nombre de personnes accueillies par des services d'urgence (sur une année)	2016	60 120 personnes	3,53
Italie	Étude du nombre de personnes ayant demandé de l'aide à un service de base (sur un mois)	2014	50 724 personnes	0,58
République tchèque	Étude du nombre de personnes sans logement (sur une année)	2016	68 500 personnes	1,1

Un autre élément à prendre en compte lorsque l'on étudie le public sans-abri est la difficulté rencontrée lorsqu'il s'agit de les interroger. Les raisons expliquant pourquoi les groupes de personnes sans-domicile sont plus difficiles à interroger sont diverses. Ainsi, ces populations (ou membres de ces populations) sont difficiles à échantillonner, à identifier, à trouver, à contacter, à convaincre de participer ou à interroger (Demaerschalk et al., 2012-2017).

ii. En Belgique

En Belgique, il n'existe pas encore une méthodologie permettant de mesurer et de suivre le sans-abrisme sur le territoire belge. Ce fut l'objectif de la recherche Mehobel (measuring homelessness in Belgium), qui s'est clôturée en mars 2018 et dont les résultats ne sont pas encore publiés à ce jour. En région bruxelloise, c'est la Strada, centre d'appui au secteur d'aide aux sans-abri qui réalise un dénombrement des personnes sans-abri. Le dernier qui a eu lieu s'est déroulé le 5 novembre 2018, juste avant la période hivernale.

Le graphique ci-dessous est l'un des résultats du dernier dénombrement effectué par la Strada en région de Bruxelles-Capitale le 5 novembre 2018. Lors de ce dénombrement, 4187 personnes appartenaient à l'une des quatre grandes catégories d'ETHOS, à savoir le fait d'être sans-abri, sans logement, de disposer d'un logement inadéquat ou d'être hospitalisées. Il en ressort qu'une majorité de personnes sont des sans-abri au sens de la catégorie de l'ETHOS, c'est-à-dire des personnes qui dorment dans des espaces publics ou dans des hébergements d'urgence (en ce compris la plateforme citoyenne). Il est également observable que 1,6% des personnes sans-abri ont été recensées dans des hôpitaux. Cette proportion est deux fois plus élevée que la proportion de personnes hospitalisées dans la population générale (SPF Santé publique, 2016). Cela démontre la fragilité de la santé des personnes sans-abri. Notons que la catégorie « logement insécurisé » de l'ETHOS n'a pas été observée par la STRADA.

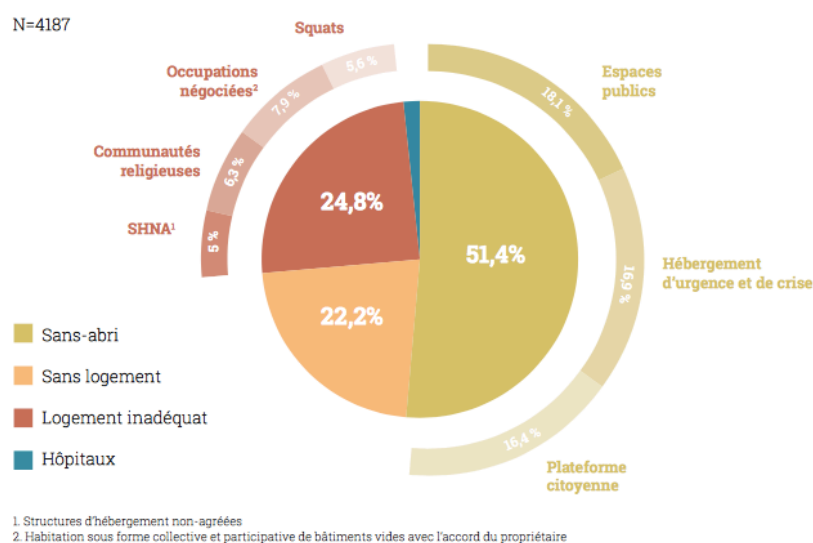


Figure 2: Répartition des personnes dénombrées en Région de Bruxelles-Capitale le 5 novembre 2018 par situation de vie (Strada, 2018)

Ces chiffres sont une indication de la situation d'un jour d'automne 2018 déterminé en Région de Bruxelles-Capitale. Ils ne permettent donc pas une vision exhaustive de la réalité en Belgique. En effet, il est difficile, voire impossible de comptabiliser l'entièreté des personnes sans-abri pendant une heure, une seule nuit. Il est donc clair que le nombre réel de personnes sans-abri est plus élevé que le nombre retenu par la Strada.

b. Évolution du nombre de personnes sans abri

i. En Europe et dans le monde

Le nombre de personnes sans-abri augmente d'année en année dans de nombreux pays européens. Cette augmentation est en partie causée par les changements socio-économiques, la crise économique, les processus de migration, la pénurie de logements et la désinstitutionalisation des soins (Busch-Geertsema, Benjaminsen, Filipovič Hrast, et al., 2014). Comme chaque pays au sein de l'Union Européenne utilise sa propre méthodologie et prend des périodes de référence différentes, les données reprises dans le tableau ci-dessous ne sont pas comparables ni exhaustives. Toutefois, la tendance à la hausse est unanime. Ainsi, le rapport de la Feantsa de 2018 révèle que le nombre de sans-abri a augmenté de 150% en Allemagne entre 2014 et 2016 pour atteindre le chiffre de 800.000 personnes (Fondation Abbé Pierre & FEANTSA, 2018).

Tableau 2 Données sur le sans-abrisme dans certains pays de l'UE (Fondation Abbé Pierre – Feantsa – 2018), (Busch-Geertsema, Benjaminsen, Filipovič Hrast, et al., 2014) et (FEANTSA, 2016)

État membre	Nombre de personnes recensées, définition et méthodologie	Période concernée	Évolution
Allemagne	860 000 personnes dont des réfugiés	Année 2016	Augmentation de 25 % (sans prise en compte des réfugiés) ou de 150% (avec prise en compte des réfugiés entre 2014 et 2016
Autriche	15 090 personnes sans-domicile	Année 2016	Augmentation de 32% entre 2008 et 2016
Espagne	Moyenne de 16 437 personnes / jour en centres d'hébergement d'urgence	Année 2016	Augmentation de 20,5% entre 2014 et 2016
Lituanie	4569 personnes en hébergement d'urgence ou provisoire	1 nuit en 2016	Augmentation de 16,2% entre 2015 et 2016

Pays-Bas	60 120 personnes en centres d'hébergement d'urgence	Année 2016	Augmentation de 11% entre 2011 et 2016
Angleterre	4 751 personnes à la rue 78 170 ménages en hébergement provisoire	1 nuit en automne 2017 Mars 2017	Augmentation de 169% entre 2010 et 2017, de 15% entre 2016 et 2017 Augmentation de 62% entre 2011 et 2017

ii. En Belgique

Au niveau belge, on peut observer que le nombre de personnes rentrant dans les catégories ETHOS augmente également chaque année. En dix ans de dénombrement, on observe une évolution de plus de 142,2%. Ce qui signifie que le nombre de personnes sans-abri en Belgique a plus que doublé pendant cette période. L'évolution entre 2014 et 2018 est particulièrement marquante puisque la population de sans-abri observée est passée de 2603 à 4187 personnes en 4 ans à peine. On peut donc véritablement parler d'une explosion du nombre de personnes sans-abri au cours des dernières années, que ce soit au niveau belge ou européen. (Mondelaers, 2017)

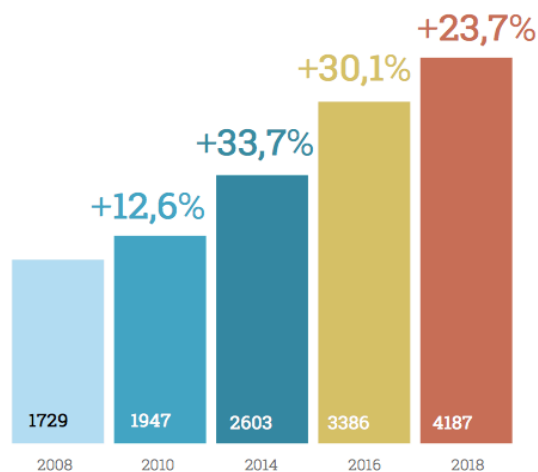


Figure 3: Évolution du nombre de personnes sans-abri recensées à Bruxelles-Capitale (Strada, 2018)

Différentes causes pourraient expliquer ce phénomène : les changements socio-économiques (crise financière,...), les mesures d'austérité, différents processus migratoires. D'autres facteurs pourraient également expliquer cette augmentation, comme l'insuffisance de soins pour les personnes sans-abri, ou le manque de coopération entre les services qui ralentissent la sortie de rue (Demaerschalk et al., 2012-2017).

c. Caractéristiques des personnes sans-abri

Les dernières études montrent que les personnes sans-abri présentent des caractéristiques de plus en plus diverses en termes d'âge, de sexe, d'origine ethnique, de composition familiale,... Cette diversité témoigne du fait que différentes situations sociales peuvent conduire au sans-abrisme (Vandentorren & Chauvin, 2018). Par ailleurs, étant donné qu'il n'existe pas de statistiques officielles sur les sans-abri en Europe, il *est a fortiori* difficile de dresser leurs caractéristiques (Bircan et al., 2018).

Il est néanmoins essentiel de les identifier car elles seront déterminantes dans le choix des solutions à proposer et des décisions à prendre. A titre d'exemple, la parcours de réinsertion d'un public de sans-abri âgé d'origine belge ne sera pas le même que celui d'un public de jeunes sans-abri d'origine étrangère.

i. Au niveau européen

Au niveau européen, il est évidemment encore plus ardu de dresser des caractéristiques moyennes pour l'ensemble du territoire pour cause de méthodologies différentes et des statistiques non représentatives et comparables. En voici néanmoins certaines pour des personnes sans-abri:

- **Age** : 50% des personnes sans-abri sont des adultes de 30 à 49 ans et plus de 20% ont entre 18 et 29 ans. Ces chiffres indiquent que 70% de la population des sans-abri sont des jeunes ou des personnes d'âge moyen. A l'inverse, les personnes mineures sont moins touchées par le phénomène. Afin de protéger leurs enfants et d'éviter qu'ils ne leur soient retirés, les parents vont essayer de recevoir un soutien leur permettant d'éviter de se retrouver en rue. Quant à la sous-représentation des personnes âgées, elle mériterait de faire l'objet d'une étude plus approfondie mais elle a indéniablement un lien avec le fait que l'espérance de vie d'une personne sans-abri est inférieure à celle dans la population générale (Busch-Geertsema, Benjaminsen, Filipovič Hrast, et al., 2014).
- **Sexe** : la majorité des sans-abri sont des hommes (environ 75 à 85%). Ces chiffres ne sont pas le reflet exact de la réalité car les femmes sans-abri peuvent échapper au comptage par le fait qu'elles trouvent plus facilement des arrangements informels avec leur famille ou leurs amis ainsi que des solutions de logement à plus long terme (Busch-Geertsema, Benjaminsen, Filipovič Hrast, et al., 2014). Des ressources supplémentaires et le soutien disponible pour les personnes qui sont sans-abri ou qui risquent de le devenir sont principalement réservés aux femmes (D. P. Folsom et al., 2005).
- **Origine ethnique** : A cet égard, il existe des grandes différences entre les pays européens. Dans certains pays on observe une nette majorité de sans-abri ayant la même origine ethnique que les ressortissants du pays en question (Danemark, Allemagne, Irlande, Portugal, Suède, Royaume-Uni, Pologne,...). Dans d'autres pays, on observe

une représentation beaucoup plus forte des minorités ethniques. Les différentes tendances observées peuvent s'expliquer par les méthodologies utilisées dans les collectes de données. En effet, certains pays n'incluent pas les personnes sans-papiers, les roms,... alors que d'autres le font (Busch-Geertsema, Benjaminsen, Filipovič Hrast, et al., 2014).

- **Composition de ménage des personnes sans-abri** : ce sont principalement des personnes isolées, que ce soit des hommes ou des femmes. Lorsque ce sont des familles, le nombre de personnes qui les composent est de plus en plus élevé (Busch-Geertsema, Benjaminsen, Filipovič Hrast, et al., 2014).
- **Durée du sans-abrisme** : A cet égard, on peut distinguer deux groupes. Le premier est constitué des personnes vivant de façon récurrente et prolongée dans la rue, tandis que l'autre comprend celles se trouvant sans-abri à court terme. La deuxième catégorie est statistiquement mieux représentée. Par exemple, au Danemark, on retrouvait en 2014 56% de sans-abri qui étaient itinérants depuis moins d'un an pour 22% des sans-abri depuis plus de deux ans. En Finlande, 30% des sans-abri étaient itinérants depuis plus d'un an. En Suède, 50% étaient itinérants depuis moins d'un an et 10% depuis plus de dix ans. En France, on recensait 58% des sans-abris depuis moins d'un an et 15% depuis plus de 3 ans. En Italie, on retrouvait 59% des personnes sans-abri étant itinérants depuis moins d'un an et 15% depuis plus de quatre ans (Busch-Geertsema, Benjaminsen, Hrast, & Pleace, 2014).
- **Santé** : La santé des personnes sans-abri est moins bonne que la population générale. Toutes les pathologies ne sont pas présentes chez toutes les personnes sans-abri. On observe notamment des différences par rapport à la population générale au niveau des pathologies cardiaques, fortement présentes chez les personnes sans-abri. Cela peut notamment s'expliquer par un taux élevé de facteurs de risque que les sans-abris peuvent présenter : tabagisme, obésité, consommation de drogue,... Les pathologies chroniques sont également fortement représentées dans cette population. Elles apparaissent néanmoins une quinzaine d'années plus tôt que dans la population générale. Les personnes sans-abri présentent également davantage de maladies infectieuses comme notamment la tuberculose, les hépatites B et C, la gale, le HIV. La tuberculose est par exemple au moins dix fois plus présente dans la population sans-abri que dans la population générale. Quant au HIV, il touche entre 0 et 21% de la population sans-abri contre 0,1 à 0,6% de la population générale. La prévalence de la gale se situe entre 4 à 56% pour la population sans-abri alors qu'elle est inférieure à 1% pour la population générale. Il existe certes des variations entre les estimations provenant de différentes études mais on peut constater qu'il existe une homogénéité dans les résultats. Les troubles liés à la santé mentale et à la toxicomanie sont aussi fortement présents chez les sans-abri. Ils exacerbent également le phénomène de sans-abrisme. Le tableau ci-dessous représente une comparaison entre les troubles dans la population sans-abri et dans la population générale (Fazel et al., 2014).

Tableau 3 Pathologies chez les sans-abri et dans la population générale (Fazel et al., 2014).

Pathologies	Prévalence dans la population sans-abri	Prévalence dans la population générale
Traumatisme cérébral	8-35%	1%
Psychoses	3-42%	1%
Dépression	0-49%	2-7%
Alcoolisme	8-58%	4-16%
Double diagnostic (= trouble de santé mentale associé à de la toxicomanie)	58-65%	< 1%
Syndrome de stress post-traumatique	38-53%	2-3%
Trouble de la personnalité	2-71%	5-10%
Toxicomanie	5-54%	2-6%

- **Morbidité** : Enfin, les taux de multimorbidité des personnes sans-abri sont comparables à ceux des patients âgés de 85 ans et plus dans la population générale (Queen, Lowrie, Richardson, & Williamson, 2017). Cette comparaison est particulièrement interpellante lorsqu'on la met en parallèle avec l'âge moyen des personnes sans-abri (40 ans pour les hommes et 37,5 ans pour les femmes).

ii. En Belgique

En Belgique, les caractéristiques suivantes des personnes sans-abri peuvent être mises en exergue. Comme la méthodologie employée est différente de celle employée au niveau européen, il ne sera pas possible de donner exactement les mêmes points de comparaison. Nous tenterons toutefois de faire un parallèle dans la mesure du possible.

- **Age** : L'âge moyen pour un homme sans-abri est de 40 ans, tandis qu'il est de 37,5 ans pour une femme. On peut remarquer que cet âge moyen se situe dans la tranche d'âge statistiquement la plus représentée au niveau européen (30-49 ans) (Bircan et al., 2018).
- **Sexe** : Ci-dessous, on retrouve la répartition du sexe pour les personnes étant hébergées en centres d'urgence. A ce jour, il n'existe pas de chiffres publiés pour montrer la répartition du sexe dans les recensements organisés par la Strada alors que le critère de sexe fait partie du questionnaire (Bircan et al., 2018).

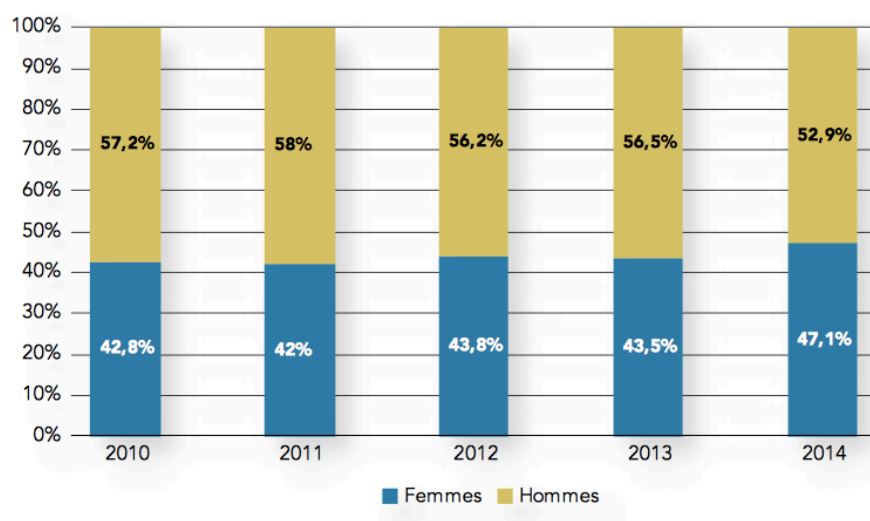


Figure 4 : Répartition des séjours selon le sexe en 2010-2014 (De Witte, 2016)

- **Nationalité** : Les personnes sans-abri sont principalement d'origine belge (72,9%). Les personnes sans-abri originaires de l'UE (hors Belgique) représentent 12,5% et les personnes ne provenant pas de l'UE représentent quant à elles 14,5%. On peut donc affirmer que la Belgique se situe dans les pays où l'origine ethnique des personnes sans-abri correspond très largement à l'origine ethnique des ressortissants belges (bien que les notions de nationalité et d'origine ethnique soient des notions qui ne doivent pas être confondues) (Bircan et al., 2018).
- **Composition de ménage** : Une distinction doit être faite entre les hommes et les femmes sans-abri. Les hommes isolés représentent 86,3% des hommes sans-abri, les familles composées de deux personnes 5,3% et les familles composées de trois personnes ou plus 8,4%. Une très large majorité d'hommes sans-abri sont donc isolés. Ces chiffres correspondent aux tendances observées au niveau européen (Bircan et al., 2018).

Quant aux femmes sans-abri isolées, elles restent la catégorie la mieux représentée, mais dans des proportions beaucoup moins importantes que les hommes (58,8%), tandis que les familles composées de deux personnes représentent 25,2% et les familles composées de trois personnes ou plus 16%. Il y a donc proportionnellement près de cinq fois plus de familles de deux personnes et deux fois plus de familles de trois personnes ou plus chez les femmes que chez les hommes (Bircan et al., 2018).

- **Etat civil** : 62,7% des personnes sans-abri sont isolées, 15,3% sont mariées, 3,4% vivent ensemble, 16,9% sont divorcées et 1,7% sont veuves. Le taux de personnes sans-abri isolées est donc bien plus élevé que le taux au sein de la population belge en général (Bircan et al., 2018).

- **Niveau d'éducation :** Celui-ci est varié et est réparti comme suit : 10,7% des personnes sont sans diplôme, 18% ont un niveau de fin de primaire, 42,6% ont un niveau de secondaire inférieur, 20,2% ont un niveau de secondaire supérieur et 8,3% ont un niveau d'éducation supérieur au secondaire supérieur (Bircan et al., 2018).
- **Lieu de vie et durée:** Quasiment 80% des personnes vivent dans des abris ou des hébergements d'urgence, ce taux étant même plus élevé pour les femmes. Plus de la moitié des personnes sans-abri restent entre un mois à deux ans dans ce type de logement (Bircan et al., 2018).
- **Santé des personnes sans-abri :** 24% des personnes se trouvent en mauvaise, voire en très mauvaise santé. Plus de 37% ont un handicap ou ont une maladie chronique. 38% sont quant à elles, limitées ou fortement limitées dans leurs activités quotidiennes. Ces chiffres sont bien plus élevés que ceux de la population belge en général (Bircan et al., 2018).
- **Besoin en traitement médical :** Une question directement liée à l'état de santé des personnes sans-abri concerne leur besoin de traitement médical. Les personnes qui sont dans des hébergements d'urgence ont moins de besoins en traitement médical que les personnes vivant en rue et elles sont davantage suivies par un médecin lorsqu'elles en ont besoin.

Plus de 20% des personnes sans-abri n'ont pas accès à un médecin quand elles en ont besoin. L'accès aux soins est essentiellement compromis pour des raisons financières. L'absence de transport, le manque de temps, le fait d'être en colère contre les médecins, de préférer attendre, la peur d'aller chez le médecin peuvent également être des causes du nonaccès aux soins (Bircan et al., 2018).

iii. Au Samusocial

Ayant réalisé mon stage de community mental health au Samusocial, je trouvais également intéressant de connaître les caractéristiques des personnes sans-abri fréquentant ce service d'aide afin de voir si les caractéristiques peuvent être corrélées à celles de l'Europe et de la Belgique.

- **Age :**
La catégorie la plus représentée est par conséquent celle des personnes âgées de 18 à 35 ans. La comparaison est assez difficile avec les chiffres au niveau belge et européen puisque les catégories utilisées ne sont pas les mêmes. Toutefois, les personnes sans-abri sont globalement plus jeunes que la moyenne belge ou européenne. Tout comme les chiffres au niveau belge et européen, les personnes âgées sont sous-représentées.

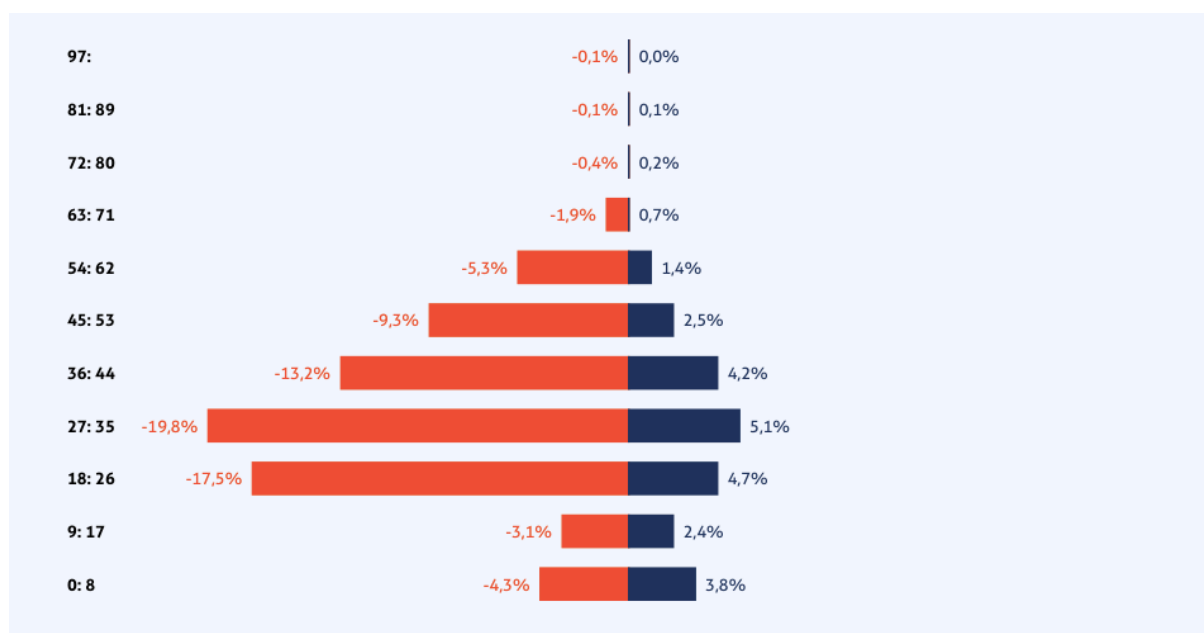


Figure 5 Pyramide des âges des hébergés du Samusocial 2018 (Samusocial, 2019)

- **Sexe :**

Le Samusocial n'a pas extrait les données spécifiques relatives au sexe. Toutefois, ces données ressortent partiellement des données sur la composition de ménage, qui distingue hommes isolés et femmes isolés. En revanche, la catégorie « familles » ne permet pas de distinguer les familles monoparentales ou non, et la répartition homme-femme.

- **Nationalité :**

16,38% des personnes accueillies sont belges, 15,3% des personnes accueillies sont des ressortissants de l'Union Européenne non belges, 61,58% des personnes accueillies sont non belges, 6,31% des personnes accueillies sont de nationalité inconnue et 0,43% des personnes accueillies sont apatrides.

Ces pourcentages contrastent fortement avec les chiffres généraux en Belgique, qui font état d'une vaste majorité de personnes sans-abri belges. Nous identifions les hypothèses suivantes pour expliquer ces fortes différences :

Bruxelles est une ville fortement multiculturelle qui se caractérise par le grand nombre de personnes de nationalité étrangère qui y résident. Le pourcentage de personnes sans-abri d'origine étrangère est dès lors logiquement plus élevé à Bruxelles qu'en Belgique en général.

Les chiffres du Samusocial tiennent compte des *transmigrants*, c'est-à-dire des migrants en transit en Belgique. Ceux-ci ne sont pas de nationalité belge, ni de nationalité de l'Union Européenne. On peut émettre l'hypothèse qu'ils ne sont pas repris dans les chiffres des personnes sans-abri en Belgique.

Du fait de sa position centrale, Bruxelles accueille beaucoup de *transmigrants* et donc davantage de personnes d'origine étrangère.

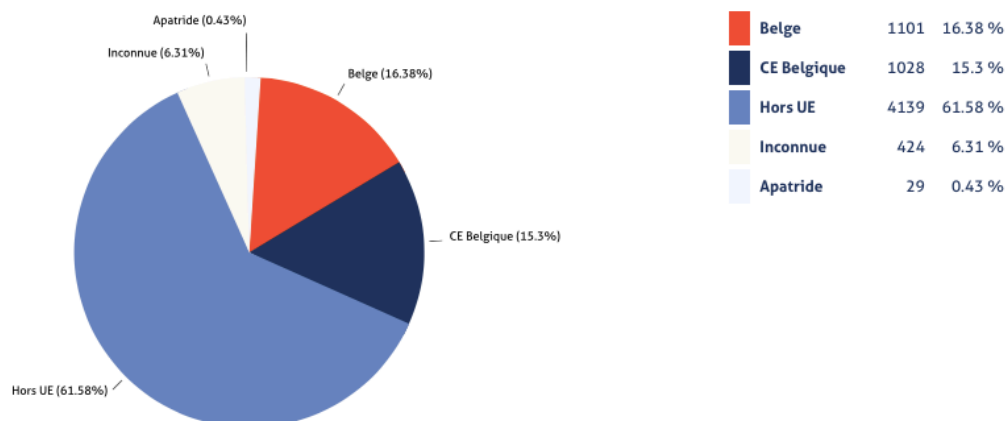


Figure 6 Répartition des nationalités des personnes hébergées au Samusocial en 2018 (Samusocial, 2019)

- **Composition de ménage :**

23,7% des personnes accueillies font partie d'une famille (monoparentale ou non), 63,73% des personnes accueillies sont des hommes seuls, 12,3% des personnes accueillies sont des femmes seules et 0,27% des personnes accueillies sont des mineurs étrangers non accompagnés

La comparaison avec les chiffres généraux en Belgique est difficile, car ceux-ci distinguent tout à fait hommes et femmes (y compris pour les familles). Dans les deux cas, le pourcentage de personnes isolés est nettement plus important que le pourcentage de familles.

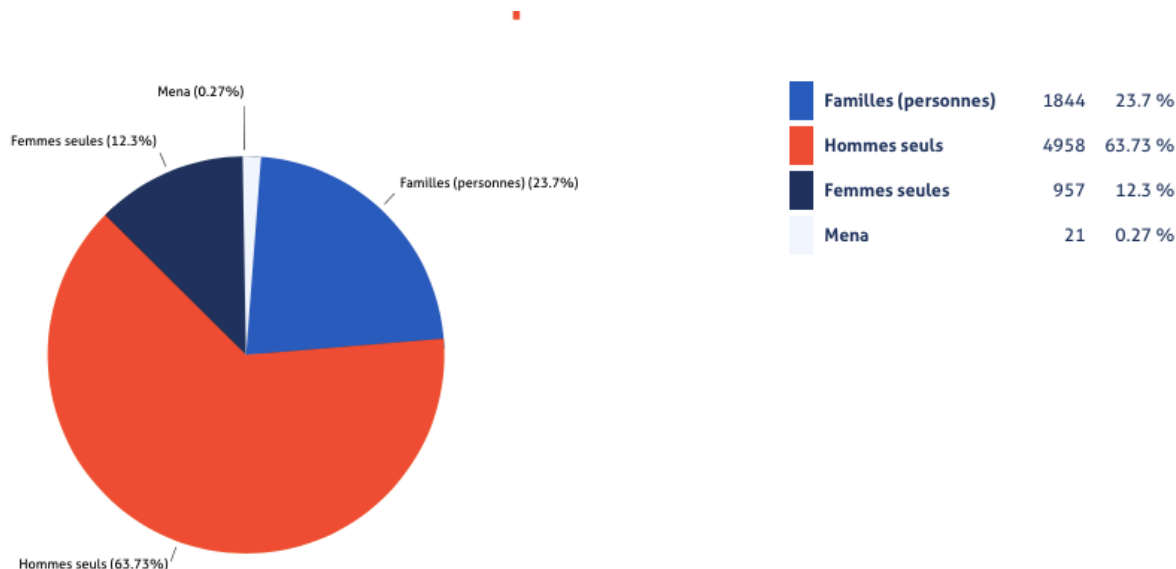


Figure 7 Composition de ménage des personnes hébergées au Samusocial en 2018 (Samusocial, 2019)

- **Durée du sans-abrisme :**

Selon un état des lieux fait le 31 décembre 2018 :

68,16% des personnes accueillies ont sollicité le Samusocial pour la première fois en 2018, et leur première sollicitation remonte donc à moins d'un an

12,58% des personnes accueillies ont sollicité pour la première fois le Samusocial il y a entre 1 et 2 ans

4,76% des personnes accueillies ont sollicité pour la première fois le Samusocial il y a entre 2 et 3 ans

3,73% des personnes accueillies ont sollicité pour la première fois le Samusocial il y a entre 3 et 4 ans

3,77% des personnes accueillies ont sollicité pour la première fois le Samusocial il y a entre 4 et 5 ans

Les statistiques pour la population belge révélaient pour leur part que plus de la moitié des personnes séjournent depuis un mois à deux ans dans un hébergement d'urgence. Les chiffres du Samusocial sont encore plus précis : 80% des personnes sans-abri ont sollicité le Samusocial entre il y a un mois et il y a deux ans. Notons que le fait d'avoir sollicité le Samusocial n'implique pas que les personnes concernées aient nécessairement été en permanence à la rue. Il est possible que certaines personnes n'aient été sans-abri qu'une seule nuit. Les données ne sont donc pas pleinement comparables.

La même remarque peut être faite au niveau européen, où il n'existe toutefois pas de chiffres harmonisés, mais des chiffres dans certains pays.

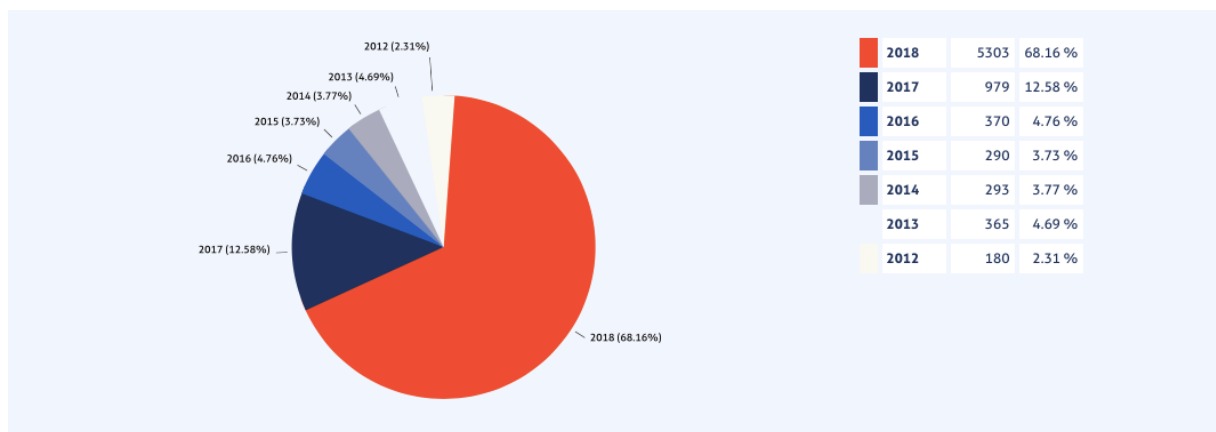


Figure 8 Répartition du public selon l'année de la première sollicitation (Samusocial, 2019)

- **Etat civil** : Aucune donnée n'est disponible à ce sujet.
- **Niveau d'éducation** : Aucune donnée n'est disponible à ce sujet.

- **Santé des personnes sans-abris :**

La santé des personnes sans-abri accueillies a été définie en fonction du type de pathologies rencontrées. Les pathologies les plus rencontrées sont les troubles ORL, les troubles respiratoires suivis des troubles cardiovasculaires.

Si l'on considère que les « pathologies neuropsychiatriques » peuvent être assimilées à des troubles de santé mentale, le pourcentage de traitement en rapport avec ces troubles est particulièrement faible, surtout lorsque l'on connaît le pourcentage de personnes sans-abri présentant des troubles mentaux.

Ces chiffres ne sont pas comparables avec les chiffres disponibles au niveau de la population de sans-abri belge en général, qui font une distinction selon l'état de santé général, et pas selon les pathologies.

De plus, lorsque j'interrogeais le directeur sur la forte différence entre ces chiffres et les chiffres de la littérature, il m'a laissé entendre que les encodages n'étaient pas de bonnes qualités ce qui biaisent donc notre comparaison.

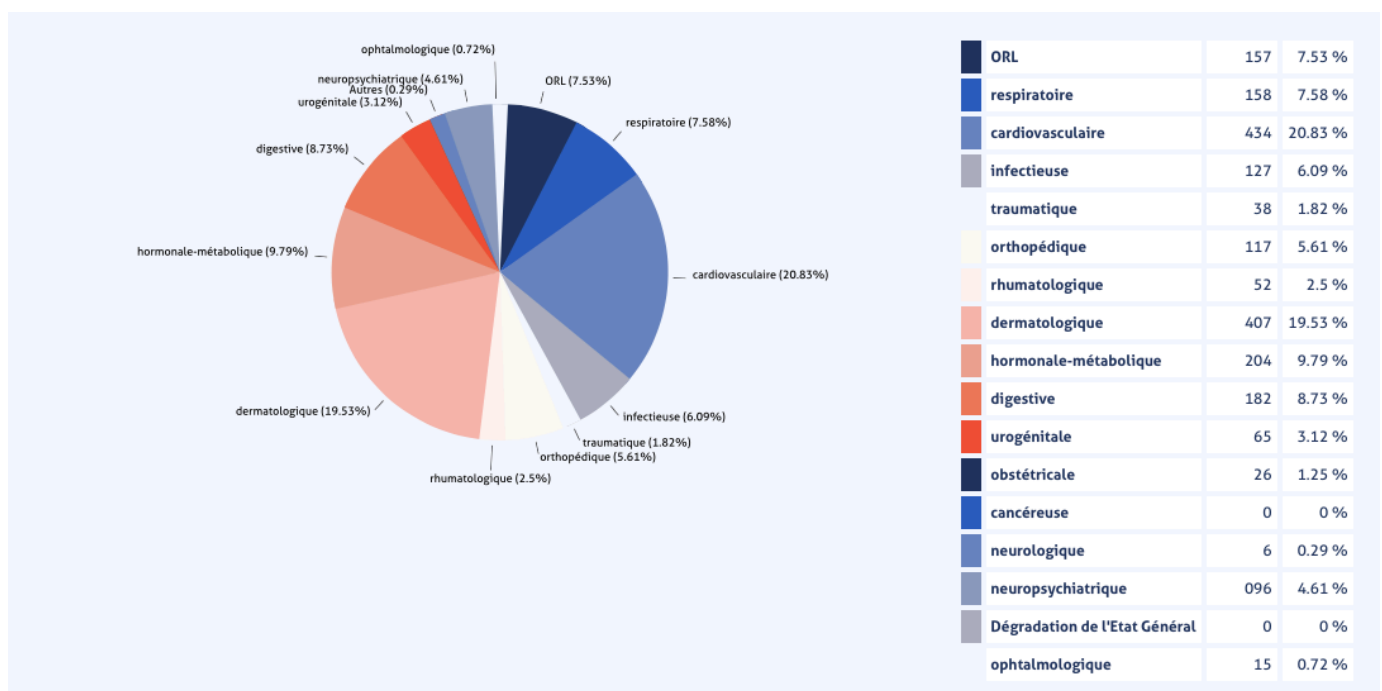


Figure 9 Pathologies rencontrées chez les personnes hébergées au Samusocial en 2018 (Samusocial, 2019)

A présent que nous avons examiné les caractéristiques des personnes sans-abri, il est important de mettre en lumière les facteurs de risque du sans-abrisme en vue de le prévenir.

3. Facteurs de risque du sans-abrisme

Le fait de devenir sans-abri est un processus caractérisé par un déclin progressif de la résilience engendré par une série d'incidents indésirables dans la vie (Mabhala, Yohannes, & Griffith, 2017).

Bien que les personnes sans-abri conservent le droit de travailler, toute perturbation sociale ou tout problème personnel entraînant la perte de la carte d'identité entraîne également la perte de l'accès à l'emploi, au logement et aux services médicaux, ce qui à son tour va mener au sans-abrisme (Vandentorren & Chauvin, 2018). Le processus qui mène au sans-abrisme est associé à différents facteurs de risque.

Les facteurs de risque au sans-abrisme peuvent être des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, des problèmes de santé physique, des antécédents d'association avec le système pénal et le troisième âge (Fazel et al., 2014).

Les causes du sans-abrisme sont multiples, variées et même cumulables. Elles peuvent être classées en quatre groupes: les causes structurelles (la pauvreté, l'immigration, le marché immobilier, le revenu,...), institutionnelles, relationnelles (un décès, une séparation, les violences conjugales,...)(van den Bree et al., 2009) et individuelles (faible niveau d'éducation, les addictions, les problèmes de santé, l'âge, le genre, le statut de nouvel arrivant,...) (Fazel et al., 2014; Thompson, Wall, Greenstein, Grant, & Hasin, 2013) (Vandentorren & Chauvin, 2018).

Nous insistons sur le fait que le sans-abrisme n'est ni compréhensible ni saisissable dans ses enjeux et causalités, à partir d'un élément ou d'un événement (déclencheur/renforçant) unique. Ses causes sont le plus souvent nombreuses et liées entre elles. Pour schématiser et simplifier, les études proposent de distinguer trois types de causalités qui interagissent (Fitzpatrick, Bramley, & Johnsen, 2013):

- **les facteurs personnels** (ex. : divorce, perte d'un partenaire, perte d'un travail, problèmes d'assuétude, violence familiale, maladie mentale, parcours d'exil, problèmes rencontrés dans l'enfance, etc.). Ces facteurs mettent l'accent sur la personne et le parcours individuel du sans-abri.

- **les facteurs institutionnels** (ex. : difficulté à trouver un logement à la sortie d'institution telles que les prisons ou hôpitaux, manque de services d'accompagnement, problèmes de traitement des dossiers d'immigration, etc.). Ce deuxième type de facteurs déplace le curseur vers la société et ses dysfonctionnements.

- **les facteurs structurels** (ex. : déficit de logements à prix abordable, crise socio-économique, chômage, bas salaire, précarité de l'emploi et bas salaires, politique migratoire nationale et internationale, etc.). Ces facteurs dépendent davantage du contexte socio-économique et de la politique menée.

Certaines études abordent également des facteurs relationnels qui pourraient être également un facteur causal du sans-abrisme (Busch-Geertsema, Edgar, O'Sullivan, & Pleace, 2010).

Les trois approches se mêlent sans qu'il soit indispensable de chercher à saisir à tout prix un seul facteur responsable. Les deux éléments les plus importants conduisant au sans-abrisme dans la plupart de pays de l'UE sont l'expulsion du logement ainsi que les ruptures conjugales ou familiales (Busch-Geertsema et al., 2010).

Dans le discours politique et médiatique, les différents acteurs mettent davantage l'accent sur l'un ou l'autre facteur et apportent dès lors des réponses différentes. Là où certains avancent que le sans-abrisme est avant tout un problème lié à la personne du sans-abri, d'autres estiment à l'inverse que c'est la société qui n'est pas adaptée, et qui doit prendre en charge les personnes sans-abri (cf. Partisans des causes individuelles Vs. Partisans des explications structurelles) (Strada, 2015).

D'après une étude qui a été menée en France par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), parmi les 57 % de personnes sans-abri qui ont perdu leur logement, 35 % sont dans cette situation suite à un événement familial (séparation, décès, violence, etc.), 30 % ont des difficultés économiques (licenciement, impayé de loyers, etc.), 11 % sont dans cette situation suite à une mobilité géographique (hors motif familial ou économique), le reste pour diverses raisons (incarcération, hospitalisation, etc.). En outre, un dixième des sans-abri serait dans ce cas après une expulsion de leur logement. Ces différentes catégories mêlent des facteurs structurels comme par exemple l'événement familial, et des facteurs structurels (comme par exemple le coût des loyers) et institutionnels. (Centre d'observation de la société, 2017) .

4. Impact du sans-abrisme sur les personnes sans-abri et sur la société

La manière de vivre des personnes sans-abri a des répercussions à différents niveaux : physiques, psychologiques, sociaux,... Comme déjà évoqué ci-dessus, les personnes sans-abri ont une espérance de vie moins élevée que le reste de la population. Cela peut notamment s'expliquer par un taux plus élevé de suicides, d'homicides, de blessures non intentionnelles, d'intoxications, ainsi que des prévalences plus élevées notamment pour des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles (D. P. Folsom et al., 2005).

Les conséquences du sans-abrisme se font donc tout d'abord ressentir sur le plan individuel. Les problématiques causées ou aggravées par la vie en rue sont multiples, et peuvent affecter la santé physique et psychique des personnes : développement de maladies diverses (pulmonaires, cardio-vasculaires, schizophrénie, dépression, etc.) problèmes de langages, perte ou brouillage des repères spatio-temporels,... Au stade ultime, la vie en rue peut aboutir au décès des personnes, et ce quelle que soit la saison (Vandentorren & Chauvin, 2018).

Les facteurs associés à l'errance comme la consommation d'alcool, de drogues, et les troubles de santé mentales peuvent probablement expliquer la surmortalité chez ce public. Les personnes sans-abri fréquentent généralement plus souvent les services d'urgence que le reste de la population. La fréquentation des services de santé primaire ainsi que l'observance sont également souvent compromis (Fazel et al., 2014).

En outre, une fois sans-abri, ces personnes courent un risque accru de se livrer à des activités illégales aboutissant à une incarcération (Greenberg & Rosenheck, 2008). L'absence de logement stable rend également les individus vulnérables à des actes criminels tels que des agressions physiques et sexuelles (Polcin, 2016).

De plus, le fait de vivre en rue, expose les personnes à un plus haut risque d'agression, et à des difficultés à se nourrir quotidiennement (D. P. Folsom et al., 2005). Comme expliqué ci-dessus, les sans-abri ont des besoins multiples : bien qu'ils représentent une petite part de la population totale, ils ont un coût très élevé pour la société (Fitzpatrick et al., 2013).

La question des coûts liés au sans-abrisme se pose au niveau économique et financier, mais aussi au niveau politique et social : coût de l'aide aux personnes, coût des politiques liés au sans-abrisme,... (Strada, 2015).

B. La santé mentale des personnes sans-abri

On l'a vu ci-dessus, les conséquences du sans-abrisme sur la santé mentale des personnes sans-abri sont multiples. Dès lors, nous examinerons dans un premier temps quelques chiffres en lien avec la santé mentale des personnes sans-abri. Ceux-ci démontrent qu'une proportion beaucoup plus importante d'entre elles souffre de problèmes de santé mentale que dans la population générale.

Dans un deuxième temps, nous exposerons une typologie des personnes sans-abri souffrant de problèmes mentaux. Enfin, nous exposerons les causes de la présence plus importante de troubles mentaux chez les personnes sans-abri, et les conséquences du sans-abrisme sur les problèmes de santé mentale.

1. Etat des lieux des problèmes de santé mentale chez les personnes sans-abri

a. Faits : risque accru de problèmes de santé mentale

Comme expliqué ci-dessus, les personnes sans-abri sont particulièrement exposées à des problèmes de santé, y compris ceux de santé mentale. Cette exposition a également des impacts sur la mortalité de ce public, qui est trois fois supérieure à celle des personnes qui bénéficient d'un logement (Polcin, 2016).

Le tableau ci-dessous reprend les principaux résultats d'une étude portant sur l'état de santé des personnes sans-abri et établissant une comparaison avec la population générale. Plus de 60% des personnes sans-abri souffrent de troubles physiques ou mentaux, plus de 50% d'entre elles ont un problème avec l'alcool (soit plus de 25 fois plus que dans la population générale), près de 50% consomment de l'héroïne, ... La probabilité de souffrir de schizophrénie en étant sans-abri est dix fois plus élevée que dans la population générale.

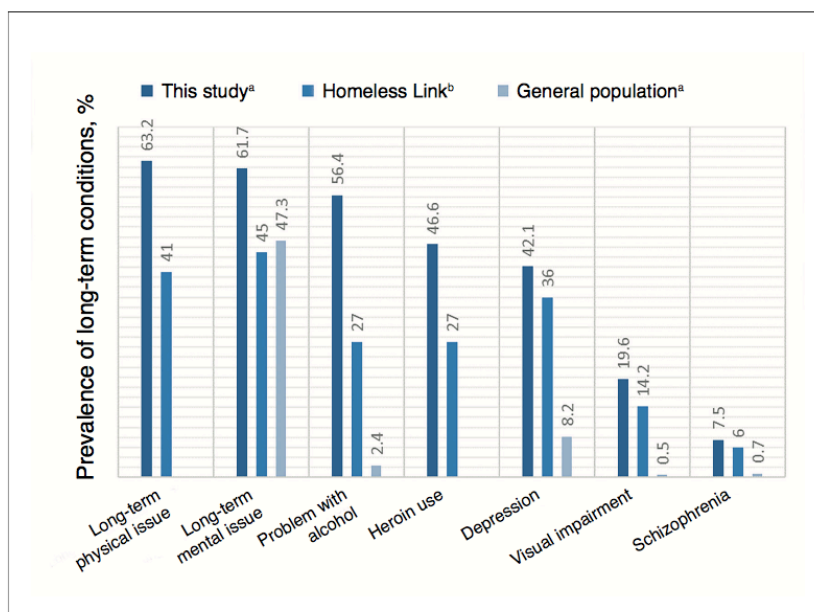


Figure
10

Prévalence des pathologies chroniques chez les personnes sans-abri (Queen et al., 2017)

Selon l'étude de Schreiter et al. (2017), les troubles mentaux les plus courants des personnes sans-abri sont la dépendance à l'alcool (de 8,1% à 58,5%), la dépendance à la drogue (4,5% à 54,2%) et les maladies psychotiques (2,8% à 42,3%). Ces prévalences varient d'un pays à l'autre, d'où la largeur des intervalles de confiance (Schreiter et al., 2017). Les écarts entre les différents pourcentages peuvent aussi s'expliquer par la difficulté de réaliser des études auprès de ce public.

Il a également été démontré que les taux de troubles mentaux graves chez les personnes sans-abri sont plus élevés que dans la population normale: citons les psychoses (2% à 31%), la dépression majeure (4% à 41%) et les troubles de la personnalité (3% à 71%). La schizophrénie toucherait elle 11% de la population sans-abri (Rezansoff et al., 2017). En pratique, il est constaté que les troubles sont au moins trois fois plus élevés que dans la population générale et sont en moyenne sept fois plus élevés que dans une population non-errante (Fazel et al., 2008). Les personnes vivant à la rue et présentant des troubles de santé mentale sont plus à risque d'avoir une moins bonne santé physique, un plus long temps d'errance, des liens familiaux rompus, une méfiance vis-à-vis des soins ou un plus grand recours à la criminalité (Dubreucq, 2008).

Toutes les études ne sont pas univoques sur les questions de la toxicomanie et de l'alcoolisme mais elles montrent qu'entre un et deux tiers du public ont des problèmes de consommation. Parmi elles, 20 à 35% souffrent également de trouble de santé mentale (Polcin, 2016).

Le fait de prendre en considération des chiffres fiables concernant la répartition des troubles de santé mentale chez les personnes sans-abri permet d'adapter les options de soutien. Actuellement, on observe un sous-approvisionnement des services, notamment au niveau des soins médicaux pour les sans-abri atteints de maladie mentale. En Europe, moins d'un tiers recevrait un traitement (Schreiter et al., 2017).

Cependant ce public est « une minorité négligée par la médecine en général et par la psychiatrie en particulier. » (Fichter & Quadflieg, 2001).

La proportion importante de personnes sans-abri présentant des troubles mentaux exige des niveaux élevés de services de soins de santé pour répondre aux besoins de ces personnes (Currie, Patterson, Moniruzzaman, McCandless, & Somers, 2014).

De plus, les morbidités des personnes sans-abri avec des troubles de santé mentale sont bien plus élevées que la population générale (Nielsen et al., 2011).

b. Typologie

Bonin propose une typologie des troubles de santé mentale présents chez les personnes sans-abri. Cette classification a été construite en utilisant une méthode qui, dans un échantillon représentatif de la population, identifie les variables ainsi que les typologies présentes dans l'échantillon. L'utilisation de typologies est utile pour la recherche dans le sens où celles-ci permettent de cibler et/ou de comparer les mêmes groupes entre eux. La typologie propose six catégories distinctes: les femmes, les hommes atteints de schizophrénie, les hommes anciennement dépressifs ou alcooliques, les hommes présentant des troubles dépressifs, les hommes avec des comorbidités et les hommes qui sont passés par la rue. Les catégories prennent en compte le contexte social, l'évolution de la maladie mentale, le réseau de soutien social et le système de soins de santé. Cette typologie décrit également les services spécifiques nécessaires pour chaque catégorie, et ce dans le but d'améliorer les services de santé mentale pour cette population (Bonin, Fournier, & Blais, 2009).

Le groupe des hommes présentant des comorbidités est le plus représenté. 23% de la population sans-abri présentant un trouble mental a une consommation d'alcool ou de drogue. Pour certaines pathologies, comme la schizophrénie par exemple, plus de la moitié des personnes vivant à la rue avec ce diagnostic ont une consommation de substances psychoactives (Fazel et al., 2014). Ces comorbidités diminuent l'espérance de vie, augmentent les hospitalisations pour des raisons psychiatriques aiguës et peuvent aggraver le trouble de santé mentale (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2015).

Le taux de maladie mentale nécessitant un traitement dans la population sans-abri est plus élevé que dans la population générale. Il est donc nécessaire d'adapter des modèles de soins répondant aux problématiques qui leur sont propres : comorbidité, errance, difficulté d'observance,... (Schreiter et al., 2017).

c. Causes des troubles mentaux chez les personnes sans-abri

La question des causes des troubles mentaux chez les personnes sans-abri est particulièrement complexe : d'une part, les causes ne sont pas uniques et identiques pour toutes les personnes sans-abri. D'autre part, il n'est pas évident de déterminer la chronologie des troubles mentaux : là où certains présenteront déjà des troubles mentaux avant d'arriver en rue, d'autres ne développeront des symptômes que postérieurement. Malgré cela, nous tenterons d'identifier les différentes causes.

Le terme sans-abri définit les personnes en fonction de leur logement. A aucun autre moment, la population générale n'est classée selon son type de logement. On ne fait pas de distinction entre les personnes qui habitent dans une maison ou dans un appartement. Or, c'est le cas pour les personnes sans-abri. On rassemble sous une même étiquette des personnes qui ont des parcours très différents. On peut dès lors se demander si les différents publics qui composent les sans-abri ne sont pas à risque de présenter en plus des moments d'errance des troubles de santé mentale.

Certains publics sont à haut risque de connaître des épisodes de vie en errance ainsi que des problèmes de santé mentale.

Les personnes qui ont bénéficiées des services de l'aide à la jeunesse pendant leur jeunesse sont à risque. De fait, ces jeunes ont du mal à trouver un soutien financier et/ou émotionnel du côté de leur famille. Les jeunes suivants présentent également un risque accru de se retrouver en rue : sans emploi, sans étude, avoir des enfants sans en avoir la garde, souffrir de maladie mentale ou de toxicomanie, être impliqué dans le système pénal (Courtney & Dworsky, 2006).

La corrélation entre le sans-abrisme et la maladie mentale fait régulièrement l'objet de discussions sociopolitiques mais également de recherches en santé mentale et ce depuis le début du XX^{ème} siècle (Schreiter et al., 2017).

Certaines études montrent clairement que, le plus souvent, la maladie mentale surviendrait avant le début de l'itinérance et plus rarement une fois que la personne est sans-abri. Les troubles de santé mentale sont également un facteur de risque de l'errance, ce qui fait que les personnes souffrant de troubles sévères sont plus à risque de sans-abrisme que la population générale (D. P. Folsom et al., 2005). D'autres facteurs de risque de devenir sans-abri sont également des facteurs de risques des troubles de santé mentale sévères (Laporte et al., 2018).

D'autres études n'apportent pas de réponse précise sur l'apparition des troubles de santé mentale avant ou après un temps d'errance. Certains résultats montrent un lien de réciprocité entre le sans-abrisme et les troubles de santé mentale (Hodgson, Shelton, van den Bree, & Los, 2013).

Les causes de l'importance des troubles mentaux chez les personnes sans-abri pourraient notamment être liées à la fermeture de grandes institutions psychiatriques, à un manque de soutien et de services communautaires, à une pénurie de logements avec de bas loyers. Cette aggravation de la situation se répercute également sur la morbidité psychiatrique des personnes sans-abris (D. Folsom & Jeste, 2002).

Les conséquences de cette augmentation de personnes sans-abri présentant un trouble mental serait l'allongement des périodes d'errance, le taux de criminalité et le taux de victimisation avec violence. La mise en place de soins de santé mentale de qualité permettrait de réduire la morbidité psychiatrique (Fazel et al., 2008).

L'optique de l'étude ci-dessus listant les causes de l'augmentation des personnes sans-abri présentant un trouble mental est que les personnes qui se retrouvent à la rue présentaient déjà un trouble mental avant d'être dans une situation de sans-abrisme. D'après elle, l'augmentation du nombre de personnes sans-abri est intimement liée au manque d'adéquation de la prise en charge des personnes souffrant d'un trouble mental. Cette théorie pourrait être mise en lien avec l'hypothèse de Penrose. Cette dernière met en avant une corrélation inverse entre le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux psychiatriques et l'effectif des populations carcérales. On peut donc se dire qu'au vu des changements dans la prise en charge des personnes, notamment avec

la fermeture de lits hospitaliers, les personnes présentant ces troubles sont à la recherche d'autres prises en charge (Mundt et al., 2015).

La santé mentale des personnes sans-abri génère des coûts très élevés pour la société. Il serait donc nécessaire de mettre en place des programmes qui ont pour but de mieux réguler les dépenses liées au sans-abrisme, que ce soit en matière de santé, mais également en matière de logement et de services sociaux (Latimer et al., 2017).

d. Schizophrénie

La schizophrénie touche entre 4 et 16% des personnes sans-abri. Cette pathologie est sept à dix fois plus fréquente chez les sans-abri que chez les personnes qui ont un hébergement. Le taux est plus élevé chez les jeunes, les femmes ainsi que les sans-abris chroniques (en opposition aux sans-abri cycliques et aux nouveaux sans-abri). Le fait que les taux de schizophrénie soient les plus élevés pour les personnes sans-abri chroniques suggère qu'il leur est difficile de trouver un traitement. Un peu moins de la moitié de ces personnes ne recevrait aucun traitement. Il est donc important de comprendre les raisons de ce non-accès. De fait, l'amélioration de l'accès au traitement contribuerait à une réduction potentielle du sans-abrisme chez les personnes atteintes de schizophrénie (D. Folsom & Jeste, 2002).

Bien que les causes citées ci-dessus concernant les problèmes de santé mentale chez les sans-abri peuvent être discutées, on ne peut pas nier que le sans-abrisme a un impact négatif important sur la qualité de la vie des personnes. Les taux de mortalité des personnes présentant des troubles de schizophrénie en rue sont plus de deux fois plus élevés que ceux qui ne sont pas itinérants. Le sans-abrisme met également un frein à l'accès aux traitements médicaux et psychiatriques (D. Folsom & Jeste, 2002).

Les médicaments psychotropes sont la pierre angulaire du traitement de la schizophrénie (D. Folsom & Jeste, 2002). Cependant, la prise en charge des patients atteints de schizophrénie est un véritable défi car cette sous-population compte parmi les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre. Des recommandations ont été publiées spécialement pour ce public (Fond et al., 2019).

Cependant, ces recommandations sont rarement appliquées, notamment chez nos voisins français. Il n'existe pas de données pour la Belgique (Fond et al., 2019).

La compliance des personnes sans-abri schizophrènes est souvent médiocre. Cela entraîne des conséquences néfastes. Par exemple, la majorité des patients abandonnent leur traitement antipsychotique (84%), et ce sans différence selon la génération d'antipsychotique utilisé (Llorca et al., 2013).

2. Le système de soins de santé mentale pour les personnes sans-abri

a. Utilisation des soins de santé mentale chez les sans-abri

Les recherches antérieures ont montré que les personnes sans abri sous-utilisent les services de consultation externe (ambulatoires) et, par conséquent, dépendent fortement des visites aux urgences et des séjours en hospitalisation pour traiter à la fois les maladies physiques et mentales (Currie et al., 2014). L'utilisation des soins de santé mentale chez les sans-abri est donc liée à l'urgence, c'est une solution de dernier recours. La médecine préventive est sous-utilisée. De plus, les problèmes typiquement rencontrés par les sans-abri comme les problèmes mentaux, la toxicomanie, les violences, l'isolement,...augmentent leurs besoins en soins de santé mais limitent leur capacité à les obtenir (Gelberg, Andersen, & Leake, 2000).

Les sans-abri utilisent beaucoup les services de soins primaires et secondaires et ont des besoins complexes en matière de santé et de protection sociale (Queen et al., 2017). Du fait de leur état de santé moins bon que celui de la population générale, ils ont donc une fréquentation élevée des soins de santé, alors même qu'ils ne les utilisent qu'en dernier recours.

En d'autres mots, les personnes sans-abri auront davantage tendance à utiliser les soins de santé aigus, y compris les passages aux urgences, tandis qu'elles sous-utiliseront les soins de santé primaire, et ce peu importe le type de couverture de soins de santé (Fazel et al., 2014).

Des taux élevés de fréquentation et d'assiduité ont été constatés dans les services situés dans le service de santé des sans-abri (par exemple, les services de toxicomanie et de santé mentale), ce qui suggère que le service spécialisé est l'établissement de santé le plus visité par les patients de cette étude (Queen et al., 2017).

Cependant, peu ont accès aux services appropriés compte tenu de leurs besoins en matière de santé mentale (Krausz et al., 2013). De plus, on observe que peu de personnes sans-abri ont un suivi régulier de leur santé. Dans les études, en moyenne 15% des personnes sans-abri souffrant d'un trouble mental ont consulté un psychiatre et 13% ont été suivies par une équipe de santé mentale l'année précédant les études. Il est donc important de comprendre quels sont les obstacles à cet accès aux soins (Krausz et al., 2013). Lorsque l'on compare avec l'ensemble de la population, on observe une grande variance dans l'accès aux soins de santé mentale. Elle varie entre 6% et 50%. Les facteurs de variance sont le sexe, l'âge, le fait d'avoir un médecin traitant, le niveau d'étude, et l'état civil (Simo, Bamvita, Caron, & Fleury, 2018). Si la personne est un jeune homme célibataire sans médecin traitant et ayant un niveau d'étude d'école secondaire il utilisera moins les services de soins de santé mentale. Ces chiffres varient également en fonction de l'organisation des soins de santé (Dezetter et al., 2013).

b. Organisation des soins

Il est ressorti de la section ci-dessus que les personnes sans-abri avaient des besoins importants en termes de soins de santé mentale, alors qu'ils fréquentent peu les services de consultation externe. Ce constat amène naturellement à la question suivante : en quoi le système de soins de santé mentale actuel est-il inadapté aux personnes sans-abri, et comment améliorer le lien entre les personnes sans-abri et le système de soins de santé.

Des recherches antérieures ont conclu que des services inadéquats sont disponibles pour les personnes sans-abri et les personnes atteintes de maladie mentale, notamment en raison de priorités concurrentes, d'obstacles à l'accès au traitement et d'une mauvaise planification et suivi des sorties. Toutefois, on sait peu de choses sur l'association entre les complexités des besoins (type de trouble mental, troubles multiples, troubles concomitants, toxicomanie, implication du système de justice pénale, par exemple) et les niveaux d'utilisation des services de santé (Currie et al., 2014).

La Strada a publié un livre blanc regroupant un ensemble de recommandations concernant la prise en charge des personnes sans-abri. Les recommandations concernant l'accès aux soins en santé mentale sont les suivantes :

« En termes d'accès aux soins en santé mentale, nous pointons le fait que l'offre existante est insuffisante pour la demande et les critères d'accès aux services excluent certaines questions ou problèmes de santé. Suite au déploiement de la Réforme Psy 107, une attention suffisante et constante doit être accordée aux meilleures solutions possibles pour des personnes sans-abri. Nous demandons donc plusieurs mesures :

- **Renforcer les structures « bas seuil » et les articuler au sein d'un réseau**
- **Encourager la mobilité des services d'aide et de soins**
- **Reconnaître et financer la fonction d'accompagnement psycho-social**
- **Améliorer l'accès des publics vulnérables aux soins psychiatrique »** (la Strada, 2019)

De nombreux éléments intéressants peuvent être épinglés dans ces recommandations de la Strada. Les premiers éléments ont trait au constat que le système des soins de santé mentale en Belgique n'est pas adapté à la réalité des personnes sans-abri en Belgique. Ainsi, les critères d'accès aux soins de santé mentale sont souvent trop restrictifs pour les personnes sans-abri. C'est la raison pour laquelle la Strada recommande de généraliser le recours à des structures « bas seuil ». Celles-ci se caractérisent par leur accessibilité et leurs critères d'accès minimaux. Il est donc plus facile pour les personnes sans-abri d'y accéder.

Un autre élément mis en avant dans le rapport de la Strada est la nécessité de mettre en place des équipes mobiles qui viennent à la rencontre des personnes sans-abri. En effet, le fait pour ces dernières de devoir se déplacer, prendre un rendez-vous, revenir régulièrement, constitue un frein à l'accès aux soins de santé.

Troisième élément mis en exergue par le rapport de la Strada : le fait que les personnes sans-abri disposent bien souvent de droits, mais ne les utilisent pas. Elles pourraient bénéficier de soins, mais diverses barrières les en empêchent.

Un dernier aspect avancé par le rapport de la Strada est le manque de lits psychiatriques, le manque de places pour accueillir les personnes sans-abri. La solution qui est suggérée est d'augmenter la capacité des services de soins de santé mentale.

c. Modalités de prise en charge des sans-abri

Les soins de santé primaires sont reconnus pour leur efficacité dans la prise en charge des patients présentant des comorbidités. Mais cette efficacité ne prend pas toujours en compte le contexte de vie du patient. Je pense notamment à ceux qui sont confrontés à une exclusion sociale extrême. Cela permet donc de mettre en avant que tous les professionnels ne sont pas en capacité d'apporter une prise en charge optimale pour les sans-abri. Cela montre donc l'importance de renforcer une approche plus intégrée autour des personnes sans-abri. Les services de santé ainsi que les services sociaux pourraient collaborer concomitamment sur un même lieu afin de répondre à l'ensemble des besoins de la personne.(Jego et al., 2018)

L'organisation des soins de santé varie d'un pays à l'autre. Certains pays tiendront davantage compte des recherches scientifiques et d'autres répondront aux demandes du terrain. L'organisation des soins est une question politique et dépend ainsi des objectifs des programmes des dirigeants.

Le modèle générique de prise en charge des problèmes de santé mentale ne permet pas de répondre aux besoins des personnes sans-abri. En effet, ces dernières priorisent autrement leurs besoins que la population générale. La mise en place de soins holistiques, soins prenant en compte l'intégrité de la personne, serait donc à privilégier (Bonin et al., 2009).

Il est également important de se rendre compte qu'une faible qualité de la continuité des soins a des effets négatifs sur la qualité de vie et l'intégration des personnes sans-abris (Dispa, 2015).

La mise en place d'un système de soins de santé adapté aux problématiques des personnes sans-abri pourrait améliorer leur état de santé. Ce système devrait à la fois prendre en compte les caractéristiques démographiques et les différents troubles que la personne présente. De fait, un programme qui pourrait correspondre à une personne schizophrène ne peut pas être appliqué tel quel à une personne schizophrène qui a une consommation de substance et ne correspond pas non plus à une personne schizophrène qui est diabétique (Krausz et al., 2013).

Il a été démontré qu'un traitement ambulatoire fiable est important, notamment pour éviter des hospitalisations ainsi que des dépenses inutiles (Hwang & Burns, 2014). Il a été remarqué que les problèmes de santé mentale sont peu, voire pas pris en charge dans les soins primaires.

Cette pratique est tout à fait compréhensible au vu du peu de demande de la part des personnes sans-abri, de leur irrégularité dans les soins, de leur habitude de consulter uniquement dans des phases de crises,...

Cependant, il est recommandé internationalement de prendre en charge la santé mentale dans les soins de santé primaire. En effet, les personnes sans-abri qui ont reçu un traitement pour des troubles de santé mentale, ont vu une amélioration de leur état de santé ainsi qu'une augmentation du taux d'orientation vers le logement. Les soins de santé primaire ne sont pas à envisager seuls, des services psychiatriques ambulatoires doivent également être un support (Kaduszkiewicz, Bochon, van den Bussche, Hansmann-Wiest, & van der Leeden, 2017).

Des prises en charge ont montré un changement de comportement de la part des personnes sans-abri. La gestion de cas standard, le traitement assertif dans la communauté et les interventions dans les moments critiques sont des modèles efficaces de prestations de soins de santé mentale. Ces types de prise en charge permettent de réduire la durée de l'itinérance et de diminuer les symptômes. Les personnes qui ont ce type de prise en charge, ont par la suite un meilleur accès aux services génériques (Hwang & Burns, 2014).

Les traitements dits communautaires assertifs ont montré qu'ils étaient plus efficaces que les modèles de traitement standard. Ce type de modèle se distingue du modèle actuellement mis en place en Belgique par une équipe multidisciplinaire, une faible charge soignant/soigné pour permettre d'intensifier les contacts, des services qui sont directement fournis par la communauté et une couverture 24h/24 par l'équipe responsable du traitement (Coldwell & Bender, 2007).

Comme nous le verrons dans la section ci-dessous, deux tendances s'opposent dans la prise en charge des personnes sans-abri : la première met davantage en avant l'hospitalisation, alors que la seconde maintient à l'inverse autant que faire se peut les personnes sans-abri présentant des troubles mentaux dans leur milieu de vie.

d. Approche comparative

En vue de mettre en place un système de soins de santé adapté aux personnes sans-abri, il est utile de s'inspirer des pratiques d'autres pays confrontés à une réalité similaire. L'étude des pratiques dans différents pays fera l'objet de la présente section.

Au niveau des soins de santé primaire, le **Royaume-Uni** organise trois filières différentes pour les personnes sans-abri :

- (i) la médecine générale traditionnelle avec un intérêt particulier pour les soins des personnes sans abri,
- (ii) la médecine générale spécialisée réservée aux patients sans-abri et,
- (iii) les soins primaires spécialisés pour les personnes sans-abri qui sont hospitalisées.

Aux **États-Unis**, les soins de santé primaires sont délivrés à 208 endroits. La prise en charge consiste en une sensibilisation active des personnes sans-abri, une gestion de cas intégrés, et une collaboration étroite avec les organisations communautaires (Hwang & Burns, 2014). La mise en place de ces approches permet une réduction du nombre de personnes sans-abri, du taux d'hospitalisation et du passage aux urgences.

Lorsque l'on parle de service intégré, la signification n'est pas la même qu'on soit d'un côté ou de l'autre de l'Atlantique.

Aux États-Unis, il s'agit d'un service spécialisé pour les personnes sans-abri associé à une offre de logement. Une prise en charge de la santé mentale associée à un logement aurait plus d'effets que la prise en charge de la santé mentale seule.

Au niveau européen, lorsque l'on fait référence aux services intégrés, ce sont les services de santé génériques avec des dispositifs spéciaux pour les personnes qui sont désignées. Les services qui sont spécifiquement dédiés aux personnes sans-abri sont davantage mis en place par des organisations non-gouvernementales ou des associations sans but lucratif. L'accent est donc moins mis sur le logement dans la prise en charge des personnes sans-abri présentant un trouble mental.

La différence entre les deux pratiques est la suivante : d'un côté de l'Atlantique, aux États-Unis, les soins sont fournis par les pouvoirs publics. Le personnel est mieux formé à la problématique car les structures sont spécifiquement consacrées à ce public. A contrario, en Europe, il y a moins de professionnels de la santé mentale formés, mais la sensibilisation sera davantage valorisée (Hwang & Burns, 2014).

La distinction entre l'approche européenne et l'approche américaine ne doit toutefois pas être exagérée. En effet, des services spécifiques pour les personnes sans-abri existent aussi en Europe. Il a été démontré que ce type de services a mené une amélioration de l'accès aux soins ainsi qu'à une meilleure réponse aux besoins des personnes. Cependant les soins sont de meilleure qualité lorsqu'ils sont fournis dans des systèmes génériques avec des soins intégrés (Canavan et al., 2012).

En **Australie**, les professionnels de la santé mentale exercent de manière intégrée dans les services de protection sociale dans le but de dépister les troubles psychiques chez les personnes sans-abri, et ce pour les renvoyer au plus tôt vers les services de santé mentale qui sont communautaires. C'est donc tout un parcours de soins et d'aiguillage qui a été mis en place. Cela a permis la réduction du taux d'hospitalisation et l'augmentation de l'utilisation des services communautaires (Salize, Werner, & Jacke, 2013).

Les constats en Europe sont fort similaires concernant la prise en charge de la santé mentale des personnes sans-abri, peu importe les pays. Après des études menées auprès des professionnels travaillant avec le public-cible, il en ressort des recommandations qui sont identiques pour les différents pays : la mise en place de programmes de proximité pour

identifier et impliquer les personnes souffrant de troubles mentaux, la facilitation de l'accès aux services multidisciplinaires qui fournissent différents aspects des soins, le renforcement de la collaboration et la coordination entre les différents services et la diffusion des informations sur les services aux groupes marginalisés et aux praticiens (Priebe et al., 2012).

Actuellement en **Belgique**, nous observons une désinstitutionalisation au profit de soins prodigués dans la communauté. Ce changement suit l'évolution de la psychiatrie, et ce dans le monde entier. Pour répondre à cette évolution, une réforme des soins de santé mentale a été mise en place en Belgique. Il s'agit de la réforme 107. Lorsque l'on parle de cette réforme, on fait référence à l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et autres établissements de soins qui précise ceci: "Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes"(Moniteur belge, 2008).

En quelques mots, la réforme 107 vise à soigner les personnes présentant un problème de santé mentale dans leur milieu de vie, en impliquant leurs familles, et en reléguant l'hospitalier au second plan, alors que la priorité lui était jusque-là donnée.

Ces transformations de l'organisation des soins, comme envisagées par la réforme 107, ont déjà été étudiées dans d'autres pays et montrent que la continuité des soins pour les personnes sans-abri présentant des troubles de santé grave n'est pas optimale et qu'elle entraîne de nombreuses réhospitalisations dans les premiers mois suivant une hospitalisation. De plus, l'observance aux traitements médicamenteux diminue rapidement et la qualité globale des soins de santé mentale est considérée comme faible.

3. Obstacles à la prise en charge des personnes sans-abri présentant un problème de santé mentale

A présent que nous avons décrit le système de soins de santé mentale pour les personnes sans-abri en Belgique et dans d'autres pays, et que nous avons mis en lumière les modalités de leur prise en charge, il convient de s'interroger sur les obstacles qui empêchent un accès optimal aux soins des personnes sans-abri.

Nous pouvons distinguer trois catégories d'obstacles. La première catégorie est liée à l'organisation des soins de santé. La seconde est liée aux soignants et la dernière est relative à la personne sans-abri.

Soulignons qu'un obstacle peut se retrouver dans plus d'une catégorie. Ainsi, par exemple, la difficulté de prendre en charge la comorbidité des patients est partiellement liée à l'organisation des soins de santé, et au fait qu'un service donné traite en général un trouble donné. La comorbidité est un phénomène particulièrement constaté chez les personnes sans-abri, de sorte que cet obstacle pourrait être lié aux personnes sans-abri. Enfin, les soignants eux-mêmes peuvent constituer un obstacle en proposant un traitement qui ne soigne que certains troubles, ou en n'identifiant pas des troubles. Conscients des limites de cette catégorisation, nous détaillerons ci-après les obstacles que nous identifions.

a. Obstacles liés à l'organisation des soins de santé

i. Difficulté de prendre en charge la comorbidité

Le premier obstacle que nous identifions est lié à l'organisation des soins de santé, et au fait que les personnes sans-abri ayant un problème de santé mentale présentent souvent **plus d'un trouble**. Or, lorsque des soins psychiatriques sont prodigués, ils concernent la plupart du temps un trouble, et les comorbidités (alcoolisme, consommation de drogues, problèmes physiques) sont trop souvent négligées dans la prise en charge. L'alcoolisme, par exemple, n'est traité que dans 14% des cas, alors qu'il favorise la pérennisation des autres troubles (McGuire, Gelberg, Blue-Howells, & Rosenheck, 2009).

ii. Complexité du système de soins

Les patients ayant des troubles de santé mentale sévères ont des difficultés à être pris en charge dans un système de soins complexe où les services sont proposés mais de manière fragmentée. Ils ne savent pas toujours vers qui se tourner pour bénéficier d'un traitement approprié.

La complexité du système de soins est une barrière pour une régularité dans les soins, et ce d'autant plus pour les personnes en perte de repères. Cependant, il est important de garder en tête qu'il est impossible d'organiser un système de soins qui organise des services communs pour tout type de patient (Lorant, Grard, Van Audenhove, Mark, & Nicaise, 2017). En d'autres termes, la complexité du système de soins de santé ne peut être tout à fait supprimée.

Enfin, le manque de coordination et de communication entre les services ainsi que les délais d'attente fort longs sont des obstacles pour l'accès aux soins des personnes sans-abri (Priebe et al., 2013).

b. Obstacles liés aux soignants

Dans la seconde catégorie d'obstacles, relative aux soignants, nous retrouverons les barrières liées à la méconnaissance du sans-abrisme, des problématiques associées, et des structures existantes.

Par ailleurs, les préjugés des soignants peuvent également être un frein.

De plus, la qualification des professionnels influe directement sur le type de soins reçus (Hwang & Burns, 2014).

Il existe différentes recommandations pour les travailleurs, y compris pour les médecins, afin de diminuer les obstacles venant des professionnels. Ces recommandations ont pour but de promouvoir des bonnes pratiques adaptées aux besoins des personnes sans-abri.

c. Obstacles liés aux personnes sans-abri

Dans une dernière catégorie, nous retrouvons la non-compliance, l'errance, les comorbidités (déjà mentionnées ci-dessus en lien avec l'organisation des soins de santé), le statut de la personne (séjour légal-illégal), ses croyances, la langue,...

i. Problème d'information et problème financier

D'après une enquête de Hwang et Burns, l'un des obstacles principaux est le fait que les personnes ne savent pas où elles doivent se faire soigner (32%) et qu'elles ne disposent pas des ressources financières nécessaires pour payer les consultations (29%). Le premier obstacle est un problème d'information des personnes sans-abri. Le deuxième obstacle est un problème financier. La consommation des substances freine aussi l'accès aux soins dans plus de 20% des cas (Hwang & Burns, 2014).

En ce qui concerne en particulier l'obstacle financier, celui-ci doit être relativisé. En effet, chaque personne, peu importe son statut de séjour légal/illégal, a droit à des soins de santé en Belgique. Si sa situation socio-économique ne lui permet pas d'accéder aux soins, elle a droit à une aide du CPAS. Elle se verra décerner, après des démarches certes parfois laborieuses, une carte de santé pour les personnes belges ou une aide médicale urgente pour les personnes illégales sur le territoire.

Cette aide leur donne droit à un médecin traitant ainsi qu'à une pharmacie qui sont désignés sur le document accordant l'aide médicale (Medimmigrant, 2018). Les personnes sans-abri peuvent ainsi avoir un médecin traitant. Le fait qu'elles pointent des problèmes financiers pour expliquer leur non-traitement est donc lié à un manque d'informations sur leurs droits.

Le médecin traitant est en première ligne pour la prise en charge des troubles de santé mentale. Cependant les médecins sont confrontés à différentes difficultés tels que les repérages insuffisants, les diagnostics à tort, les prescriptions inadéquates,... (Observatoire régionale de la santé, 2017). Ces difficultés sont liées au soignant.

ii. Non-compliance

La non-compliance, c'est-à-dire l'absence de recours aux soins ou aux traitements (on parle également de non-observance ou de non-adhérence), est également une barrière très présente, voire systématiquement présente chez les personnes sans-abri (Salavera, Tricas, & Lucha, 2013). La cause de la non-compliance serait principalement les troubles de santé mentale. Or d'autres facteurs pourraient également l'expliquer : les conditions de vie dans la rue (difficulté à satisfaire ses besoins primaires, alcoolisme, manque de repère,...), les représentations des personnes sans-abri et des soignants,... La non-compliance peut également venir de la faible (voire de l'absence de) demande des personnes sans-abri (Benoist, 2008).

La non-observance du traitement chez les personnes schizophrènes vivant à la rue est souvent associée à une rechute et à l'itinérance (Samalin, Garnier, Auclair, & Llorca, 2016).

La question qui vient dès lors tout naturellement à l'esprit est le moyen d'améliorer la compliance des personnes sans-abri schizophrènes.

Une des pistes abordées dans la littérature est la bonne adhésion aux antipsychotiques injectables à longue durée d'action. Cette adhésion entraîne également une observance du traitement par voie orale. Les antipsychotiques injectables associés à des interventions psychosociales montrent des améliorations significatives, notamment sur les symptômes psychiatriques ainsi que sur l'observance thérapeutique (Sajatovic et al., 2013). Cependant, le traitement par voie injectable est sous-utilisé pour la schizophrénie et moins d'un individu sur cinq non-adhérent reçoit ce traitement (D. Folsom & Jeste, 2002).

4. Une manière d'améliorer la compliance des personnes sans-abri : les antipsychotiques injectables à longue durée

Des études ont été réalisées sur la mise en place d'actions pour l'amélioration de l'adhérence, notamment par la mise en place d'un antipsychotique injectable à action prolongée.

Les antipsychotiques sont utilisés pour prévenir les rechutes. Toutefois, leur efficacité dépend de la prise régulière d'antipsychotiques, et donc de la compliance des patients. Or, celle-ci est basse, particulièrement chez les personnes sans-abri. Dès lors, des antipsychotiques injectables à longue durée d'action (LAI) ont été mis au point pour améliorer l'observance thérapeutique et réduire les risques d'abandon du traitement.

Les études ont prouvé que les antipsychotiques LAI étaient associés à une réduction significative de l'hospitalisation ou du risque d'hospitalisation par rapport aux antipsychotiques oraux. D'autres études basées sur un registre des hospitalisations ont montré qu'en pratique clinique, les LAI réduisent les hospitalisations plus efficacement que les autres types de traitements (Llorca et al., 2018).

La mise en place de ce type de traitement améliore l'état de santé des personnes. Si le calendrier des injections est suivi, il permet de réduire les symptômes, ainsi que de diminuer les hospitalisations et leur durée (Pilon et al., 2017).

Cependant les antipsychotiques injectables à longue durée d'action sont sous-utilisés dans les traitements de schizophrénie, et moins d'un individu sur cinq qui est non-compliant reçoit ce type de traitement (Sajatovic et al., 2013). De plus, les taux de prescription des antipsychotiques LAI varient considérablement entre les prestataires de services et tombent souvent en dessous de 20%. Différents facteurs peuvent dissuader la prescription des formes injectables : les croyances, le refus du patient, la contrainte perçue ou encore le risque présumé de tolérance inférieure (Kishimoto et al., 2017).

La prescription appropriée d'antipsychotiques LAI est influencée par plusieurs facteurs. Citons notamment :

- une pharmacocinétique variable ;
- le fait que les antipsychotiques LAI étaient initialement accompagnés d'importants effets secondaires, qui ont mis un certain temps à être résolu ;
- la peur du patient par rapport à l'injection ;
- et une attitude négative du patient et du médecin à l'égard du LAI, moins connu que d'autres types de traitement.

En conséquence, les antipsychotiques LAI sont souvent potentiellement réservés aux patients ayant des antécédents de rechute et une faible observance du traitement par voie orale (Llorca et al., 2018).

De plus, il existe des recommandations par rapport à ce type de traitement. Actuellement, les psychiatres prescrivent davantage aux patients schizophrènes des traitements antipsychotiques par voie orale (70%) que par voie injectable. Il a été démontré que plus un médecin suivait des personnes schizophrènes, plus il avait tendance à prescrire des antipsychotiques injectables à longue durée d'action (Samalin et al., 2016). La continuité des soins est donc essentielle pour la mise en place d'un tel traitement.

Si une injection est manquée, il est possible de reprogrammer une dose. Les injections d'antipsychotiques à longue action peuvent diminuer les symptômes de sevrages antipsychotiques résultant d'une adhérence partielle (Sajatovic et al., 2013).

Avant de passer à la question de recherche, faisons un point sur les différents éléments importants de la recherche de la littérature.

Le phénomène du sans-abrisme augmente de manière considérable ces dernières décennies. La prise en charge de ce public a un coût non négligeable. Les problématiques des personnes sans-abri peuvent être regroupées en différentes catégories : le logement, la situation sociale, la santé,...

Ce qui dans le cadre de notre mémoire nous intéresse plus particulièrement est la santé mentale et plus particulièrement la schizophrénie chez ce public. De fait, les troubles de santé mentale sont davantage présents que dans la population générale y compris la schizophrénie.

Le choix de ce thème se justifie notamment par le fait que lorsque l'on étudie la littérature, il est à la fois fort documenté mais il reste encore des questions en suspens. Notamment l'observance thérapeutique est peu observée chez les patients schizophrènes et encore moins pour ceux qui sont en errance. Certaines solutions sont mises en place et étudiées. C'est le cas notamment pour le traitement utilisant des antipsychotiques injectables à longue durée d'action. Il existe des recommandations concernant la mise en place, mais quand on évalue son utilisation, on se rend compte que sur le terrain, elles sont peu utilisées. C'est suite à cette réflexion que nous nous posons donc la question de recherche.

III. Question de recherche

A la suite de la revue de la littérature résumée ci-dessus, ma question de recherche est la suivante : Quelles sont les aides et les barrières à la mise en place d'antipsychotiques injectables à longue durée pour les patients sans-abri schizophrènes à Bruxelles?

Pour répondre à la question posée, il convient à présent de détailler la méthodologie que nous utiliserons.

IV. Partie recherche

Dans un premier temps, nous expliquerons la méthodologie que nous avons employée pour mener à bien notre recherche. Dans un deuxième temps, nous présenterons les résultats obtenus avant de les analyser de manière plus détaillée dans un troisième temps.

A. Méthodologie

Dans la partie qui suit, nous justifierons successivement le choix de la méthode et du terrain d'observation, et le choix de la méthode utilisée pour la récolte des données. Puis, nous expliquerons la manière dont nous avons construit l'échantillon et notre méthode d'analyse. Enfin, nous mettrons en lumière quelques forces et faiblesses de la méthode utilisée.

1. Choix de la méthode

Afin de répondre à la question de recherche, j'utiliserai une méthode quantitative. En effet, les données ciblées sur cette population n'existent pas en Belgique, de sorte qu'il est utile de recueillir des données auprès d'un maximum de soignants traitant des personnes sans-abri présentant des troubles mentaux.

La question de recherche vise à comprendre les freins et les barrières à la mise en place d'un traitement déterminé. Pour identifier le plus grand nombre d'éléments possibles, il est crucial de poser la question à un grand nombre de soignants.

Une recherche portant sur la prise de décision du traitement pour des patients schizophrènes (Samalin et al., 2016) a déjà été réalisée auprès de psychiatres français, et a mené à des résultats intéressants. Cela démontre la pertinence du choix de la méthode quantitative. Une partie du questionnaire utilisera les questions de cette recherche.

2. Choix du terrain

Le terrain choisi pour cette étude est constitué de médecins et psychiatres ayant des personnes sans-abri dans leur patientèle, pratiquant sur Bruxelles.

Le choix de poser le questionnaire aux soignants, et pas aux personnes sans-abri, n'est pas neutre. En effet, il part d'un point de vue déterminé.

Il peut se justifier pour les raisons suivantes. D'une part, il est plus facile d'obtenir des réponses à un questionnaire lorsqu'on l'adresse à des soignants plutôt qu'à des personnes sans-abri. En effet, ces dernières ont une série de barrières qui les empêchent de répondre au questionnaire : des barrières pratiques (disposent-elles d'une connexion internet et d'une adresse e-mail pour répondre au questionnaire ?), des barrières de langue (toutes les personnes sans-abri ne parlent pas le français, et les termes utilisés dans la recherche sont des termes spécialisés),...

A l'inverse, nous sommes partis du principe que les médecins et les psychiatres qui ont des personnes sans-abri dans leur patientèle auraient un intérêt pour la question et seraient dès lors plus enclins à partager leur expérience. Ils disposent tous d'une adresse e-mail qui leur permet de recevoir et de répondre au questionnaire. En outre, ma pratique professionnelle (infirmière coordinatrice au Samusocial) me permet de connaître les coordonnées des soignants traitant les personnes sans-abri. Nous reviendrons sur ce choix dans les limites de cette étude.

Le choix de Bruxelles se justifie par le fait que c'est un terrain que je connais bien, que ce soit au niveau des personnes sans-abri ou au niveau des médecins et psychiatres. Il y a (malheureusement) suffisamment de personnes sans-abri à Bruxelles pour avoir un échantillon représentatif. De plus, actuellement à Bruxelles, il n'existe pas de publications sur ce thème.

La limitation aux médecins et aux psychiatres (et pas aux infirmiers par exemple) s'explique par le rôle de première ligne qu'ils jouent dans la prescription et la mise en place des traitements au personnes sans-abri présentant un trouble mental.

3. Choix des outils pour la récolte de données

a. Orientations générales

L'outil utilisé pour la collecte est un questionnaire en ligne mis sur *Qualtrics*. Il contient différents types de questions : choix multiples, questions ouvertes, questions avec curseur, des matrices ainsi que des questions avec ordre de classement. L'avantage de cet outil est sa facilité d'utilisation et la possibilité d'exploiter rapidement les données qui sont obtenues.

Les premières questions auront pour but d'élaborer les caractéristiques de l'échantillon, la seconde partie portera sur les pratiques actuelles en termes de traitement et la troisième partie abordera les barrières et les facilitateurs à la mise en place de ces traitements. Nous examinerons et justifierons ci-après plus en détail chacun de ces éléments.

b. Choix des caractéristiques de l'échantillon

L'identification des caractéristiques de l'échantillon (première partie) nous semble tout d'abord essentielle dans la mesure où il nous permet de savoir quel type de répondants répond au questionnaire, et d'ainsi mieux comprendre leurs réalités, qui peuvent mener à des recommandations différentes. De plus, l'identification de différences dans les réponses au questionnaire permet de cibler la meilleure politique à mettre en place : ainsi, si des psychiatres identifient par exemple d'autres barrières à la mise en place d'un traitement par rapport aux médecins généralistes, les moyens de soulever ces barrières seront différents. Nous avons retenu les critères de la profession, du lieu d'exercice, de l'âge et du nombre d'années d'expérience et du sexe. De même, le nombre de personnes sans-abri et schizophrènes traitées par le répondant a une importance pour évaluer notamment les différences de pratique selon l'expérience.

c. Choix des questions liées aux pratiques actuelles en termes de traitement

Dans les questions liées aux pratiques actuelles en termes de traitement, nous avons identifié quatre catégories, qui correspondent aux quatre grands types de traitement adaptés aux personnes sans-abri :

- Traitement oral de première génération
- Traitement par injection à action prolongée de première génération
- Traitement oral de deuxième génération
- Traitement par injection à action prolongée de deuxième génération

Nous avons ensuite posé des questions relatives à la possibilité pour un médecin généraliste d'initier ou de poursuivre un traitement pour les personnes schizophrènes en général, et pour les personnes schizophrènes sans-abri en particulier. En effet, il est essentiel de bien comprendre la perception des soignants par rapport à leurs possibilités. La question porte en particulier sur les médecins généralistes (et pas sur les psychiatres par exemple) en raison du fait que les études ont démontré que les médecins généralistes sont en première ligne pour développer un trajet de soins, et que les résultats qu'ils enregistrent sont positifs.

Nous avons fait une distinction entre personnes schizophrènes en général et personnes sans-abri schizophrènes en raison du fait que nous avons constaté dans notre revue de littérature que les personnes sans-abri ont des caractéristiques tout à fait singulières. Nous nous attendions donc à une différence de réponse entre les deux catégories.

Quant à la distinction entre initiation et poursuite de traitement, elle s'explique par le fait qu'un soignant peut estimer que son rôle n'est pas d'initier un traitement, par exemple parce qu'il n'a pas les compétences ou le temps de le faire, mais il peut en revanche être prêt à poursuivre un traitement initié par un tiers.

d. Justification des questions en lien avec les barrières et les facilitateurs à la mise en place d'un traitement

Comme la question de recherche porte sur les barrières et les facilitateurs à la mise en place d'un traitement pour les personnes sans-abri, il s'imposait de poser des questions à ce sujet. Les questions que nous avons proposées distinguent les barrières du côté des sans-abri et celles du côté des soignants. En effet, nous avons vu dans notre revue de littérature que les obstacles empêchant les personnes sans-abri d'être correctement prises en charge sont des obstacles liés notamment aux soignants et aux personnes sans-abri. Le troisième aspect empêchant une bonne prise en charge (l'organisation des soins de santé) est également abordé de manière transversale en tant que barrière pour le soignant ou pour la personne sans-abri.

Nous avons distingué les questions liées aux barrières pour les personnes sans-abri et celles liées aux barrières pour les soignants en raison du fait qu'elles recouvrent des réalités différentes, bien que certaines barrières puissent se retrouver dans plusieurs questions, comme par exemple le coût financier de certains traitements.

Nous avons fait le choix de proposer une question fermée avec le classement des barrières et des facilitateurs à réaliser du plus important au moins important. Les différentes barrières et les facilitateurs que nous avons retenus proviennent de notre revue de la littérature. Nous avons laissé la possibilité aux répondants de rajouter d'autres barrières ou facilitateurs qu'ils distingueraient. Cette possibilité permet de s'assurer que nous n'omettons aucun élément.

4. Construction de l'échantillon

L'échantillon lors d'une étude quantitative se doit d'être représentatif. Il doit au minimum contenir 30 participants. Le questionnaire contenait des critères d'inclusion : être médecin ou psychiatre, exercer sur le territoire de Bruxelles et suivre des patients sans-abri.

Le questionnaire a été envoyé via l'adresse mail des professionnels. Il a été envoyé à 81 personnes identifiées comme rentrant dans les critères d'inclusion avec une demande de rediriger le questionnaire vers d'autres professionnels rentrant dans les critères.

Au vu du peu de réponses des médecins généralistes, une relance du questionnaire a été effectuée par e-mail et par téléphone.

5. Méthode d'analyse

L'ensemble des données récoltées sera analysée par le logiciel SPSS.

L'analyse des résultats se fera via différents types de tests. L'analyse des corrélations se fera via des régressions linéaires tandis que les comparaisons entre les groupes se feront grâce au test de Mann-Whitney.

Une première partie des résultats consistera en leur description afin de mieux connaître les pratiques actuelles concernant les traitements. La seconde partie consistera en une comparaison entre les groupes. Enfin, la dernière consistera en une analyse des barrières et des facilitateurs.

6. Forces et faiblesses de la méthode

Les faiblesses de cette méthode sont multiples. On peut remettre en question le fait de savoir si l'échantillon qui a répondu est réellement représentatif des pratiques. Ainsi, on peut par exemple se demander si les médecins et psychiatres qui n'ont pas répondu sont ceux qui ont le moins d'intérêt pour la problématique.

De plus, le choix même de médecins et de psychiatres exclut les personnes sans-abri, et on ne peut donc avoir connaissance de leur ressenti. Pour pallier à cette faiblesse, nous avons demandé dans le questionnaire quelles sont, selon les répondants, les barrières pour les sans-abri qui empêchent la mise en place d'antipsychotiques à longue durée injectables.

Par ailleurs, la méthode quantitative a les défauts de ses avantages : elle pose des questions fermées et ne permet donc pas toujours au répondant de pleinement rendre compte de son opinion : il se peut que la réponse à la question ne figure pas dans les choix proposés par le questionnaire, ou que le répondant souhaite rajouter des éléments sans que le questionnaire ne le permette. Pour pallier à cette faiblesse, nous avons prévu des réponses de type « autre » et avons laissé la possibilité de rajouter des observations. Cette possibilité a d'ailleurs été utilisée par certains répondants.

De plus, la méthode quantitative et l'envoi par e-mail est une méthode beaucoup plus désincarnée que des études qualitatives qui privilégieraient d'aller sur le terrain et de rencontrer les gens. Dès lors, le risque est que les personnes ne répondent pas à toutes les questions posées, ou qu'elles les comprennent mal.

Nous pensons toutefois que la méthode utilisée a également des forces. En effet, elle permet d'obtenir des résultats auprès d'un nombre important de soignants, ce qui permet de se faire une meilleure idée des pratiques existantes et des visions des soignants sur la question. De plus, le choix de Bruxelles permet d'avoir des résultats sur un terrain qui nous concerne directement et que nous connaissons bien, ce qui améliore la chance d'avoir les coordonnées des personnes prêtes à répondre au questionnaire.

A présent que notre méthodologie a été clarifiée, il convient de présenter les résultats obtenus.

B. Résultats

1. Caractéristiques des participants

Notre échantillon se compose de 39 professionnels âgés en moyenne de 40 ans. Il est constitué de psychiatres (17) de médecins généralistes (12) et d'autres professionnels (10) comme des infirmiers, des psychologues,... Lors de l'envoi des questionnaires, ils ont soit été directement envoyés à certains médecins généralistes (16), soit à leur maison médicale (13) ou centre de santé mentale (16) mais aussi directement aux psychiatres hospitaliers (40). Lors de l'envoi du questionnaire, il avait été demandé de transmettre aux collègues concernés, ce qui fait que d'autres types de professionnels ont également rempli le questionnaire. On peut donc constater que le questionnaire a été transmis à des personnes qui n'étaient initialement pas visées par le questionnaire, mais qui ont néanmoins une expertise et un avis sur la question. On peut constater également que les répondants se répartissent relativement bien entre psychiatres, généralistes et professionnels de la santé. Toutefois, j'ai délibérément décidé de ne pas exclure les non-médecins car ces personnes travaillaient en collaboration avec des médecins, ainsi qu'avec le public des personnes sans-abri et pouvaient ainsi donner des indications sur les pratiques de leur institution.

Le premier élément frappant qui ressort de cette étude est qu'un nombre important de questions ont un faible taux de réponse. Environ une moitié de l'échantillon interrogé a répondu au questionnaire, mais certaines questions ont enregistré un très faible taux de réponse. Une explication possible à ce sujet est que certaines questions sont uniquement adressées aux médecins. Cela sera approfondi dans les limites de cette étude. Les conséquences du faible taux de participation est que la fiabilité des résultats est entachée. Et donc que nos conclusions seront limitées. A l'inverse, nous nous attendions à un plus haut taux de réponse de la part des médecins généralistes. Ceux-ci sont en effet, davantage encore que les psychiatres, en première ligne. Toutes les personnes sans-abri ont accès théorique à un médecin généraliste grâce à la carte médicale ou l'AMU (aide médicale d'urgence).

Un autre élément frappant est le haut taux de participation de psychiatres. Cela fait écho au questionnaire initié en France que j'ai évoqué plus haut (Samalin et al., 2016), qui visait exclusivement les psychiatres. Il est donc indéniable que les psychiatres ont un intérêt pour la question des personnes sans-abri présentant des troubles mentaux. Par définition, les psychiatres ayant répondu au questionnaire sont déjà sensibilisés à la problématique des personnes sans-abri puisqu'elles constituent une partie de leur patientèle. En matière de politique de santé publique, l'intérêt des psychiatres implique qu'ils peuvent être un acteur important dans la mise en place de traitements pour les personnes sans-abri atteintes de schizophrénie, et qu'il faut donc les impliquer dans la définition de cette politique.

Lorsqu'on analyse l'âge des professionnels ainsi que leur durée de carrière, on peut remarquer que les personnes ont déjà de l'expérience derrière eux. Cela a des implications sur le type de traitements qu'ils prescrivent. En effet, les antipsychotiques injectables de seconde génération

ont été développés dans le début des années 90. Les études d'efficacité ainsi que les recommandations incluant ce type de traitement sont assez récentes. Cela signifie que les médecins d'un certain âge n'ont pas eu l'occasion d'étudier l'efficacité ce type de traitement lors de leurs études, ou sont restés au stade de la première génération de médicaments, qui avait encore des effets secondaires importants. Ces médecins plus âgés ont donc dû se former par eux-mêmes. Cet état de fait implique que des médecins plus âgés ne sont probablement pas au fait des dernières avancées et recommandations, et ne prescrivent dès lors pas nécessairement le traitement le plus approprié, nous y reviendrons ci-après.

Tableau 4 Caractéristiques de l'échantillon (n = 39)

Variables		Valeurs manquantes	Moyenne $\pm$ DS	n (%)
Sexe		2 (5,1%)		
	Femme			19 (51,4)
	Homme			18(48,6)
Age, en année		2 (5,1%)	40,2 $\pm$ 11,94	
Durée de carrière		2 (5,1%)	11,3 $\pm$ 9,5	
Fonctions		0		
	Psychiatre			17 (43,6)
	Médecins généralistes			12 (30,8)
	Autres			10 (25,6)
Type d'institutions				
	Hôpital			17 (35,5)
	Ambulatoire			31 (64,5)

De plus, l'échantillon est constitué de manière quasi équitable d'hommes (18) et de femmes (19). Ils ont une carrière professionnelle de 11 ans en moyenne. Enfin, ils sont répartis comme suit entre le milieu hospitalier (17) et le milieu ambulatoire (31). Une majorité de répondants provient donc du milieu ambulatoire. Le tableau ci-dessous illustre le lieu de pratique des répondants.

Par ailleurs, les répondants ont en moyenne 20,48 patients schizophrènes et 22,06 patients sans-abri. On peut retenir que les répondants sont donc confrontés à une population relativement importante de personnes sans-abri et de personnes schizophrènes dans leur patientèle. Quant aux patients sans-abri schizophrènes, chaque répondant en compte en moyenne un peu moins de 10 dans sa patientèle.

2. Traitement prescrit

Les résultats relatifs aux traitements prescrits par les répondants aux personnes sans-abri schizophrènes se sont révélés assez décevants. En effet, plus du $\frac{3}{4}$ des répondants n'ont pas répondu à cette question, ce qui implique que ceux qui ont bel et bien répondu ne constituent pas un échantillon représentatif. Cela sera développé dans la discussion, dans la partie des limites.

On mentionnera donc que les antipsychotiques de 2^{ème} génération par voie orale sont les plus administrés par les répondants, suivis par les antipsychotiques de 2^{ème} génération par voie injectable à action prolongée. Les antipsychotiques de 2^{ème} génération par voie orale sont certes plus adaptés que le traitement par voie orale de première génération. Toutefois, nous avons exposé dans la partie théorique qu'il est problématique dans la mesure où il suppose une régularité dans les soins, et une compliance que les personnes sans-abri ont du mal à respecter. Ce type de traitement est donc efficace, mais pas adapté ni recommandé à la réalité particulière des personnes sans-abri, qui présentent dès lors un risque supérieur de rechute.

3. Initiation du traitement chez les personnes schizophrènes

Le questionnaire comportait aussi des questions autour de l'initiation d'un traitement ainsi que de sa poursuite. A nouveau, nous avons dû constater peu de participation. Seulement onze participants y ont répondu. Les résultats obtenus sont donc à prendre avec des pincettes.

Cinq médecins qui ont répondu ont déjà mis en place en traitement, tandis que six n'en ont pas mis en place. Ce nombre (bien que portant sur un échantillon très limité) est interpellant.

Concernant les répondants qui ont initié un traitement, la question du type d'antipsychotique déjà mis en place pour des personnes sans-abri était également posée. Dans tous les cas, ils avaient déjà mis en place un antipsychotique de seconde génération par voie orale et dans un peu plus de la moitié des cas un antipsychotique de seconde génération injectable. Les antipsychotiques de première génération (orale et injectable) n'avaient pas été prescrits. Nous avons également constaté que les soignants n'établissaient pas de distinction dans leur réponse entre ces deux catégories. On peut en déduire qu'elles estiment qu'un patient sans-abri est un patient comme un autre, qui ne nécessite pas de traitement particulier.

Si l'on en vient à présent aux résultats en eux-mêmes, ceux-ci sont plutôt encourageants : en effet, 2/3 des répondants sont plutôt d'accord avec le fait qu'ils peuvent initier un trajet de soins de santé mentale pour les personnes sans-abri. Au vu des résultats des études qui démontrent que la prise en charge en dehors des institutions, notamment par les médecins généralistes, est la plus efficace, ce constat est positif.

Le fait qu'1/6 des répondants n'aient pas d'avis sur la question signifie qu'ils n'ont jamais, dans leur pratique, été confrontés à de telles questions, alors même qu'ils ont dans leur patientèle des personnes sans-abri schizophrènes. En d'autres termes, la question d'initier un trajet de soin ne s'est même pas posée pour eux et ils ne l'ont pas fait en pratique.

Quant à ceux qui estiment que ce n'est pas le rôle des médecins généralistes d'initier un trajet de soin, il serait intéressant de se pencher davantage sur leur raisonnement : estiment-ils que des médecins spécialisés ou que des psychiatres sont mieux à même de remplir une telle mission, pensent-ils que la mise en place d'un traitement relève de l'hôpital ou d'institutions spécialisées,... ? Ces questions resteront sans réponse dans le cadre de la présente étude.

4. Poursuite du traitement antipsychotique injectable chez les personnes schizophrènes sans-abri

On retrouvera ci-dessous le graphique qui montre pour l'ensemble des soignants (psychiatre et médecin) si pour eux, les médecins généralistes peuvent initier et poursuivre un traitement antipsychotique pour des patients schizophrènes, et des patients schizophrènes sans-abri. Le taux de réponse à cette question est assez faible (12).

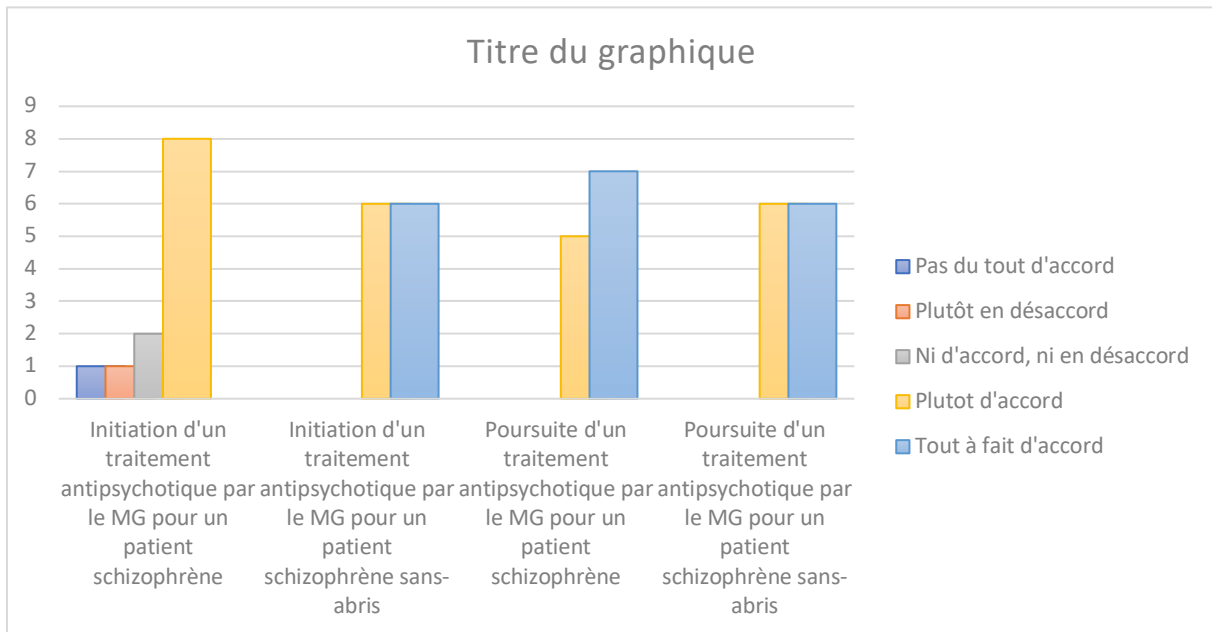


Figure 11 Initiation et poursuite du traitement par les médecins généralistes

On constate que huit répondants sont plutôt d'accord avec le constat qu'un médecin généraliste peut mettre en place un traitement. Deux des répondants n'ont pas d'avis et deux sont plutôt, ou pas du tout d'accord. La discordance entre le nombre de personnes qui estiment qu'un médecin généraliste peut mettre en place un traitement, et le nombre de répondants ayant effectivement répondu à la question concernant le traitement mis en place, est significative.

En ce qui concerne la poursuite d'un traitement antipsychotique initié par un psychiatre, la réponse est unanime : les médecins généralistes peuvent poursuivre un tel traitement.

Lorsque l'on met en corrélation les données relatives à la poursuite d'un traitement, il y a très peu de différences entre les avis des médecins généralistes et des psychiatres et aucune différence entre les professionnels suivant des patients schizophrènes et des patients schizophrènes vivant à la rue. Le traitement des personnes sans-abri ne présente donc pas de spécificité d'après les répondants, le lieu d'habitation ne joue donc pas de rôle. Si l'on poursuit ce constat, on peut en déduire que des médecins spécialisés en santé mentale des sans-abris ne sont pas forcément nécessaires : le traitement de la santé mentale des sans-abri ne présenterait pas de spécificité.

L'unanimité par rapport à la poursuite d'un trajet de soins reflète également divers éléments intéressants pour la pratique. Cela montre que chaque répondant estime qu'il a un rôle à jouer dans la mise en place d'un traitement pour les personnes sans-abri schizophrènes.

Pour les répondants qui estimaient que leur rôle n'était pas d'initier un trajet de soins, le fait qu'ils acceptent de poursuivre un traitement entamé démontre qu'ils sont prêts à collaborer pour soigner les personnes sans-abri schizophrènes.

On peut émettre l'hypothèse qu'elles ne s'estiment pas les mieux à même de mettre en place un trajet de soins parce qu'elles ne sont pas les personnes qui disposent des qualifications et des connaissances spécifiques pour répondre au mieux, en première ligne, aux problèmes rencontrés. Le problème n'est donc pas lié à de la mauvaise volonté (puisque les soignants sont prêts à poursuivre un traitement), mais à des barrières identifiées par les soignants. Nous y reviendrons plus en détail dans notre analyse de la réponse à la question des barrières à la mise en place d'un traitement.

5. Facteurs liés au patient dans la mise en place d'un traitement

Lors du questionnaire, il a été demandé de classer par ordre d'importance les facteurs liés au patient et au soignant dans la décision de la mise en place d'un traitement antipsychotique injectable. Le facteur le plus important étant classé comme numéro un et le moins important comme numéro six.

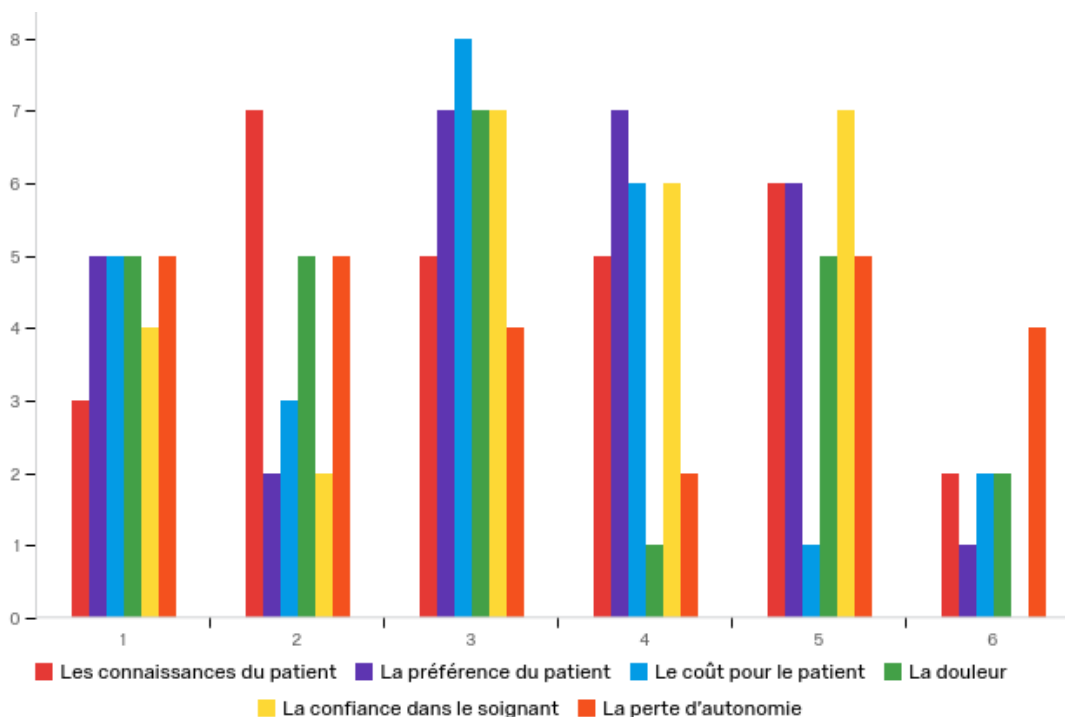


Figure 12 Barrières liés aux patients

Le graphique ci-dessus et le tableau ci-dessous illustrent tout d'abord les facteurs liés aux patients, selon la perception des personnes ayant répondu au questionnaire.

Tableau 5 Distribution des barrières lié aux patients vu par les soignants concernant l'utilisation d'antipsychotiques injectables (n= 39)

		Les connaissances du patient	La préférence du patient	Le coût pour le patient	La douleur	La confiance dans le soignant	La perte d'autonomie
N	Valide	27	27	27	24	26	26
	Manquant	12	12	12	15	13	13
Moyenne		3,44	3,33	2,70	3,13	3,19	3,00
Ecart type		1,48	1,49	1,71	1,65	1,50	1,92
Variance		2,18	2,23	2,91	2,72	2,24	3,68

Notes. Les participants devaient classer les barrières de 1 à 6. 1 étant la barrière la plus importante et 6 la barrière la moins importante.

On peut constater que l'ensemble des facteurs semblent pertinents puisque leur moyenne est assez rapprochée. Rappelons que le facteur qui a la moyenne qui tend le plus vers 1 est celui qui est considéré comme le plus important.

En l'espèce, le premier facteur est le coût pour le patient, avec une valeur moyenne de 2,7. Le deuxième facteur cité est la perte d'autonomie (valeur moyenne de 3), suivi de la douleur (3,13), la confiance dans le soignant (3,19), la préférence du patient (3,33) et enfin les connaissances du patient (3,44).

a. Le coût pour le patient

Le facteur qui présente le plus d'importance pour les patients aux yeux des soignants est le coût du traitement pour les patients. Nous avons déjà vu ci-dessus que le coût des traitements antipsychotiques injectables à longue durée est effectivement supérieur au coût d'un traitement oral. En ce sens, la réponse apportée par les soignants n'est pas étonnante. De plus, il est clair que les personnes sans-abri ne disposent que de très peu de ressources, ce qui justifie qu'elles accordent une importance prépondérante au coût du traitement, et ce quand bien même le traitement serait efficace.

b. La perte d'autonomie

Le deuxième facteur cité par les répondants concernant les barrières des personnes sans-abri à la mise en place d'un traitement par injection est la perte d'autonomie. L'importance de ce résultat démontre l'importance que les personnes sans-abri accordent à leur autonomie. Bien qu'elles n'aient pas une situation socio-économique stable et qu'elles dépendent des autres pour différents aspects de leur vie, elles continuent à privilégier l'autonomie.

c. La douleur

La troisième barrière invoquée par les médecins généralistes et les psychiatres à ce sujet est la douleur. Certes, la prise du traitement se fait par injection. Il y a donc une douleur au niveau du site de l'injection. Toutefois, le ressenti des patients doit également être pris en compte et il convient d'également travailler sur cette barrière.

d. La confiance dans le soignant

La confiance dans le soignant n'arrive qu'en quatrième position des barrières des personnes sans-abri pour la mise en place d'un traitement antipsychotique injectable. Au vu des études menées sur les personnes sans-abri, qui démontraient que celles-ci ont en général une méfiance par rapport aux soins et aux soignants, nous aurions pu nous attendre à ce que cette barrière arrive davantage en tête des priorités mais n'oublions pas que le questionnaire était uniquement destiné aux soignants.

Le fait que cet élément arrive en quatrième position démontre également que les soignants ne considèrent pas que la confiance de leurs patients est le premier élément qui détermine la mise en place d'un traitement.

e. La préférence du patient

En avant-dernière position des barrières à la mise en place d'un traitement, les répondants mentionnent la préférence du patient. D'un côté, il n'est pas étonnant que cet élément figure en queue de peloton. En effet, les patients, pour avoir une préférence, doivent connaître les tenants et les aboutissants des différentes options qui leur sont ouvertes. Le choix d'un traitement plutôt que d'un autre n'est pas nécessairement un choix qui relève du patient. On peut émettre l'hypothèse que les soignants classent si bas les préférences du patient en raison du fait qu'ils considèrent que la décision d'instaurer tel ou tel traitement leur revient.

D'un autre côté, les préférences du patient ne doivent pas être négligées. En effet, l'adhésion du patient au traitement qui lui est administré augmente la probabilité qu'il s'y conforme et que le traitement porte ses fruits. De plus, nous avons vu que le public sans-abri fréquente peu les soins de santé primaire, et que leurs contacts avec le monde médical sont souvent liés à l'urgence. Si l'on ne tient pas compte de leurs préférences, il est probable qu'ils fréquenteront encore moins leur médecin et qu'il ne sera donc pas possible de mettre en place un traitement.

f. Les connaissances du patient

Enfin, le dernier facteur est les connaissances du patient. Le fait que ce facteur arrive en dernière position témoigne du fait que les répondants estiment que ce n'est pas le facteur le plus essentiel. On peut développer l'hypothèse que les répondants estiment que les connaissances du patient sans-abri en matière de traitement sont assez limitées, et ne lui permettent pas de faire un choix éclairé.

6. Facteurs liés au soignant dans la mise en place d'un traitement

Enfin, nous avons posé une question par rapport aux facteurs liés au soignant dans la mise en place d'un traitement. A l'inverse de la question précédente, cette question amène le soignant à s'interroger sur sa propre pratique et sur son propre ressenti et non celui d'une personne tierce.

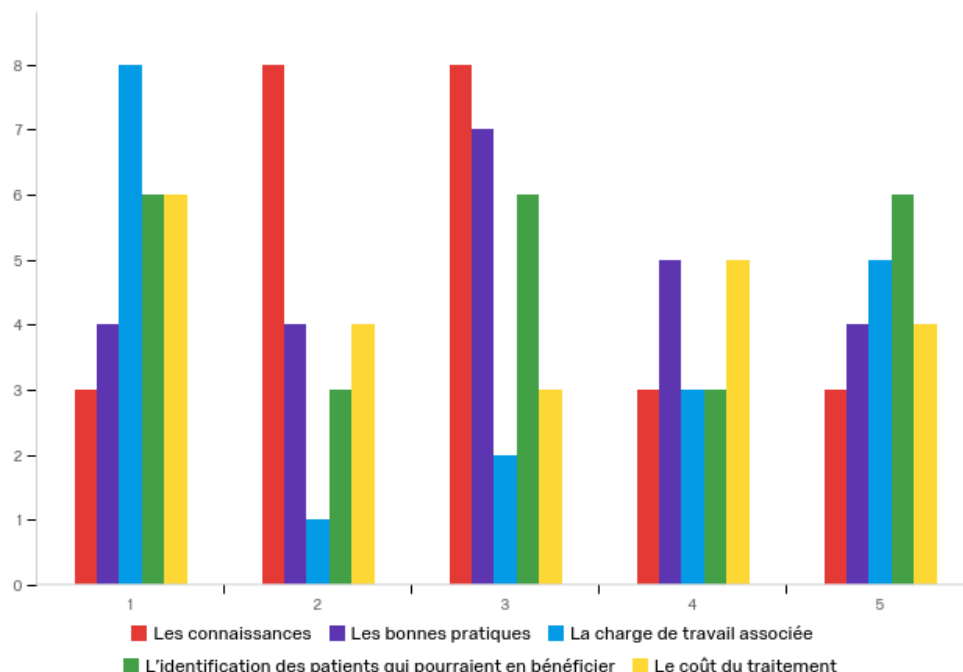


Figure 13 Barrières liées aux médecins

Comme il ressort du graphique ci-dessus et du tableau ci-dessous, les valeurs observées sont là-aussi très proches.

L'élément le plus important pour les soignants est la charge de travail associée au traitement (valeur de 2,3). Le deuxième élément est le coût du traitement (2,63), élément qui avait déjà été mis en valeur en lien avec les facteurs influençant le choix du patient. Les connaissances du soignant (2,69) figurent en troisième position. Enfin, l'identification des patients qui pourraient en bénéficier (2,88) et les bonnes pratiques (2,92) clôturent le classement.

Tableau 6 Distribution des barrières liées aux soignants concernant l'utilisation d'antipsychotiques injectables (n=39)

		Les connaissances	Les bonnes pratiques	La charge de travail associée	L'identification des patients qui pourraient en bénéficier	Le coût du traitement
N	Valide	26	25	23	25	24
	Manquant	13	14	16	14	15
Moyenne		2,69	2,92	2,30	2,88	2,63
Ecart type		1,29	1,44	1,92	1,62	1,66
Variance		1,66	2,08	3,68	2,61	2,77

Notes. Les participants devaient classer les barrières de 1 à 5. 1 étant la barrière la plus importante et 5 la barrière la moins importante.

g. La charge de travail associée au traitement

Le premier facteur invoqué par les soignants est la charge de travail associée au traitement. Cet élément très pragmatique doit être pris en compte : si un soignant estime que la charge de travail qui lui est imposée par un traitement est trop importante, il ne le prescrira pas.

Les éléments qui seraient associés à la charge de travail est la régularité de rendez-vous avec le patient, la réalisation de la prescription du traitement, la réalisation de l'injection, le suivi de la régularité du traitement,... Cela impliquerait que le soignant qui réalise l'injection aurait également un rôle dans le suivi du traitement et devrait interpeller la personne si le traitement n'est pas pris.

h. Le coût du traitement

Le deuxième argument mis en avant par les soignants est le coût du traitement. Cet élément avait également été mentionné dans les barrières liées aux patients.

Le fait que les soignants estiment également que le coût du traitement est trop élevé démontre qu'ils sont eux-mêmes insuffisamment informés, et qu'ils transmettent donc une information faussée à leurs patients.

i. Les connaissances du soignant

Les connaissances du soignant arrivent en troisième position. Cela indique que certains soignants s'estiment insuffisamment armés pour mettre en place un traitement antipsychotique injectable à longue durée. On peut mettre cet élément en lien avec le fait que les preuves concernant les traitements injectables à longue durée d'action sont apparues récemment, et que les soignants ayant répondu au questionnaire ont un âge moyen d'une quarantaine d'années. Ils ont donc dû développer leurs connaissances sur le terrain ou par le biais de formations continues.

En lien avec les connaissances du soignant, on peut mentionner ses compétences. Ainsi, les personnes sans-abri sont parfois davantage en contact avec des infirmiers ou avec des assistants sociaux qu'avec des médecins. C'est le sens du commentaire d'une des répondantes, infirmière, qui estime que le traitement par injection serait le plus efficace, mais qui rajoute que les infirmières ne peuvent pas prescrire un tel traitement.

j. L'identification des patients

L'avant-dernier facteur mentionné est l'identification des patients. Celle-ci semble donc ne pas être trop problématique. L'identification des patients suppose tout d'abord que les patients se rendent effectivement chez leur médecin, ce qui ne va pas de soi pour toutes les personnes sans-abri. Un deuxième présupposé est que les médecins identifient correctement la pathologie, et soient au courant du fait que leurs patients sont des personnes sans-abri, pour lesquelles le traitement par voie d'injection est le plus approprié.

k. Les bonnes pratiques

Enfin, les bonnes pratiques ne constituent pas un obstacle à la mise en place d'un traitement. A l'inverse, leur dernière position indique qu'elles peuvent jouer un rôle de facilitateur. Le partage d'expériences et d'études sur la question permettra d'élargir ces bonnes pratiques.

Celles-ci sont d'autant plus nécessaires que le public sans-abri est un public limité, traité par un nombre déterminé de médecins, et que le public sans-abri schizophrène est un public encore plus restreint. Dès lors, le nombre de médecins qui soignent des personnes sans-abri schizophrènes est lui-aussi limité, et la problématique spécifique de ce type de population ne retient pas l'attention d'un grand nombre d'études et de séminaires.

l. Les autres observations des répondants

Quelques répondants ont rajouté des observations supplémentaires. Elles permettent de mettre en lumière d'autres éléments qui complètent ou précisent les résultats. J'ai également essayé de contacter les médecins généralistes par téléphone au vu du faible taux de réponses. Seuls deux m'ont accordé du temps pour échanger sur le thème de mon mémoire.

i. En lien avec les barrières

Ainsi, le **premier élément** mentionné est la non-compliance des personnes sans-abri. Il est exact que les personnes sans-abri ne suivent pas leur traitement de manière optimale, et qu'il convient donc de mettre en place un traitement qui demande le moins de démarches possibles de la part de la personne sans-abri.

En lien avec la compliance, un autre répondant ajoute qu'il faut souvent quelqu'un pour garder et surveiller la prise des médicaments, donc prescrire serait uniquement possible si la personne sans-abri dort dans une maison d'accueil.

Le **deuxième élément** mis en évidence par l'un des répondants et déjà mentionné dans la revue de littérature est le fait que les patients sans-abri sont à risque de poly-pathologie. Cette observation est exacte. Elle pourrait constituer un frein au traitement si celui-ci, tout en soignant la schizophrénie, venait à empirer d'autres pathologies.

Une **autre observation** concerne le ressenti de la personne et de la communauté au sein de laquelle elle vit. Cette observation peut partiellement être reliée aux connaissances et aux préférences du patient, mais est plus spécifique. Ainsi, certaines personnes sans-abri se refusent à tout traitement, ou minimisent toute maladie.

En lien avec cet obstacle, nous estimons que la confiance envers le médecin est la mieux à même de venir à bout des réticences du patient. Cela implique que la relation se construise sur la durée, et donc que les soignants et les personnes sans-abri se rencontrent effectivement

régulièrement. Si cette condition est remplie, la probabilité que le patient accepte d'écouter son médecin et d'initier un traitement augmentera.

Enfin, une **dernière observation** concerne le manque d'accessibilité des psychiatres (pour initiation du traitement ou conseil). La personne ayant fait cette observation, qui n'est manifestement pas psychiatre, indique par là qu'elle estime qu'il revient aux psychiatres d'initier un traitement, et que ceux-ci sont plus qualifiés qu'elle pour initier ou poursuivre un traitement. Le problème sous-jacent est donc un manque de connaissance ou d'information des médecins généralistes et des autres soignants.

ii. En lien avec les facilitateurs

Aucune question spécifique ne traitait directement des facilitateurs à la mise en place d'un traitement. Toutefois, la question relative aux barrières en traitait indirectement. En effet, les facteurs que les soignants considèrent le moins comme des barrières peuvent être interprétés comme des facilitateurs.

Les facteurs suivants ont été identifiés par les répondants ayant ajouté des observations : la coopération avec les travailleurs de rue, le Samu social et les maisons d'accueil, et avec le réseau d'aide (accompagnateurs de rue, lieux d'accueil de jour et/ ou de nuit), l'équipe pluridisciplinaire (infirmières, accueillants,...), ...

Les facilitateurs tournent donc toujours autour des mêmes éléments : le fait que le réseau de soins des personnes sans-abri collabore au mieux, que ce soit au niveau des structures entre elles ou, au sein d'une même structure, entre les différentes personnes occupant des postes différents.

C. Discussion

Nous voici arrivés à la phase de discussion. Nous rappellerons la question de recherche, puis nous aborderons les principaux résultats tout en faisant un parallèle avec la littérature et nous aborderons enfin les limites de cette recherche.

La question de recherche porte sur les aides et les barrières à la mise en place d'antipsychotiques injectables à longue durée d'action pour des patients schizophrène sans-abri vivant à Bruxelles.

1. Résultats principaux

Les résultats principaux de cette étude concernant d'une part les barrières liées aux soignants et d'autre part les barrières liées aux patients.

Au niveau des soignants, nous aborderons le taux de prescription des injections d'antipsychotiques injectables à longue durée d'action, la répartition du travail entre les médecins généralistes et les psychiatres ainsi que les réticences à mettre en place ce traitement. Au niveau des patients, nous aborderons les barrières liées aux coûts ainsi qu'à la perte d'autonomie.

a. *Au niveau des soignants*

i. Répartition du travail entre les psychiatres et les médecins généralistes

Il est bien connu que les médecins généralistes auront plus tendance à prendre en charge la santé physique de leur patient. Les psychiatres, quant à eux, prendront en charge spécifiquement la santé mentale de leurs patients. Les uns et les autres auront donc tendance à mettre de côté pour les uns la santé mentale et pour les autres la santé physique. Le fait de fonctionner par système ne permet pas une vision globale du patient. Or, il est reconnu que les deux systèmes interagissent. Cependant l'intégration des systèmes de soins de santé physiques et mentale n'est pas encore une réalité. Des recommandations existent pour les deux professions afin d'essayer d'améliorer la prise en charge. Le NICE a publié un ensemble de normes de qualité pour la santé physique des personnes schizophrènes. Un changement de paradigme est primordial ; la santé mentale et la santé physique ne s'excluent pas (de Hert & Detraux, 2017).

De plus, il est reconnu que les personnes sans-abri utilisent mal le système de soins. Elles ont tendance à y accéder par les urgences. Elles retardent le contact avec les soins et présentent ensuite des problèmes de santé avancés, ce qui entraîne une utilisation plus coûteuse et inappropriée des services. La continuité des soins est par conséquent plus difficile à mettre en place (Riley, Harding, Underwood, & Carter, 2003).

De plus, les études ont démontré qu'une bonne relation avec le soignant augmente la probabilité qu'un traitement antipsychotique soit mis en place. Il est donc essentiel de travailler sur cette barrière. Toutefois, il n'est pas évident de travailler sur une relation de confiance, qui est avant tout subjective et se construit jour après jour. Au vu des études qui ont été menées, les soins

seront d'autant plus efficaces et la relation de confiance sera d'autant meilleure si le médecin s'intègre autant que possible dans la communauté de vie du patient. Il doit être le plus proche possible de sa réalité. Cela signifie que les services qui prennent en charge les personnes sans-abri doivent être en mesure d'établir une certaine continuité, et d'orienter les personnes sans-abri vers des médecins qui assurent un bon suivi des personnes sans-abri (Samalin, Charpeaud, Blanc, Heres, & Llorca, 2013).

ii. Taux de prescription des injections d'antipsychotiques

Deux éléments doivent être distingués : le taux de prescription d'une part et les éléments qui influencent la prescription d'autre part. Certains ont déjà été abordés précédemment. Nous nous arrêterons ici plus spécifiquement sur les connaissances des soignants.

Au niveau du taux de prescription tout d'abord, il n'est pas facile d'avoir un taux précis entre les psychiatres et les médecins généralistes. Le taux de prescription des psychiatres est de 93% pour les antipsychotiques oraux de seconde génération à comparer avec 7% pour les solutions injectables de seconde génération (Patel et al., 2010). Les psychiatres auront plus tendance à initier des nouveaux antipsychotiques que les médecins généralistes. Les psychiatres ont également tendance à prescrire un plus large spectre d'antipsychotiques que les médecins traitants (Morrens, Destoop, Cleymans, S, & Dom, 2015). Cependant, les médecins généralistes sont rarement inclus dans les études portant sur ce thème.

De plus, on observe de grandes différences entre les pays dans le taux de prescription. Cela peut s'expliquer notamment par la culture mais pas uniquement. On constate que les réponses apportées par les répondants confortent l'idée que les connaissances du soignant ne sont pas toujours suffisantes. Ainsi, la majorité des répondants qui ont répondu à la question relative au traitement qu'ils administrent ne recommandaient pas les traitements par injection, alors que ceux-ci ont prouvé leur efficacité.

On peut également constater que la Belgique ne déroge pas au résultat de l'étude supra qui démontrait que l'injection à longue durée était dans la pratique appliquée par peu de soignants, bien qu'elle ait prouvé son efficacité.

Il a également été constaté que les taux de prescription pouvaient être fortement influencés par les contacts avec les firmes pharmaceutiques (Cleymans, Morrens, & Bervoets, 2017).

Au niveau des connaissances des médecins, il convient de distinguer celles liées aux personnes sans-abri et celles liées aux traitements. Ce sont surtout les connaissances sociales ainsi que sur l'errance qui ont des influences sur la prise en charge des personnes sans-abri par les médecins (Flye Sainte Marie, Querrioux, Baumann, & Di Patrizio, 2015). De plus, il est également reconnu que les taux de prescription sont corrélés avec les connaissances (Patel et al., 2010). Cela est également observé dans cette recherche. Plus les soignants avaient un nombre élevé de patients schizophrènes, plus ils avaient un taux élevé d'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération.

Nous avons également remarqué dans notre recherche certaines oppositions entre les dires des répondants. Cela est également un signe que les connaissances ne sont pas identiques. Pour l'une, le traitement par voie orale serait idéal, bien qu'il ne soit pas toujours adapté dans la pratique, alors qu'une seconde estime que le traitement par injection est le plus adapté.

De plus, on remarque également que des patients schizophrènes reçoivent d'autres traitements qui ne sont pas recommandés, notamment les anxiolytiques. Il peut s'agir de méconnaissances de soignants ou encore du résultat d'une négociation entre le patient et le soignant. Le clinicien peut essayer d'accéder à la demande du patient dans le but de renforcer la confiance du patient, son adhésion au traitement,...(Fond et al., 2019).

Un autre élément qui rentre en compte dans le taux de ce type de prescription est la détection de la non-observance. De fait, bien souvent, la mise en place d'un antipsychotique à longue durée d'action est associée avec une non-observance. Il est donc difficile de prescrire ce type d'antipsychotiques si le clinicien ne peut repérer les patients qui pourraient bénéficier de ce type de traitement.

Par ailleurs, la vision que les patients ont de l'injection peut entraîner leur refus et ainsi diminuer le taux de prescription (Patel et al., 2010). De plus la non-prise en charge de la non-observance ne permet pas d'orienter le patient vers d'autres interventions comme les interventions psychosociales (Kirson et al., 2013). Certes les antipsychotiques injectables à longue durée d'action ne sont pas les seules thérapies existantes, mais elles sont considérées comme étant les plus adaptées pour traiter la non-observance des patients schizophrènes (Kirson et al., 2013).

Les médecins généralistes rencontrent des difficultés pour pouvoir mettre en place des antipsychotiques chez des patients schizophrènes sans-abri. Les informations sociales, le manque de données médicales, la solitude dans la pratique, et le temps sont des barrières à la mise en place. Cependant, une fois qu'un lien de confiance est instauré entre la personne sans-abri et le médecin généraliste, ils deviennent un soutien pour les patients. Les médecins généralistes pourraient être un vecteur de l'amélioration de la santé des personnes sans-abri si leur pratique était adaptée pour mieux gérer les soins nécessaires aux personnes sans-abri (Jego et al., 2016).

Dans le cadre de l'étude réalisée dans la partie libre, les médecins généralistes qui ont laissé des éléments supplémentaires témoignaient cependant du fait que le suivi des sans-abri était une tâche complexe, voire difficile à réaliser mais qu'il s'agissait d'un challenge professionnel. La localisation de leurs cabinets dans des quartiers plus défavorisés de Bruxelles témoignait également de leur ouverture aux patients provenant d'un milieu socio-économique précaire.

iii. Communications entre soignants

Lors de notre étude, il est ressorti que différents intervenants gravitant autour du patient sont nécessaires pour la mise en place du traitement. Cela nécessite donc d'améliorer la communication entre les professionnels, et ce afin d'améliorer la qualité de la prise en charge. De plus, il a été établi que faute de bonnes collaborations entre les acteurs, le traitement injectable ne pouvait pas être mis en place. Il serait pertinent d'informer et de former également les professionnels non-médicaux au réseau possible pour la prise en charge des troubles sévères de santé mentale, en ce y compris la schizophrénie, les signes et les symptômes. Une telle formation permettrait d'orienter adéquatement la personne vers un soignant.

Les difficultés de communication ont également été remarquées dans le cadre de l'évaluation de la réforme 107, réforme qui vise à la réorganisation de l'offre de soins en santé mentale en Belgique. Au plus les organisations sont complexes, au plus la communication est complexe. Il est également relevé de l'importance d'établir une communication de qualité entre les acteurs de terrain. (Van Audenhove et al., 2011)

iv. Accessibilité

Lors d'échanges avec les professionnels lors de mon stage d'observation, le problème d'accessibilité des psychiatres a été mis en avant. Les travailleurs relataient la difficulté d'orienter une personne vers un psychiatre, parfois par non-accès aux soins mais également du fait du faible nombre de psychiatres acceptant les personnes couvertes par le CPAS.

Plus globalement, s'il n'est pas possible d'améliorer l'accessibilité des psychiatres, il est en revanche possible d'améliorer les connaissances des autres soignants sur les traitements existants afin de les inciter à initier eux-mêmes un traitement. On en revient donc au problème d'information et de formation des soignants, sur lequel la politique publique en la matière doit se focaliser.

L'accès aux soignants peut être difficile pour des raisons administratives, mais également du fait de l'attitude des soignants envers les personnes sans-abri (Lester & Bradley, 2001). De fait, les services de santé sont souvent perçus comme stigmatisant. Ce sentiment peut entraîner l'évitement ou l'arrêt des soins (Purkey & MacKenzie, 2019). Les travailleurs rencontrés lors de mon stage me racontaient que de nombreuses fois, lorsqu'ils accompagnent une personne sans-abri, il est fréquent que le médecin ne souhaite pas saluer la personne en lui donnant la main, et ne s'adresse qu'au travailleur,...

L'accès au système de soins est un élément complexe pour les personnes schizophrènes sans-abri relèvent les soignants. En effet, le système est perçu comme un système inflexible, conçu pour la classe moyenne et ne permettant pas de prendre en compte d'autres besoins d'autres types de publics (Purkey & MacKenzie, 2019).

Nous ne pouvons que souscrire à cette analyse : les personnes sans-abri ont une relation difficile avec les soins médicaux en général et il convient donc de maximiser les chances qu'elles puissent bénéficier d'un traitement approprié en exploitant chaque rencontre entre une personne sans-abri et une structure du réseau d'aide.

b. Au niveau des patients

i. Les coûts

L'importance du coût du traitement est une question non négligeable. La première réponse intuitive au problème du coût du traitement consisterait à tenter d'en faire diminuer le prix, ou à tout le moins à tenter d'en faire prendre en charge le coût par la société. Or, c'est précisément ce qui a lieu à l'heure actuelle.

Comme nous l'avons exposé ci-dessus, chaque personne sans-abri a le droit de se faire soigner et, dans ce cadre, de recevoir des traitements dont le coût est supporté par la collectivité, soit via sa mutuelle s'il est belge et qu'il a un revenu, soit via une aide du CPAS ; la carte médicale pour les légaux et l'AMU pour les illégaux ou encore via l'intervention de Fedasil. La question du coût pourrait donc être moins importante que dans le ressenti des répondants.

Cependant, il est vrai qu'il n'est pas toujours aisé d'obtenir ces aides. Si la personne est sans revenu il lui faut légalement maximum un mois pour obtenir l'aide du CPAS. Cependant dans la réalité, le délai n'est pas respecté. Et certaines règles de certains CPAS contraignent chaque dossier à repasser devant un comité pour prolonger l'aide. Le comité ne se réunissant pas régulièrement, la personne peut donc se trouver régulièrement dans l'impossibilité de consulter son médecin ainsi que d'obtenir son traitement. Quant à l'aide octroyée par Fedasil, elle demande énormément de démarches administratives avant chaque rendez-vous ainsi que pour l'obtention des médicaments, et les soignants ou les pharmaciens ne sont rémunérés qu'un an après avoir dispensé les soins ou fournis les médicaments.

Cependant les traitements par injection à longue durée d'action sont plus onéreux que les traitements par voie orale. Cependant, le fait qu'ils entraînent une diminution des hospitalisations ainsi que l'amélioration de l'état de santé de la personne, les coûts plus élevés peuvent être compensés par des économies liés aux effets du traitement (Basu, Benson, & Alphs, 2018). De plus, les traitements oraux ont un nombre moins élevés de QALYs que les antipsychotiques injectables (Druais et al., 2017). De plus, au plus les injections sont espacées, au plus elles seront moins onéreuses (Einarson et al., 2017)

ii. La perte d'autonomie

Il ressort de notre recherche que l'autonomie des patients schizophrènes vivant en rue peut être atteinte du fait qu'ils ne peuvent s'auto-administrer le traitement. Cependant on pourrait également considérer qu'elle est respectée du fait que la personne n'est pas contrainte à prendre tous les jours son traitement. Un contact régulier avec un soignant permet aussi de faire le point sur la personne et peut ainsi permettre d'anticiper les décompensations.

rajoutons que lorsque l'on demande leur avis aux personnes qui ont un traitement injectable, elles affirment qu'elles préfèrent cette formule à la formule orale (Heres, Schmitz, Leucht, & Pajonk, 2007).

iii. La compliance

Comme nous l'avons démontré dans notre revue de littérature, les traitements injectables à longue durée permettent de limiter les problèmes liés à la non-compliance dans la mesure où leur longue durée d'action permet de limiter les visites chez le médecin et les prises de médicament.

La prise de médicament ne doit pas être surveillée en cas de traitement par injection : l'injection a lieu par le biais de l'intervention d'un soignant, et aucun autre traitement ne doit être suivi entre les injections. Il est toutefois exact que l'injection suppose que les personnes sans-abri se rendent auprès d'un médecin qui procédera ensuite à l'injection. Le problème est donc réel, mais bien moins important qu'en cas de traitement par voie orale.

Lors d'un échange avec un médecin suite à des incompréhensions dans le questionnaire, celui-ci me partageait la difficulté de la non-compliance des personnes sans-abri schizophrènes. D'après Lieberman, plus de 70% des patients schizophrène au bout de dix-huit mois arrêtent leur traitement (Lieberman et al., 2005). La compliance peut être totale ou partielle : utilisation irrégulière, changement de dose,... Une seule théorie ne suffit pas pour expliquer la non-observance, mais bien un ensemble de facteurs potentiels qui peuvent y mener (Higashi et al., 2013).

2. Limites

L'une des limites principales de cette recherche est le taux de participation en général et spécialement celui des médecins généralistes. Plusieurs moyens de contacts ont été utilisés, que ce soit par e-mail via le questionnaire ou par téléphone, mais le taux de participation n'a pas été très élevé. Ce phénomène n'est pas unique. Il a déjà été constaté dans la littérature. Cela peut s'expliquer par manque de temps (Jego et al., 2016) mais aussi du fait que les médecins généralistes sont fortement sollicités pour participer à des enquêtes (Cleymans et al., 2017).

Le questionnaire permettait la participation libre, les participants ne devaient pas répondre à toutes les questions. C'est ainsi qu'il y a un faible taux de réponses à certaines questions du questionnaire. Au total cinquante-quatre personnes ont ouvert le questionnaire, mais seul les réponses de trente-neuf personnes ont pu être utilisées. Et ce malgré l'intérêt des médecins pour ce thème. De plus, un médecin m'a interpellée sur le fait qu'il avait du mal à comprendre certaines questions. Cela est donc également une limite.

Un autre élément à prendre en compte est le fait que cette étude ait été réalisée uniquement auprès de soignants. La réalité des patients n'a pas été prise en compte. Il est donc important de se rendre compte que les résultats pourraient être différents s'ils avaient été éclairés par le vécu de patients (en particulier pour les barrières liées aux patients).

Par ailleurs, il est possible que la hiérarchisation des barrières concernant les patients et les soignants ait mené à un fort taux d'abstention, les répondants ne souhaitant pas ou ne parvenant pas à déterminer un ordre de priorité.

Cette étude était initialement du quantitative en vue de permettre de saisir la réalité bruxelloise. Les questions ouvertes ainsi que les contacts par téléphone et lors de mon stage m'ont permis d'y introduire l'un ou l'autre élément qualitatif. Cependant, une étude portant sur le même thème pourrait permettre de découvrir de nouvelles barrières, mais également de mieux saisir le ressenti des soignants et des patients.

V. Conclusion générale

Au terme de ce mémoire, nous avons répondu à la question de recherche, qui est pour rappel la suivante :

« Quelles sont les aides et les barrières à la mise en place d'antipsychotiques injectables à longue durée pour les patients sans-abri schizophrènes à Bruxelles ? »

Avant d'arriver à une question concrète de recherche, nous avons effectué une revue de littérature sur la notion de personne sans-abri, et sur les problèmes de santé mentale rencontrés par ces patients. Nous avons tout d'abord proposé une définition de la notion de personne sans-abri, et nous avons défini quelques caractéristiques de cette population. Nous avons constaté que la population de sans-abri augmente partout, que ce soit à Bruxelles ou dans le monde, et que ceux-ci présentent notamment la caractéristique de présenter un nombre important de maladies, notamment mentales, tandis que leur contact avec les soins de santé est très limité.

Nous avons dès lors identifié une problématique de santé publique, la santé mentale des personnes sans-abri, que nous avons souhaité approfondir. Une deuxième partie de notre revue de littérature s'est dès lors concentrée sur la santé mentale des personnes sans-abri, avec un accent particulier sur la consommation actuelle de soins des personnes sans-abri, et les modalités de leur prise en charge. Nous avons constaté que le système actuel n'était pas optimal.

Ce constat nous a amené dans un troisième temps à se focaliser sur une maladie mentale en particulier, la schizophrénie. En effet, les études ont démontré que le traitement le plus efficace pour les personnes sans-abri schizophrènes était des antipsychotiques injectables à longue durée. Or, ce traitement est actuellement très peu appliqué dans la pratique. En outre, une enquête a récemment été menée à ce sujet en France. Nous avons dès lors souhaité savoir si le constat que le traitement est très peu appliqué s'applique également à Bruxelles, et nous avons voulu identifier les barrières et les facilitateurs qui permettent de mettre en place un tel traitement.

Une fois que notre question de recherche a été identifiée, nous avons mis en place un questionnaire que nous avons envoyé aux médecins et aux psychiatres qui traitent actuellement des personnes sans-abri afin de les interroger sur leurs pratiques actuelles et de leur demander quels étaient à leur sens les barrières et les facilitateurs à la mise en place d'un traitement d'antipsychotiques injectables à longue durée.

Les réponses au questionnaire ayant été partielles, une analyse statistique des résultats n'est pas appropriée pour toutes les réponses. Toutefois, nous identifions des tendances générales qui peuvent être résumées comme suit.

La première concerne le traitement à privilégier pour les personnes sans-abri schizophrènes. Au vu des réponses à nos questions, il ressort que les traitements antipsychotiques injectables à longue durée ne sont pas prescrits par la majorité des soignants, alors même qu'ils ont prouvé leur utilité dans la pratique. Cela implique que les soignants sont insuffisamment informés. Cela

ressort également de leur réponse à d'autres questions. Nous estimons donc que les pouvoirs publics et les associations actives en matière de sans-abrisme et de santé mental doivent faire un effort pour diffuser le plus largement possible les résultats des recherches en la matière, et pour partager leurs bonnes pratiques.

La deuxième tendance concerne le manque d'information par rapport au rôle des différents acteurs des soins de santé. Si la bonne volonté des différents acteurs est évidente puisqu'ils sont prêts à poursuivre un traitement initié par d'autres, ils se heurtent toutefois à un obstacle dans la mesure où un nombre important de répondants estiment qu'il ne revient pas à un médecin généraliste d'initier un traitement, alors que le médecin généraliste est une figure efficace dans la mise en place d'un traitement. Là encore, la solution passe par la formation des médecins généralistes.

L'étude des barrières et des facilitateurs à la mise en place d'un traitement a également mis en évidence le fait que certains acteurs sont mal informés. Ainsi, le coût du traitement est pour eux un obstacle majeur à sa mise en place, alors même que le coût est pris en charge par la collectivité et ne devrait donc pas constituer un frein.

La collaboration entre les différents acteurs s'est pour sa part révélée cruciale comme facilitateur dans la mise en place d'un traitement.

Sur la base des résultats obtenus, le plus grand défi est à présent de mettre en pratique les différentes recommandations émises pour que les traitements les plus efficaces pour les personnes sans-abri soient mis en place. Espérons à cet égard une politique publique énergique, qui prenne en compte la réalité du sans-abrisme. L'ordonnance du 14 juin 2018 relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans abri (*M.B.*, 10 juillet 2018) aurait pu être l'occasion pour les pouvoirs publics de se saisir de la problématique. Force est de constater que nos souhaits sont demeurés lettre morte dans la mesure où l'aspect médical de la prise en charge des personnes sans-abri est quasiment inexistant, et que l'ordonnance met l'accent sur l'urgence. Osons espérer que le gouvernement bruxellois n'en restera pas là et entreprendra des actions en la matière.

VI. Bibliographie

- Basu, A., Benson, C., & Alphas, L. (2018). Projecting the Potential Effect of Using Paliperidone Palmitate Once-Monthly and Once-Every-3-Months Long-Acting Injections Among Medicaid Beneficiaries with Schizophrenia. *J Manag Care Spec Pharm*, 24(8), 759-768. doi:10.18553/jmcp.2018.24.8.759
- Benoist, Y. (2008). Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et santé*, 26, 114. doi:10.3917/ss.263.0005
- Bircan, T., Schockaert, I., & Nicaise, I. (2018). More Than a Roof: A Statistical Profile of Homeless People in Belgium. *European Journal of Homelessness*, 12(2).
- Bonin, J. P., Fournier, L., & Blais, R. (2009). A typology of mentally disordered users of resources for homeless people: towards better planning of mental health services. *Adm Policy Ment Health*, 36(4), 223-235. doi:10.1007/s10488-009-0206-2
- Busch-Geertsema, V., Benjaminsen, L., Filipovič Hrast, M., & Pleace, N. (2014). Extent and profile of homelessness in European Member States. *European Observatory on Homelessness*.
- Busch-Geertsema, V., Benjaminsen, L., Hrast, M. F., & Pleace, N. (2014). Extent and Profile of Homelessness in European Member States. *European Observatory*.
- Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E., & Pleace, N. (2010). *Homelessness and homeless policies in Europe: Lessons from Research*. Paper presented at the European Consensus conference on homelessness.
- Canavan, R., Barry, M. M., Matanov, A., Barros, H., Gabor, E., Greacen, T., . . . Priebe, S. (2012). Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. *BMC Health Serv Res*, 12, 222. doi:10.1186/1472-6963-12-222
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. SAMHSA.
- Centre d'observation de la société. (2017). Pourquoi devient-on SDF?
- Cleymans, S., Morrens, M., & Bervoets, C. (2017). Prescription preferences in antipsychotics and attitude towards the pharmaceutical industry in Belgium. *J Med Ethics*, 43(6), 359-363. doi:10.1136/medethics-2015-103282
- Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 164(3), 393-399. doi:10.1176/ajp.2007.164.3.393
- Commission Européenne. Sans-abris. Retrieved from <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=fr>
- Courtney, M. E., & Dworsky, A. (2006). Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the USA. *Child & Family Social Work*, 11(3), 10.
- Currie, L. B., Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., McCandless, L. C., & Somers, J. M. (2014). Examining the relationship between health-related need and the receipt of care by participants experiencing homelessness and mental illness. *BMC Health Serv Res*, 14, 404. doi:10.1186/1472-6963-14-404
- de Hert, M., & Detraux, J. (2017). Reversing the downward spiral for people with severe mental illness through educational innovations. *World Psychiatry*, 16(1), 41-42. doi:10.1002/wps.20377

- De Witte, J. (2016). Recueil central de données des maisons d'accueil et des centres d'hébergement d'urgence en Région de Bruxelles-Capitale.
- Demaerschalk, E., Italiano, P., Mondelaers, N., Steenssens, K., Schepers, W., & Bircan, T. (2012-2017). *MEHOBEL - Measuring homelessness in Belgium*. Retrieved from
- Dezetter, A., Briffault, X., Bruffaerts, R., De Graaf, R., Alonso, J., Konig, H. H., . . . Kovess-Masfety, V. (2013). Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(1), 137-149. doi:10.1007/s00127-012-0522-9
- Dispa, M.-F. (2015). *Exclusion et santé mentale: l'oeuf ou la poule*.
- Druais, S., Doutriaux, A., Cognet, M., Godet, A., Lancon, C., Levy, P., . . . Guillon, P. (2017). [Comparison of medical and economic benefits of antipsychotics in the treatment of schizophrenia in France]. *Encephale*, 43(4), 311-320. doi:10.1016/j.encep.2016.02.021
- Dubreucq, J.-L. (2008). Santé mentale des sans-abris: faut-il intervenir davantage? *Psychiatrie et violence*, 8(1).
- Einarson, T. R., Bereza, B. G., Garcia Llinas, I., Gonzalez Martin Moro, B., Tedouri, F., & Van Impe, K. (2017). Cost-effectiveness of 3-month paliperidone treatment for chronic schizophrenia in Spain. *J Med Econ*, 20(10), 1039-1047. doi:10.1080/13696998.2017.1351370
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529-1540. doi:10.1016/s0140-6736(14)61132-6
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, 5(12), e225. doi:10.1371/journal.pmed.0050225
- FEANTSA. (2005). ETHOS. European typology of homelessness and housing exclusion. Retrieved from <https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf>
- FEANTSA. (2016). Country profile.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2001). Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. *Acta Psychiatr Scand*, 103(2), 94-104.
- Fitzpatrick, S., Bramley, G., & Johnsen, S. (2013). Pathways into Multiple Exclusion Homelessness in Seven UK Cities. *Urban Studies*, 50(1), 148-168. doi:10.1177/0042098012452329
- Flye Sainte Marie, C., Querrioux, I., Baumann, C., & Di Patrizio, P. (2015). [Difficulties in the management of precarious patients and precarious migrants]. *Santé publique*, 27(5), 679-690.
- Folsom, D., & Jeste, D. V. (2002). Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, 105(6), 404-413.
- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., . . . Jeste, D. V. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *Am J Psychiatry*, 162(2), 370-376. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.370

- Fond, G., Tinland, A., Boucekine, M., Girard, V., Loubiere, S., Auquier, P., & Boyer, L. (2019). Prescription of potentially inappropriate psychotropic drugs in homeless people with schizophrenia and bipolar disorders. Results from the French Housing First (FHF) program. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 89, 84-89. doi:10.1016/j.pnpbp.2018.08.024
- Fondation Abbé Pierre, & FEANTSA. (2018). *3ème regard sur le mal-logement en Europe*. Retrieved from
- Gelberg, L., Andersen, R. M., & Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res*, 34(6), 1273-1302.
- Greenberg, G. A., & Rosenheck, R. A. (2008). Jail incarceration, homelessness, and mental health: a national study. *Psychiatr Serv*, 59(2), 170-177. doi:10.1176/ps.2008.59.2.170
- Heres, S., Schmitz, F. S., Leucht, S., & Pajonk, F. G. (2007). The attitude of patients towards antipsychotic depot treatment. *Int Clin Psychopharmacol*, 22(5), 275-282. doi:10.1097/YIC.0b013e3280c28424
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granstrom, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*, 3(4), 200-218. doi:10.1177/2045125312474019
- Hodgson, K. J., Shelton, K. H., van den Bree, M. B., & Los, F. J. (2013). Psychopathology in young people experiencing homelessness: a systematic review. *Am J Public Health*, 103(6), e24-37. doi:10.2105/ajph.2013.301318
- Hwang, S. W., & Burns, T. (2014). Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*, 384(9953), 6. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61133-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61133-8)
- Jego, M., Abcaya, J., Stefan, D. E., Calvet-Montredon, C., & Gentile, S. (2018). Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*, 15(2). doi:10.3390/ijerph15020309
- Jego, M., Grassineau, D., Balique, H., Loundou, A., Sambuc, R., Daguzan, A., . . . Gentile, S. (2016). Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open*, 6(11), e013610. doi:10.1136/bmjopen-2016-013610
- Kaduszkiewicz, H., Bochon, B., van den Bussche, H., Hansmann-Wiest, J., & van der Leeden, C. (2017). The Medical Treatment of Homeless People. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(40), 6. doi:10.3238/arztebl.2017.0673
- Kerman, N., Sylvestre, J., Aubry, T., & Distasio, J. (2018). The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 190. doi:10.1186/s12913-018-3028-7
- Kirson, N. Y., Weiden, P. J., Yermakov, S., Huang, W., Samuelson, T., Offord, S. J., . . . Wong, B. J. (2013). Efficacy and effectiveness of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia: synthesizing results across different research designs. *J Clin Psychiatry*, 74(6), 568-575. doi:10.4088/JCP.12r08167
- Kishimoto, T., Sanghani, S., Russ, M. J., Marsh, A. N., Morris, J., Basu, S., . . . Kane, J. M. (2017). Indications for and use of long-acting injectable antipsychotics: consideration from an inpatient setting. *Int Clin Psychopharmacol*, 32(3), 161-168. doi:10.1097/yic.0000000000000165

- Krausz, R. M., Clarkson, A. F., Strehlau, V., Torchalla, I., Li, K., & Schuetz, C. G. (2013). Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(8), 1235-1243. doi:10.1007/s00127-012-0649-8
- la Strada. (2019). Livre blanc du secteur sans-abri. Attentes et points d'engagements pour les années 2020.
- Laporte, A., Vandentorren, S., Detrez, M. A., Douay, C., Le Strat, Y., Le Mener, E., & Chauvin, P. (2018). Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. *Int J Environ Res Public Health*, 15(2). doi:10.3390/ijerph15020241
- Latimer, E. A., Rabouin, D., Cao, Z., Ly, A., Powell, G., Aubry, T., . . . Goering, P. N. (2017). Costs of services for homeless people with mental illness in 5 Canadian cities: a large prospective follow-up study. *CMAJ Open*, 5(3), E576-e585. doi:10.9778/cmajo.20170018
- Lester, H., & Bradley, C. P. (2001). Barriers to Primary Healthcare for the Homeless: The General Practitioner's Perspective. *European journal of general practice*, 7(1), 6-12. doi:10.3109/13814780109048777
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., . . . Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*, 353(12), 1209-1223. doi:10.1056/NEJMoa051688
- Llorca, P. M., Abbar, M., Courtet, P., Guillaume, S., Lancrenon, S., & Samalin, L. (2013). Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry*, 13, 340. doi:10.1186/1471-244x-13-340
- Llorca, P. M., Bobes, J., Fleischhacker, W. W., Heres, S., Moore, N., Bent-Enakhil, N., . . . Patel, M. X. (2018). Baseline results from the European non-interventional Antipsychotic Long acting injection in schizophrenia (ALTO) study. *Eur Psychiatry*, 52, 85-94. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.04.004
- Lorant, V., Grard, A., Van Audenhove, C., Mark, L., & Nicaise, P. (2017). *Effectiveness of health and social service networks for severely mentally ill patients' outcomes: a case-control study*. Original, Unpublished Article. Université Catholique de Louvain.
- Mabhala, M. A., Yohannes, A., & Griffith, M. (2017). Social conditions of becoming homelessness: qualitative analysis of life stories of homeless peoples. *Int J Equity Health*, 16(1), 150. doi:10.1186/s12939-017-0646-3
- McGuire, J., Gelberg, L., Blue-Howells, J., & Rosenheck, R. A. (2009). Access to primary care for homeless veterans with serious mental illness or substance abuse: a follow-up evaluation of co-located primary care and homeless social services. *Adm Policy Ment Health*, 36(4), 255-264. doi:10.1007/s10488-009-0210-6
- Medimmigrant. (2018). L'aide médicale urgente. Retrieved from <http://www.medimmigrant.be/dmh%20tekst%20voor%20website%20fr.pdf>
- Mondelaers, N. (2017). Double dénombrement des sans abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale -7 novembre 2016/6 mars 2017. *Centre d'appui du secteur bruxellois de l'aide aux sans abri-la Strada*(Figure 2).
- Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, 07-11-2008 C.F.R. (2008).
- Accord de coopération concernant le sans-abrisme et l'absence de chez-soi, (2014).
- Morrens, M., Destoop, M., Cleymans, S., S, V. D. S., & Dom, G. (2015). Evolution of First-generation and Second-generation Antipsychotic Prescribing Patterns in Belgium

- Between 1997 and 2012: A Population-based Study. *J Psychiatr Pract*, 21(4), 248-258. doi:10.1097/prs.0000000000000085
- Mundt, A. P., Chow, W. S., Arduino, M., Barrionuevo, H., Fritsch, R., Giral, N., . . . Priebe, S. (2015). Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry*, 72(2), 112-118. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2433
- Nielsen, S. F., Hjorthøj, C. R., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet*, 377(9784), 2205-2214. doi:10.1016/s0140-6736(11)60747-2
- Observatoire régionale de la santé. (2017). Santé mentale et organisation des soins. Retrieved from https://www.orsmip.org/tlc/Dossier_bilio_Sante_Mentale_02-05-2017.pdf
- Patel, M. X., Haddad, P. M., Chaudhry, I. B., McLoughlin, S., Husain, N., & David, A. S. (2010). Psychiatrists' use, knowledge and attitudes to first- and second-generation antipsychotic long-acting injections: comparisons over 5 years. *J Psychopharmacol*, 24(10), 1473-1482. doi:10.1177/0269881109104882
- Pilon, D., Tandon, N., Lafeuille, M. H., Kamstra, R., Emond, B., Lefebvre, P., & Joshi, K. (2017). Treatment Patterns, Health Care Resource Utilization, and Spending in Medicaid Beneficiaries Initiating Second-generation Long-acting Injectable Agents Versus Oral Atypical Antipsychotics. *Clin Ther*, 39(10), 1972-1985.e1972. doi:10.1016/j.clinthera.2017.08.008
- Polcin, D. L. (2016). Co-occurring Substance Abuse and Mental Health Problems among Homeless Persons: Suggestions for Research and Practice. *J Soc Distress Homeless*, 25(1), 1-10. doi:10.1179/1573658x15y.0000000004
- Priebe, S., Matanov, A., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T., . . . Gaddini, A. (2013). Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: findings from the PROMO study. *European Journal of Public Health*, 23(1), 7. doi:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr214>
- Priebe, S., Matanov, A., Schor, R., Strassmayr, C., Barros, H., Barry, M. M., . . . Gaddini, A. (2012). Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health*, 12, 248. doi:10.1186/1471-2458-12-248
- Purkey, E., & MacKenzie, M. (2019). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *Int J Equity Health*, 18(1), 101. doi:10.1186/s12939-019-1004-4
- Queen, A. B., Lowrie, R., Richardson, J., & Williamson, A. E. (2017). Multimorbidity, disadvantage, and patient engagement within a specialist homeless health service in the UK: an in-depth study of general practice data. *BJGP Open*, 1(3), bjgpopen17X100941. doi:10.3399/bjgpopen17X100941
- Rezansoff, S. N., Moniruzzaman, A., Fazel, S., McCandless, L., Procyshyn, R., & Somers, J. M. (2017). Housing First Improves Adherence to Antipsychotic Medication Among Formerly Homeless Adults With Schizophrenia: Results of a Randomized Controlled Trial. *Schizophr Bull*, 43(4), 852-861. doi:10.1093/schbul/sbw136
- Rezansoff, S. N., Moniruzzaman, A., Fazel, S., Procyshyn, R., & Somers, J. M. (2016). Adherence to antipsychotic medication among homeless adults in Vancouver,

- Canada: a 15-year retrospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(12), 1623-1632. doi:10.1007/s00127-016-1259-7
- Riley, A. J., Harding, G., Underwood, M. R., & Carter, Y. H. (2003). Homelessness: a problem for primary care? *Br J Gen Pract*, 53(491), 473-479.
- Russolillo, A., Moniruzzaman, A., Parpouchi, M., Currie, L. B., & Somers, J. M. (2016). A 10-year retrospective analysis of hospital admissions and length of stay among a cohort of homeless adults in Vancouver, Canada. *BMC Health Serv Res*, 16, 60. doi:10.1186/s12913-016-1316-7
- Sajatovic, M., Levin, J., Ramirez, L. F., Hahn, D. Y., Tatsuoka, C., Bialko, C. S., . . . Williams, T. D. (2013). Prospective trial of customized adherence enhancement plus long-acting injectable antipsychotic medication in homeless or recently homeless individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*, 74(12), 1249-1255. doi:10.4088/JCP.12m08331
- Salavera, C., Tricas, J. M., & Lucha, O. (2013). Personality disorders and treatment drop out in the homeless. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9, 379-387. doi:10.2147/ndt.S38677
- Salize, H. J., Werner, A., & Jacke, C. O. (2013). Service provision for mentally disordered homeless people. *Curr Opin Psychiatry*, 26(4), 355-361. doi:10.1097/YCO.0b013e328361e596
- Samalin, L., Charpeaud, T., Blanc, O., Heres, S., & Llorca, P. M. (2013). Clinicians' attitudes toward the use of long-acting injectable antipsychotics. *J Nerv Ment Dis*, 201(7), 553-559. doi:10.1097/NMD.0b013e31829829c4
- Samalin, L., Garnier, M., Auclair, C., & Llorca, P. M. (2016). Clinical Decision-Making in the Treatment of Schizophrenia: Focus on Long-Acting Injectable Antipsychotics. *Int J Mol Sci*, 17(11). doi:10.3390/ijms17111935
- Samusocial. (2019). Rapport d'activité 2018.
- Schreiter, S., Bermpohl, F., Krausz, M., Leucht, S., Rossler, W., Schouler-Ocak, M., & Gutwinski, S. (2017). The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, 114(40), 665-672. doi:10.3238/arztebl.2017.0665
- Simo, B., Bamvita, J. M., Caron, J., & Fleury, M. J. (2018). Patterns of Health Care Service Utilization by Individuals with Mental Health Problems: a Predictive Cluster Analysis. *Psychiatr Q*, 89(3), 675-690. doi:10.1007/s11126-018-9568-5
- Solari, C., Cortes, A., Brown, S., Khadduri, J., & Culhane, D. (2013). *The 2012 Annual Homelessness Assessment Report (AHAR) to Congress: Volume 2, Estimates of Homelessness in the United States*.
- SPF Santé publique. (2016). Evolution du nombre total de lits justifiés / agréés par région et par index.
- SPP Intégration sociale. (2018). Quel est la définition d'un sans-abris?
- Strada, I. (2015). Les causes, les conséquences du sans-abrisme?
- Thompson, R. G., Jr., Wall, M. M., Greenstein, E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Substance-use disorders and poverty as prospective predictors of first-time homelessness in the United States. *Am J Public Health*, 103 Suppl 2, S282-288. doi:10.2105/ajph.2013.301302
- Van Audenhove, C., DeSmet, A., De Jaegere, V., Lorant, V., Nicaise, P., Costa Campos Lopes, J., . . . De Roeck, G. (2011). *Réunion de concertation entre les équipes de recherche et les projets 107*.
- van den Bree, M. B., Shelton, K., Bonner, A., Moss, S., Thomas, H., & Taylor, P. J. (2009). A longitudinal population-based study of factors in adolescence predicting

homelessness in young adulthood. *J Adolesc Health*, 45(6), 571-578.

doi:10.1016/j.jadohealth.2009.03.027

Vandentorren, S., & Chauvin, P. (2018). Health and Health Care for Homeless People in Various Contexts. *Int J Environ Res Public Health*, 15(5). doi:10.3390/ijerph15050948