

observatoire
du **samusocial** de Paris

**Besoins d'avis ou de suivi spécialisé en santé mentale
dans les Lits Haltes Soins Santé du Samusocial de Paris**
Enquête exploratoire un jour donné

Françoise Riou

Novembre 2015

Remerciements

A toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce travail, et tout particulièrement à Katia Polihezsko, qui a mené à bien bénévolement l'ensemble des entretiens d'évaluation, aux patients qui ont accepté d'y participer, et aux médecins référents et responsables des LHSS, qui ont complété et validé le recueil d'informations et nous ont si bien accueilli malgré des conditions parfois difficiles.

Un grand merci également au Dr Gérard Massé, psychiatre, pour sa rédaction des observations cliniques qui complètent utilement les constats chiffrés.

SOMMAIRE

1 - INTRODUCTION	1
1.1 – <i>Les LHSS</i>	1
1.2 – <i>Contexte et objectifs de l'enquête menée dans les LHSS du Samusocial de Paris</i>	1
2 - METHODE	2
2.1 – <i>Le mode de recueil de l'information</i>	2
2.2 – <i>Le déroulement de l'enquête</i>	3
2.3 – <i>L'analyse des résultats et prise en compte des biais de sélection et de classement</i>	4
2.4 – <i>Un travail complémentaire d'illustration par des « vignettes cliniques ».....</i>	5
3 - RESULTATS	6
3.1 - <i>Eléments de cadrage</i>	6
3.2 - <i>Mode de prise en charge actuel des problèmes de santé mentale</i>	6
3.3 - <i>Proportion des patients hébergés ayant des « problèmes de santé mentale ».....</i>	7
3.4 - <i>Fréquence des « problèmes de santé mentale » selon leur nature</i>	8
3.5 - <i>Caractéristiques de ces patients</i>	9
3.6 - <i>Besoins d'aide spécialisée identifiés actuellement non couverts.....</i>	9
3.7 – <i>Quelques exemples concrets</i>	10
4 - DISCUSSION ET CONCLUSION	15
4.1 - <i>Limites de l'enquête et points de vigilance</i>	15
4.2 - <i>Mise en perspective</i>	15
5 - ANNEXES	17
5.1 - <i>Note d'information à l'attention des personnes enquêtées</i>	18
5.2 - <i>Calendrier des rencontres et des entretiens d'évaluation</i>	19
5.3 - <i>Nombre de lits, de patients hébergés et durées de séjour, selon les centres</i>	20
5.4 - <i>Détail des problèmes de santé mentale rencontrés</i>	21
5.5 - <i>Détail des besoins d'aide spécialisée identifiés par les professionnels</i>	24

1. INTRODUCTION

1.1. Les LHSS

Le dispositif des Lits Haltes Soins Santé (LHSS) a été créé en 2005, à la suite de l'expérimentation des lits infirmiers initiée en 1993 par le Samusocial de Paris. Il s'agissait d'accueillir des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessitait des soins, un temps de repos ou de convalescence, sans justifier une hospitalisation, d'éviter le renoncement aux soins, les hospitalisations itératives ainsi que le refus de prise en charge, de consultation ou de traitement. On compte actuellement près de 1 300 lits au niveau national, financés par l'ONDAM¹ médico-social spécifique à hauteur de 111,68 €/jour/lit. On en compte 385 pour l'Ile-de-France, dont près de la moitié sont gérés par le Samusocial de Paris². Une évaluation du dispositif a été réalisée en 2013 à la demande de la DGCS³.

1.2. Contexte et objectifs de l'enquête menée dans les LHSS du Samu Social de Paris

La restructuration du réseau parisien Psychiatrie et Précarité est en cours et devrait être opérationnelle début janvier 2016. C'est l'occasion de redéfinir les collaborations avec le Samusocial de Paris. Les responsables du Samusocial souhaitent pour cela disposer rapidement d'informations chiffrées sur la réalité des problèmes de santé mentale rencontrés dans les LHSS.

Les objectifs de cette enquête sont donc d'estimer la fréquence des troubles psychiques chez les personnes hébergées dans les « Lits Halte Soins Santé » (LHSS) du Samusocial, de mieux connaître leur nature, leur mode de prise en charge actuel et les éventuels besoins en matière de suivi spécialisé.

¹ ONDAM = Objectif national des dépenses d'assurance maladie

² 170 places dans les LHSS du Samusocial de Paris, ainsi que 40 lits du groupe SOS au LHSS Maubeuge, dont la régulation est confiée au 115 de Paris.

³ DGCS = Direction générale de la cohésion sociale - Picon E, Sannino N, Minet B, Henocq AC, Seigneur R. Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé. Rapport final février 2013, 179 pages.

2. METHODE

2.1. Le mode de recueil d'information

Etude « un jour donné », multi- sources :

- pour l'ensemble des patients hébergés :
 - leurs dossiers médicaux informatisés, remplis par les médecins référents : pathologies notées et prescriptions de psychotropes
 - compléments d'information recueillis par le médecin de l'Observatoire auprès des médecins référents des LHSS et des responsables des LHSS :
 - avis des professionnels rencontrés sur l'existence avérée, ou la suspicion, de « troubles psychiatriques ou neuropsychiatriques » (terme volontairement non pré-défini), leur nature, et l'existence d'éventuelles difficultés diagnostiques
 - les besoins d'avis ou de suivi spécialisé en santé mentale qu'ils identifient, et les obstacles éventuels pour les obtenir (barrière linguistique, absence de couverture sociale maladie ou prestation non couverte par la protection sociale, refus du patient de se déplacer ou de consulter) ;
- pour les patients répondant aux critères d'inclusion (*voir détail. ci-après*) et pour lesquels cela a été possible (*cf. le déroulement de l'enquête page suivante*) : des entretiens d'évaluation individuels, sur la base d'outils de recueil d'information standardisés et validés, administrés par une enquêtrice psychologue clinicienne :
 - critères d'inclusion des patients :
 - capacité (cognitive et linguistique) à comprendre les questions et y répondre,
 - acceptation de l'entretien après information sur ses objectifs et modalités (*voir la Fiche d'information aux patients en annexe 1*),
 - présence, selon les professionnels des LHSS sollicités, de troubles psychologiques et/ou comportementaux quelles qu'en soient l'intensité et la nature, n'ayant pas déjà fait l'objet d'un diagnostic par un psychiatre (ou dont les symptômes se sont modifiés depuis),
 - outils de recueil d'information :
 - le test « MMS » (*Mini Mental State Examination*, version française)⁴.
 - huit des seize modules du « MINI » (*International Neuropsychiatric Interview*, version française 6.0) - les mêmes que ceux ayant servi de base à l'enquête SAMENTA :
 - « Episode dépressif majeur » : vie entière + 2 dernières semaines ;
 - « Risque suicidaire » : mois écoulé ;
 - « Episode (hypo)maniaque » : vie entière + période actuelle ;
 - « Trouble panique » : vie entière + mois écoulé ;
 - « Etat de stress post-traumatique » : vie entière + mois écoulé ;
 - « Troubles psychotiques » : vie entière + mois écoulé ;
 - « Anxiété généralisée » : vie entière + 6 derniers mois ;
 - « Troubles de la personnalité antisociale » : vie entière.

⁴ Derouesné C, Poitreneau I, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B, au nom du Groupe de Recherche sur les Évaluations Cognitives (GRECO). Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien - Version française consensuelle. *La Presse Médicale*, 1999 ; 28(21) : 1141-8

Faute de ressources, il n'a pas été possible de valider les résultats de ces entretiens avec un psychiatre (comme cela avait été le cas dans l'enquête SAMENTA⁵, ni de mener des entretiens auprès de l'ensemble des patients hébergés.

2.2. Le déroulement de l'enquête

Le recueil d'information concernant l'ensemble des patients hébergés

Ce recueil, réalisé par le médecin de l'Observatoire, a eu lieu au cours du mois d'août et début septembre, et a été complété courant septembre. Ses modalités ont varié d'un lieu à l'autre, en fonction des disponibilités des professionnels au mois d'août. Ainsi les médecins référents et les responsables des LHSS ont été rencontrés ensemble ou séparément, et dans certains cas un(e) infirmier(e) et/ou une assistante sociale ont été associés à la rencontre. Selon les dates, ces rencontres ont pu ou non être précédées d'une lecture, au moins partielle, des dossiers médicaux sur la base de données OSIRIS.

Pour l'essentiel ces rencontres ont eu lieu après la réalisation des entretiens d'évaluation auprès d'une partie des patients (*voir le calendrier détaillé en annexe 2*).

La réalisation des entretiens d'évaluation auprès des patients

Les entretiens d'évaluation individuels se sont déroulés pour la plupart au début du mois d'août, pour tenir compte des dates de disponibilité de l'enquêtrice psychologue, bénévole. Ainsi la sélection des patients répondant aux critères d'inclusion a été faite par les professionnels disponibles à cette période et n'a pas pu être uniforme sur l'ensemble des structures. Selon les médecins référents et responsables des LHSS (avis recueillis pour partie *a posteriori*), les deux tiers des patients auprès de qui un entretien a été réalisé répondaient aux critères d'inclusion, et, inversement, un entretien a été réalisé pour les trois quarts des patients qui répondaient à ces critères. Une analyse plus fine des raisons de non-inclusion montre que pour 5 patients répondant au critère « troubles psychologiques et/ou comportementaux », l'entretien a été jugé impossible en raison de la barrière linguistique, et pour 5 autres, présentant ces mêmes troubles, un entretien a été tenté mais n'a finalement pas été possible, les autres critères (capacité cognitive ou coopération) n'étant finalement pas vérifiés.

Les patients sollicités pour ces entretiens ont été informés des objectifs et modalités de l'entretien, et leur accord a été demandé. Un lieu permettant le respect de la confidentialité des entretiens a été mis à disposition de l'enquêtrice dans chaque structure pour la réalisation de ces entretiens. L'enquêtrice s'assurait en début d'entretien que la personne avait été correctement informée et maintenait son accord et lui rappelait que le contenu de l'entretien resterait confidentiel, et qu'elle était libre d'interrompre l'entretien quand elle le souhaitait⁶. En fin d'entretien l'enquêtrice interrogeait également les patients qui l'acceptaient sur leur suivi par un psychiatre.

L'enquêtrice a pu réaliser au cours des deux premières semaines d'août 21 entretiens, dans toutes les structures sauf une (Esquirol). Elle a ensuite accepté de prolonger ce travail sur les week-ends suivants, et a pu ainsi réaliser huit entretiens supplémentaires dans les LHSS Les Lilas, Plaisance et St Michel (*voir le détail en annexe 2*). Elle a donc réalisé au total 29 entretiens : 13 à St Michel, 5 aux Lilas, 4 à Jean Rostand, 4 à Ridder et 3 à Plaisance. Sept de ces évaluations n'ont pu inclure le test MMS (en raison le

⁵ Laporte, A et al., 2010. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile-de-France. Premiers résultats. Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, Inserm.

⁶ Le protocole prévoyait toutefois que si l'enquêtrice repérait un risque suicidaire important, ou si elle notait que l'entretien avait fortement perturbé la personne, elle en informerait l'équipe soignante présente.

plus souvent d'un refus du patient) et dans un cas ce test a été fait mais s'est révélé totalement ininterprétable en raison de la barrière linguistique.

2.3. L'analyse des résultats et la prise en compte des biais de sélection et de classement

Les patients hébergés ont été classés, en quatre grandes catégories :

- (1) présence d'un **trouble psychiatrique ou neuropsychiatrique « connu »** (diagnostiqué, éventuellement suivi en CMP) (à partir des dossiers médicaux et de l'avis des médecins référents et des responsables des LHSS),
- (2) présence d'un **trouble psychiatrique ou neuropsychiatrique « suspecté »** (à partir des dossiers médicaux et de l'avis des médecins référents et des responsables des LHSS, et des résultats des entretiens d'évaluation quand ils ont pu être menés),
- (3) traitement psychotrope en cours, et/ou besoin identifié d'avis ou de suivi spécialisé en santé mentale, témoignant de **l'identification d'une souffrance psychique, mais sans mention explicite de présence ou suspicion d'un trouble psychiatrique ou neuropsychiatrique,**
- (4) **absence** de tout problème psychiatrique ou souffrance psychique identifié ou suspecté.

Cette classification s'est faite dans un premier temps à partir des seules informations fournies par les médecins référents et les responsables des LHSS. Elle a ensuite été révisée en intégrant les résultats des entretiens d'évaluation, de la façon suivante :

- la présence, ou la suspicion, de troubles (actuels) dans le test MMS ou dans au moins un des modules explorés au cours des entretiens d'évaluation, a conduit à reclasser tout patient classé dans les catégories (3) ou (4) dans la catégorie (2) (en l'absence de confirmation par un psychiatre, aucun n'a été reclassé dans la catégorie (1)) ;
- à l'inverse, une absence de détection de tels troubles n'a pas entraîné de reclassements, celle-ci pouvant être liée à l'existence d'un traitement efficace.

Ce choix conduit à une probable surestimation de l'importance des troubles suspectés. Cependant le fait qu'une grande partie des patients classés dans les catégories (3) ou (4) n'aient pas eu d'entretiens d'évaluation conduit à l'inverse à sous-estimer la fréquence des troubles suspectés (en effet une partie d'entre eux auraient pu, s'ils avaient eu un tel entretien, être reclassés dans la catégorie (2)).

Un classement a également été fait en fonction de la nature des troubles prédominants (les quelques cas d'association de troubles sans prédominance évidente ont été classés à part):

- (1) Tableau **neuropsychiatrique** prédominant, connu ou suspecté : *démence (alcoolique, vasculaire, Alzheimer) syndrome frontal post traumatique, et/ou syndrome de Korsakoff, ou troubles mnésiques et /ou cognitifs nécessitant un bilan neuropsychiatrique, souvent associés ou non à un éthyliste chronique, à un état dépressif ou à des troubles de la personnalité*
- (2) **Association** de troubles neuropsychiatriques et psychotiques
- (3) Troubles psychotiques prédominants, connus ou suspectés : *notés par les professionnels interrogés (schizophrénie, psychoses, délires, contact, discours ou comportement « étrange » faisant suspecter l'existence de troubles psychotiques) ou résultat positif pour le module « Troubles psychotiques » au cours du mois écoulé du MINI, associés ou non à des troubles de l'humeur*

- (4) **Association** d'addictions et de troubles psychotiques
- (5) Addiction à l'alcool ou aux drogues (avec traitement de substitution), *sans troubles psychotiques identifiés ou suspectés, associée ou non à des troubles anxieux et/ou dépressifs, ou à des troubles de la personnalité de type « psychopathie » et/ou pour lesquels un besoin d'avis et/ou de suivi spécialisé en santé mentale ou addictologie était identifié*
- (6) Troubles anxieux et/ou dépressifs prédominants : *notés par les professionnels interrogés, ou patients sous traitement psychotrope, ou résultat positif pour l'un des modules suivants du MINI : « Episode dépressif majeur » au cours des 2 dernières semaines, « Episode (hypo)maniaque » période actuelle, Trouble panique » au cours du mois écoulé, « Etat de stress post-traumatique » au cours du mois écoulé ou « Anxiété généralisée » au cours des 6 derniers mois.*
- (7) Autres troubles psychiatriques ou souffrances psychiques, suspectés mais non qualifiés
- (8) Aucun trouble ou souffrance psychique identifié.

De la même façon, l'avis des médecins référents et des responsables des LHSS a d'abord été pris en compte, il a ensuite été complété par les résultats des entretiens d'évaluation qui ont pu être menés quand ces résultats faisaient suspecter un trouble non repéré, mais n'a pas été « corrigé » quand ces résultats étaient négatifs.

Les principaux groupes ainsi constitués ont ensuite été décrits en termes d'âge, de durée du séjour en cours, et d'origine géographique.

2.4. Un travail complémentaire d'illustration par des « vignettes cliniques »

Le Docteur Gérard Massé, psychiatre à l'hôpital Sainte Anne, est intervenu en tant que consultant auprès d'une dizaine de patients hébergés dans les LHSS au cours des dernières semaines d'octobre, pour lesquels les médecins référents étaient demandeurs d'un avis spécialisé pour le diagnostic et/ou la prise en charge. Il a rédigé sur cette base une dizaine de « vignettes cliniques ». Ces exemples permettent d'illustrer très concrètement :

- l'intrication des troubles psychiques, des problèmes somatiques et sociaux et de la consommation d'alcool,
- l'évolution des situations au fil de ou des séjours de ces personnes dans les LHSS du Samusocial.

3. Résultats

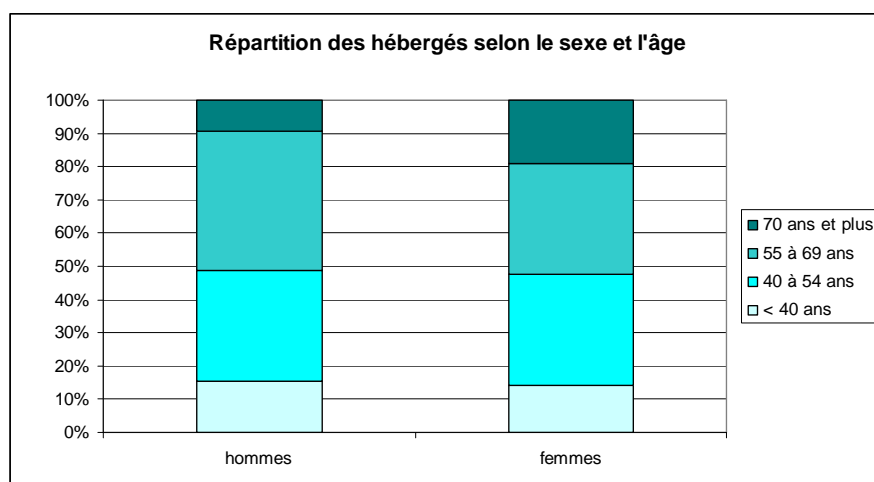
3.1. Éléments de cadrage

Le jour de référence pour l'enquête était le mardi 4 août 2015 dans tous les LHSS (sauf Esquirol, où ce relevé n'a pu être fait que le 25 août). Sur 170 lits, on comptait 163 personnes hébergées.

Plus de la moitié d'entre elles étaient présentes dans la structure depuis plus de 2 mois, et seules 15% étaient là depuis moins de 15 jours⁷ (voir détail en annexe 3).

Il s'agissait d'hommes dans 87% des cas, et la moyenne d'âge était de 53 ans pour les hommes (19 à 79 ans) et 54 ans pour les femmes (23 à 76 ans). La répartition en quartiles était la suivante :

	Hommes	Femmes
1 ^{er} quartile	43 ans	45 ans
médiane	55 ans	55 ans
3 ^{ème} quartile	61 ans	65 ans



Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015
 Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

La grande majorité présentaient **plusieurs pathologies somatiques, aiguës** (infections, traumatismes, décompensations de pathologies chroniques) **et/ou chroniques** (cardiovasculaires, pulmonaires, neurologiques, ostéo-articulaires, cutanées...). A titre d'exemple, selon le relevé effectué un jour donné des pathologies dans un des centres, après regroupement de ces pathologies en grands « systèmes » (digestif, neurologique...), la moitié des patients hébergés avaient au moins un problème de santé en cours relevant d'au moins quatre « systèmes » différents.

3.2. Mode de prise en charge actuel des problèmes de santé mentale dans les LHSS

Les patients hébergés et disposant d'une couverture maladie peuvent être suivis en centre médico-psychologique, ou être vus en consultation en CSAPA⁸, et être adressés au CPOA en cas d'urgence, ou adressés dans un service de neurologie et de gériatrie pour un bilan neuropsychiatrique. Pour ceux qui ne disposent pas d'une couverture maladie, les équipes des LHSS peuvent en théorie faire appel au

⁷ Un relevé « un jour donné » conduit mécaniquement à sur représenter les personnes ayant une longue durée de séjour, par rapport au rapport d'activité annuel, établi à partir des sortants dans l'année.

⁸ CSAPA = Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

réseau Psychiatrie et précarité, ou adresser la personne à la PASS psychiatrique, mais ces recours sont dans les faits très rares. En effet ces ressources, et *a fortiori* d'autres encore plus spécifiques (Centre Françoise Minkowska par exemple⁹) sont saturées, et les délais d'accès sont parfois rédhibitoires par rapport aux durées de séjour envisagées dans les LHSS. De plus les professionnels exerçant dans les structures de soins psychiatriques posent parfois eux-mêmes des conditions restrictives, concernant notamment les personnes alcoolisées, ou avec des comorbidités neurologiques ou d'autres problèmes somatiques lourds.

Ainsi, le plus souvent, les équipes du Samusocial de Paris assurent elles-mêmes la prise en charge. Or Les médecins référents des LHSS n'ont pas de compétences spécialisées en psychiatrie ou addictologie et les ressources spécialisées auxquelles elles peuvent faire appel, en interne ou via des partenariats fonctionnels, sont actuellement une denrée rare : un psychiatre du secteur 12 assure une consultation mensuelle dans le LHSS St Michel, et un infirmier de ce même secteur y intervient une fois tous les 15 jours, et une gérontopsychiatre assure une consultation hebdomadaire dans le LHSS Jean Rostand. Les autres LHSS ne disposent d'aucune ressource de ce type.

3.3. Proportion des patients hébergés un jour donné présentant un ou des « problèmes de santé mentale »

Selon les professionnels rencontrés, parmi les 163 patients hébergés le jour de l'enquête :

- 55 patients (34%) avaient un problème de santé mentale (psychiatrie ou neuropsychiatrie) déjà connu,
- 40 autres (25%) présentaient des signes faisant suspecter l'existence d'un tel problème,
- pour 20 autres patients (12%), le médecin référent et le responsable du LHSS, avaient identifié une souffrance psychique non qualifiée de trouble psychiatrique mais nécessitant un traitement psychotrope et/ou l'intervention de ressources spécialisées.

Des entretiens d'évaluation ont pu être réalisés par la psychologue clinicienne pour :

- 11 des 55 patients ayant un trouble psychiatrique ou neuropsychiatrique « connu »,
- 13 des 40 patients ayant un trouble psychiatrique ou neuropsychiatrique « suspecté »
- 4 des 20 patients pour lesquels était identifiée une souffrance psychique nécessitant une prise en charge (2 autres ont été tentés mais se sont révélés impossibles),
- 1 des 48 patients pour lesquels aucun problème de santé mentale n'était détecté ou suspecté.

Les résultats de ces entretiens ont conduit à reclasser un des patients pour lesquels était identifiée une souffrance psychique dans la catégorie des troubles psychiatriques ou neuropsychiatriques « suspectés »¹⁰.

⁹ Centre médico-psychosocial qui oriente et soigne les migrants en souffrance mentale

¹⁰ Il vaut mieux éviter toute extrapolation : compte tenu du mode de sélection des patients, il n'est pas possible d'en déduire que pour 20% des patients non classés en catégories (1) ou (2), la réalisation systématique d'un entretien aurait conduit à suspecter un trouble psychiatrique ou neuropsychiatrique...

Au total, parmi les 163 patients hébergés un jour donné :

- près de 60% présentaient un problème psychiatrique et/ou neuropsychiatrique, confirmé (plus d'un patient sur trois) ou suspecté (un patient sur quatre),
- pour 10% supplémentaires, était identifiée une souffrance psychique non qualifiée de trouble psychiatrique mais nécessitant un traitement psychotrope et/ou l'intervention de ressources spécialisées.

3.4. Fréquence des problèmes de santé mentale selon leur nature

Les résultats ci-dessous combinent l'avis des médecins référents et des responsables des LHSS et les résultats des entretiens d'évaluation qui ont pu être menés, ces derniers n'étant pris en compte que quand ils faisaient suspecter un trouble non repéré (cf. la méthode d'analyse). Le détail des conclusions des professionnels interrogés et des conclusions des entretiens en annexe 4.

	Problème psychiatrique...	N (%)	Nombre d'entretiens d'évaluation
Tableau neuropsychiatrique prédominant, ou suspecté	connu	23 (14%)	2
	suspecté	13 (8%)	3
	<i>non spécifié</i>	1 (<1%)	1
	tous	37 (23%)	6
Troubles psychotiques prédominants, ou suspectés	connu	11 (7%)	2
	suspecté	9 (6%)	7
	tous	20 (12%)	9
Association de troubles neuropsychiatriques et psychotiques	connu	1 (<1%)	
	suspecté	1 (<1%)	
	tous	2 (1%)	0
Addiction à l'alcool ou drogues sans troubles psychotiques	connu	5 (3%)	2
	suspecté	3 (2%)	0
	<i>non spécifié</i>	13 (8%)	2
	tous	21 (13%)	4
Association d'addictions et de troubles psychotiques	connu	4 (2%)	2
	suspecté	1 (<1%)	1
	tous	5 (3%)	3
Troubles anxieux et/ou dépressifs prédominants	connu	10 (6%)	3
	suspecté	7 (4%)	2
	<i>non spécifié</i>	1 (<1%)	0
	tous	18 (11%)	5
Troubles non qualifiés	connu	1 (<1%)	0
	suspecté	6 (4%)	0
	<i>non spécifié</i>	5 (3%)	1
	tous	12 (7%)	1

Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015

Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

NB : non spécifié = souffrance psychique identifiée comme nécessitant une prise en charge, non qualifiée de « problème psychiatrique »

Au total :

- **5%** des patients présentaient des **tableaux complexes** associant soit démence et troubles psychotiques avérés, soit addictions et troubles psychotiques avérés ou suspectés,
- des troubles **neuropsychiatriques** prédominaient, ou étaient suspectés, pour **23%** des patients,
- des troubles **psychotiques** prédominaient, ou étaient suspectés, pour **12%**,
- les troubles prédominants étaient les **addictions** pour **13%**,
- des troubles **anxieux et/ou dépressifs** prédominaient pour **11%**,
- **7%** des patients n'avaient **pas de trouble spécifié mais nécessitaient** un recours à une « équipe mobile psychiatrie précarité », et/ou un soutien par un psychologue.

3.5. Caractéristiques de ces patients

Les ¾ des patients atteints de troubles neuropsychiatriques ou de troubles psychotiques, connus ou suspectés, étaient hébergés en LHSS depuis plus de deux mois. L'âge moyen était de 61,5 ans pour les premiers, de 52 ans pour les seconds.

Les patients présentant des troubles anxio-dépressifs prépondérants, ou une souffrance psychique non qualifiée de trouble psychiatrique, étaient âgés en moyenne de 57 ans. Soixante pour cent étaient hébergés depuis plus de deux mois.

Les patients dont le tableau clinique prépondérant était l'addiction étaient plus jeunes (âgés en moyenne de 48 ans), et hébergés en LHSS depuis moins longtemps (moins d'un sur quatre était hébergé en LHSS depuis plus de deux mois).

La moitié des patients (possiblement) atteints de troubles neuropsychiatriques étaient d'origine étrangère. Un tiers de ces patients, comme de ceux présentant des troubles psychiques ou prédominaient l'addiction, étaient originaires d'un pays de l'ancien bloc de l'Est (Pologne notamment).

Parmi les patients présentant des (possibles) troubles anxio-dépressifs, ou une souffrance psychique non qualifiée de trouble psychiatrique, un sur trois était originaire d'un pays étranger, sans prépondérance d'une zone géographique particulière.

3.6. Besoins d'aide spécialisée identifiés par les professionnels rencontrés, actuellement non couverts

Un certain nombre des patients avaient déjà eu des prises en charge psychiatrique, certaines étaient encore en cours, et quelques-uns étaient en rupture et refus de soins.

Pour 7 patients, un bilan neuropsychiatrique était jugé indispensable.

- Ces personnes étaient âgées de 57 à 76 ans.
- Pour 5 d'entre elles il s'agissait de confirmer un diagnostic « suspecté »,

- et pour 2 le diagnostic était jugé déjà connu, mais le bilan était jugé utile pour étoffer les demandes auprès de la MDPH¹¹
- Ce bilan semblait **difficile à réaliser pour au moins 4 patients** pour des raisons financières (absence de couverture sociale (2) et/ou linguistiques (2)).

L'aide d'une équipe mobile de psychiatrie était fortement souhaitée pour 33 patients :

- 6 nécessitaient également un soutien psychologique spécialisé (voir ci-dessous).
- Certains de ces patients sont pourtant déjà suivis en CMP, mais ce suivi n'est pas suffisant et/ou inadapté selon les professionnels des LHSS.
- Dans plus de la moitié des cas il s'agit de confirmer ou d'établir un diagnostic. Mais l'aide souhaitée concerne plus largement le suivi de patients dans la rue, la rencontre des personnes dans la structure d'hébergement quand celle-ci est dans l'incapacité de se déplacer, et le rôle d'interface avec les structures de soins.
- **Pour 6 patients** une telle aide, bien que perçue comme nécessaire, se heurterait à un **refus** du patient. **Pour 12 autres, existe une barrière linguistique, et 3 autres n'ont aucune protection sociale maladie** (voir détail en annexe 5).

Un soutien psychologique spécialisé sur place était jugé nécessaire pour 27 patients (17%) :

- pour des patients présentant des troubles anxieux et/ou dépressifs, connus ou suspectés, parfois isolés, ou le plus souvent associés à des pathologies somatiques lourdes, ou à des troubles psychiatriques ou neuropsychiatriques connus ;
- pour des patients dont le tableau prédominant est une addiction ; pour quelques-uns en sus d'un suivi en CSAPA¹² (avec là aussi une barrière linguistique pour l'un d'entre eux).

Le détail des situations concernées est présenté en annexe 5.

Au total :

5% des patients hébergés à la date de l'enquête avaient besoin, selon les professionnels rencontrés d'un bilan neuropsychiatrique approfondi,
et un patient sur trois avait besoin d'accéder à des ressources spécialisées : selon les cas, un soutien psychologique sur place, et/ou l'aide d'une équipe mobile psychiatrie précarité.

3.7. Quelques exemples concrets

Les cas cliniques ci-dessous, rédigés par le Dr Massé fournissent des exemples de tableaux cliniques très variés : démence (observation 5), troubles psychotiques (observations 2, 6, 9), troubles de l'humeur (observations 3 et 7), troubles de la personnalité divers (observations 1 ; 3, 8 et 10). Ces difficultés sont toujours associées à une très grande précarité sociale, et très souvent à un isolement familial et social important, une dépendance à l'alcool et à des atteintes somatiques lourdes. L'évolution des situations somatiques et psycho-sociales au cours du ou des

¹¹ MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées

¹² CSAPA = Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

séjours est décrite, et les besoins et perspectives de prise en charge psychosociale sont également abordées.

Observation 1

Madame O, âgée de 47 ans et d'origine marocaine, a été accueillie en LHSS, alors qu'elle faisait des crises d'épilepsie répétées en raison de l'arrêt de son traitement. Elle se trouvait à la rue du fait d'un isolement familial et social.

Actuellement sa comitialité est parfaitement stabilisée, avec un suivi régulier à l'hôpital Beaujon, dans le service de neurologie. Elle apparaît très soulagée d'être accueillie dans un lieu qui la rassure, alors qu'elle demeure très imprécise sur son existence antérieure

Elle dit être la seule de sa famille à être venue, à l'âge de 36 ans, en France. Elle aurait été accueillie dans une famille dont elle gardait des enfants.

Elle a été traitée récemment pour une tumeur du sein.

Elle ne dispose d'aucun revenu et ne construit aucun projet.

Le diagnostic retenu est celui d'un trouble de la personnalité, marqué par une immaturité et une dépendance. La poursuite du traitement anticomitial nécessite une insertion avec un projet à construire. Un soutien psychothérapeutique est souhaitable.

Observation 2

Monsieur I, âgé de 22 ans, de nationalité bulgare est en France depuis un an. Il a été accueilli en LHSS, en août 2015, après une hospitalisation à l'hôpital de Bligny, pour une tuberculose pulmonaire bacillifère.

Alors qu'il ne parle pas français, il présente à l'évidence une évolution psychotique de type schizophrénique, ayant nécessité plusieurs hospitalisations en Bulgarie. Il demeure réticent pour aborder la réalité de sa situation en France.

Il dit seulement avoir appartenu à une fratrie de douze enfants.

Non traité, il est soumis à un vécu délirant majeur, lié à des hallucinations.

Un contact avec le centre Françoise Minkowska a permis de confirmer qu'il ne disposait pas de thérapeute en langue bulgare. Le CPOA¹³ après consultation a orienté ce patient vers le CMP¹⁴ de la rue d'Alésia (secteur 13 de Paris). Il bénéficie d'une prescription d'antipsychotique et doit être revu une fois par mois. Son traitement permet une stabilisation relative sur le plan de sa pathologie productive (vécu délirant, hallucinations)

Pour ce patient, tout reste à déterminer, qu'il s'agisse d'une continuité des soins ou d'une insertion réaliste.

¹³ CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

¹⁴ CMP : Centre médico-psychologique

Observation 3

Monsieur B, âgé de 51 ans, est accueilli en LHSS, du fait d'une épilepsie, et d'un diabète, alors qu'il a été amputé d'une jambe, à la suite d'un accident dans le RER, en novembre 2011. Il ne travaille depuis plus de 10 ans (il était peintre en bâtiment) et il vit à la rue depuis longtemps.

Son expression très authentique traduit un trouble de la personnalité, à type de déséquilibre, qui l'a longtemps conduit à ne pas supporter les contraintes et à vivre dans l'instant, sans capacité à se projeter dans l'avenir. On peut penser qu'actuellement, dans un contexte de recours constant à l'alcool, dès qu'il sort d'une institution, d'un vécu dépressif récurrent, il souhaite accéder à un lieu de vie stable alors qu'il bénéficie d'une AAH¹⁵. Il convient de noter qu'un fléchissement cognitif apparaît débutant.

Il demeure en contact avec sa mère qui a pris sa retraite en Bretagne, et deux sœurs. Il paraît possible d'envisager un rapprochement familial, avec un suivi médical de type alcoologie et psychothérapie. La mise en place d'une curatelle peut être discutée.

Observation 4

Monsieur G, âgé de 75 ans, d'origine algérienne, est arrivé en France en 1960. Il est demeuré isolé et ne s'est pas marié. Il a travaillé régulièrement d'abord dans un abattoir, puis en usine. Son dernier emploi dans une entreprise de nettoyage, s'est arrêté en 1993. Après une période de chômage, sans revenu, il a survécu à la rue, pendant une très longue période.

Il a été accueilli en LHSS, dans un état de santé physique extrêmement dégradé. Maintenant il a recouvré un état somatique satisfaisant, ce qu'il apprécie. Cet homme analphabète, n'ayant pas été scolarisé, ne formule aucune plainte. Il ne présente pas de trouble de l'humeur, ni de fléchissement cognitif.

Il relève d'un Foyer logement ou d'un EHPAD¹⁶. Un retour à la rue serait dramatique.

Observation 5

Monsieur L, âgé de 68 ans, présente une démence fronto-temporale, avec un fléchissement cognitif, qui s'est accentué très fortement récemment (désorientation, trouble de la mémoire, du jugement et du raisonnement).

La composante frontale est majeure, avec un état d'exaltation, des convictions mégalomaniaques, et un vécu persécutif. Cette situation clinique est apparue chez un homme vivant à la rue depuis plusieurs années, avec un recours constant à l'alcool, dans un cadre probable de bipolarité, avec un trouble de la personnalité.

Un traitement symptomatique doit être engagé, avec la mise en place d'une mesure légale de protection et une orientation en EHPAD¹⁶.

¹⁵ AAH : allocation adulte handicapé

¹⁶ EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Observation 6

Madame R, âgée de 66 ans, a été accueillie en LHSS, après avoir été expulsée de son logement. Elle présente un vécu délirant à thème persécutif, exprimé dans un état d'exaltation, presque constant.

Le traitement d'un ulcère de jambe se poursuit, alors que son état de santé général est devenu satisfaisant. Elle demeure très réticente à l'égard d'un traitement adapté, alors que l'équipe du LHSS gagne peu à peu sa confiance.

Il convient de se demander si une hospitalisation dans le cadre de soins obligatoires ne constitue pas la solution à envisager.

Observation 7

Monsieur P, âgé de 55 ans a été accueilli en LHSS, après une hospitalisation pour décompensation cardiaque (infarctus du myocarde en 2012, œdème aigu du poumon en 2013).

Son existence a basculé en 2000 (alors qu'il était marié et avait deux enfants et était bien intégré sur le plan professionnel), en relation, avec des décompensations dépressives et maniaques liées à une maladie bipolaire. Depuis, dès qu'il se trouve à la rue, il s'alcoolise constamment.

Accueilli en institution, et dès qu'il prend un traitement thymorégulateur, son alcoolodépendance s'amenuise. Il parvient actuellement à se projeter dans l'avenir, en acceptant un suivi psychiatrique et la prise d'un traitement adapté.

La solution passe par un accueil ; en lieu de vie, de type résidence sociale, tout retour à la rue le condamnerait, ce dont il a pleinement conscience.

Observation 8

Monsieur E, âgé de 32 ans, a été accueilli en LHSS, dans les suites d'une fracture de jambe liée à une agression dans un contexte de prostitution. Il a été suivi par l'Association l'Amicale du Nid avec une solution d'hébergement et une tentative d'insertion professionnelle, entre août 2010 et février 2015.

Il présente un trouble de la personnalité avec un versant dysharmonique, expliquant sa dépendance et des capacités d'autonomie limitées.

La situation actuelle est marquée par une stabilité appréciable et un abandon probable de la prostitution. La solution avec le recul de l'expérience de l'Amicale du Nid et celle du Samu social, consiste en un accueil en FAM¹⁷, avec la poursuite d'un soutien psychiatrique assumé actuellement par un CMP¹⁸.

¹⁷ FAM : Foyer d'accueil médicalisé

¹⁸ CMP : Centre médico-psychologique

Observation 9

Monsieur V, âgé de 40 ans, est d'origine sri-lankaise. Il ne vit plus avec son épouse, alors qu'il a perdu au Sri Lanka, deux enfants des suites de maladie.

Il subit un vécu psychotique, en relation avec des hallucinations très importantes. Il est accueilli en LHSS, assez régulièrement, avec des séjours qu'il interrompt spontanément pour repartir à la rue et vivre halluciné avec un recours constant à l'alcool.

On peut espérer que le séjour actuel, en adaptant au mieux son traitement, permettra une amélioration clinique suffisante, et une continuité du séjour afin qu'un projet puisse être mis en place. Ce patient, outre une continuité de soins, relève d'une orientation par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), cette orientation pouvant prendre la forme d'une AAH¹⁹ avec orientation en Foyer de vie et en ÉSAT²⁰. Une curatelle serait utile.

Observation 10

Monsieur S, âgé de 68 ans, a été admis en LHSS, après avoir dormi pendant 6 mois dans sa voiture. Il est arrivé dans un état de santé devenu très précaire du fait d'un diabète insulino-dépendant déséquilibré. Sur ce plan, son état somatique est actuellement très satisfaisant et il adhère au suivi mis en place pour son diabète.

Les entretiens répétés ont mis en évidence une personnalité psychorigide, facilement méfiante, induisant des ruptures répétées. Une alcoolisation peut favoriser un passage à l'acte, ce qui a été à l'origine récemment de violences à l'encontre de sa compagne et d'une expulsion du domicile commun.

Un suivi par le CCAS²¹ devrait aboutir à l'accès à un logement personnel. Un suivi psychothérapique s'impose, comme la mise en place d'une curatelle, en relation avec le CCAS.

¹⁹ AAH : Allocation adulte handicapé

²⁰ ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

²¹ CCAS : Centre communal d'action sociale

4. Discussion et conclusion

4.1. Limites de l'étude et points de vigilance

Rappelons qu'il s'agit d'une enquête exploratoire (il s'agissait d'obtenir, dans un délai court et sans budget spécifique, un ordre de grandeur de l'importance des besoins de soutien spécialisé). Les chiffres ci-dessus ne sont donc que des estimations, en effet :

- Il s'agit pour une part de l'avis des médecins référents et des responsables des LHSS, sans possibilité de confirmation par un psychiatre ;
- tous les patients n'ont pas pu avoir des entretiens d'évaluation, et les résultats de ces entretiens ont pu être en partie faussés par l'existence d'un traitement psychotrope ou d'autres éléments de contexte. Les résultats du test MMS sont influencés par l'âge et le niveau d'éducation, mais aussi par l'existence d'une dépression, d'une anxiété ou d'une atteinte psychotique²², or de tels troubles étaient très souvent présents chez les personnes évaluées. Ceux des modules MINI sont possiblement influencés par la culture d'origine ; ils ne permettent pas de faire la part de ce qui est « réactionnel » à la situation pathologique (pathologies très lourdes avec handicap et pronostic vital parfois engagé) et sociale. Des échanges entre la psychologue enquêtrice et un psychiatre auraient certainement été nécessaires pour affiner les conclusions.
- Les données issues des dossiers informatisés présentaient des limites :
 - ainsi les chiffres concernant les addictions en cours sont probablement surestimés (n'étant pas toujours à jour, certains pouvaient être en situation de sevrage au moment de l'enquête),
 - les traitements psychotropes en cours figurant sur Osiris ne comportaient pas toujours les traitements par neuroleptiques retard administrés en CMP²³, et la classification ATC²⁴ classe les médicaments selon leur indication principale, qui peut différer de celle pour laquelle un médicament a été prescrit.

Une enquête comportant des évaluations psychiatriques plus complètes et systématiques, et une étude fine des indications, durées et posologies des traitements psychotropes, pourra si besoin être mise en place ultérieurement.

4.2. Mise en perspective

Selon le rapport d'évaluation du dispositif LHSS déjà cité, réalisé en 2013 auprès de l'ensemble des LHSS existants, les séjours les plus longs concerneraient les décompensations aiguës de pathologie psychiatrique. La méthode d'enquête choisie (enquête un jour donné) surestime donc très probablement l'importance des problèmes de santé mentale dans la population accueillie en LHSS, par rapport aux résultats d'une approche analysant l'ensemble des séjours d'une année. Elle permet cependant d'apprécier très concrètement leur place dans le vécu quotidien des professionnels.

²² Derouesné C, 1999 (*Ibid*)

²³ CMP = Centre Médico Psychologique

²⁴ ATC = classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique des médicaments

Ce même rapport, qui a analysé, sur un mode déclaratif, les problèmes de santé rencontrés chez toutes les personnes accueillies dans l'ensemble des LHSS français entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011, estimait la proportion de patients atteints de « troubles démentiels ou cognitifs » à environ 13 %, celle des patients atteints de « troubles de la personnalité ou pathologies psychiatriques avérées » à 40%. Une part notable de ces différents troubles (40%) n'était pas connue à l'admission et avait été découverte au cours du séjour. Près des deux tiers des patients présentaient une « problématique d'addiction », dans la grande majorité liée à l'alcool, et déjà connue lors de l'admission.

Les constats faits au cours de cette enquête quant à l'importance des problèmes de santé mentale semblent donc proches de ceux faits au niveau national quelques années auparavant. La part plus importante des troubles neuropsychiatriques est à mettre en lien avec une population sensiblement plus âgée, et sans doute aussi avec les difficultés de solution de sortie pour ce type de patients, dans un contexte de saturation des Lits d'accueil médicalisé.

L'importance des troubles connus ou suspectés contraste avec la quasi-absence de moyens spécialisés pour leur prise en charge au sein des LHSS du Samusocial de Paris, de même que dans les autres structures du même type existantes, comme le rapport de 2013 le confirme. Celui-ci montrait que 53% des patients avaient nécessité une prise en charge psychologique, dont 36,5% dans le cadre d'une consultation spécialisée. Pour 55% des personnes, il s'agissait d'un premier contact avec cette spécialité et 40% avaient bénéficié d'au moins 4 consultations durant leur séjour. Les consultations d'addictologie avaient concerné 19% des patients enquêtés, et pour 38% des personnes concernées, il s'agissait d'un premier contact avec cette spécialité.

L'aide apportée par les médecins référents et les responsables des LHSS du Samusocial de Paris a permis d'aller plus loin, en identifiant et quantifiant les besoins de diagnostic ou de prise en charge spécialisée non couverts pour les patients actuellement hébergés. Les besoins ressentis sont importants, et les professionnels sont en attente des aides qui pourront leur être apportées dans les prochains mois, par le Réseau parisien Psychiatrie et précarité en cours de réorganisation, et avec le support interne d'un psychiatre (le Dr Massé), en cours de recrutement à mi-temps par le Samusocial de Paris.

5. ANNEXES

1. Note d'information à l'attention des personnes enquêtées
2. Calendrier des rencontres et des entretiens d'évaluation
3. Nombre de lits, de patients hébergés et durées de séjour à la date de l'enquête, selon les centres
4. Détail des problèmes de santé mentale rencontrés
5. Détail des besoins d'aide spécialisée identifiés par les professionnels

Annexe 1

Note d'information à l'attention des personnes enquêtées

Le Samu social de Paris met en œuvre une étude concernant la santé psychologique des personnes hébergées en LHSS. Cette étude permettra de mieux connaître les problèmes rencontrés par ces personnes et ainsi d'améliorer si besoin l'offre de soins et de services spécialisés.

Dans le cadre de cette étude, un entretien avec une enquêtrice est proposé à plusieurs personnes actuellement hébergées dans chacun des LHSS. Cet entretien devrait durer environ une heure. Il est **confidentiel et anonyme** : l'enquêtrice ne connaîtra pas votre identité, et vos réponses resteront totalement confidentielles.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela ne changera rien à la qualité de vos soins. Si certaines questions vous gênent ou ne vous concernent pas, vous n'êtes pas obligé d'y répondre. Par ailleurs vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment.

Vous avez le droit d'accéder aux informations vous concernant, et de les rectifier si besoin (pour cela vous devrez vous adresser à l'Observatoire du samusocial, qui est en charge de l'analyse des données de l'enquête).

Votre participation à l'étude est précieuse. Nous vous remercions par avance de votre collaboration et restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Katia Polihezsko, enquêtrice

Françoise Riou, Observatoire du samusocial de Paris.

Annexe 2

Calendrier des rencontres et des entretiens d'évaluation

Calendrier des rencontres avec les médecins référents et les responsables des LHSS

Lieu	Rencontres	Date
Esquirol	Médecin référent, responsable, IDE et assistante sociale	01/09
Jean Rostand	Responsable et IDE	04/08
	Médecin référent	25/08
Les Lilas	Médecin référent	07/08
	Médecin référent et responsable	30/09
Plaisance	Médecin référent et responsable	15/09
Ridder	Médecin référent et responsable	02/09
St Michel	Médecin référent et responsable	31/08

Calendrier des entretiens d'évaluation menés par la psychologue clinicienne

Date	Entretiens individuels	
	Lieux	Nombre
05/08/2015	St Michel	6
07/08/2015	Jean Rostand	2
10/08/2015	Jean Rostand	2
11/08/2015	Ridder	1
12/08/2015	Les Lilas	2
13/08/2015	Plaisance	2
14/08/2015	Ridder	3
15/08/2015	St Michel	3
22/08/2015	St Michel	4
23/08/2015	Les Lilas	3
26/09/2015	Plaisance	1

Annexe 3

Nombre de lits, de patients hébergés et durées de séjour à la date de l'enquête, selon les centres

Nombre de lits et nombre de patients hébergés à la date de l'enquête, selon les centres

Lieu	Nombre de lits	Nombre de personnes hébergées le 04/08 2015
J. Rostand	27	27
Les Lilas	30	27
Plaisance	33	33
Ridder	33	31
St Michel	31	29
Esquirol	16	16
Tous LHSS	170	163

Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015

Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

Répartitions des durées de séjour de ces patients à la date de l'enquête²⁵ selon les centres

Lieu	Durée			Total Nbre (%)
	> 2 mois Nbre (%)	2 semaines à 2 mois Nbre (%)	< 2 semaines Nbre (%)	
J. Rostand	16 (59%)	4 (15%)	7 (26%)	27 (100%)
Les Lilas	15 (55%)	11 (41%)	1 (4%)	27 (100%)
Plaisance	22 (66%)	8 (24%)	3 (10%)	33 (100%)
Ridder	17 (55%)	8 (26%)	6 (19%)	31 (100%)
St Michel	20 (69%)	6 (21%)	3 (10%)	29 (100%)
Esquirol	8 (50%)	3 (19%)	5 (31%)	16 (100%)
Tous LHSS	98 (60%)	40 (25%)	25 (15%)	163 (100%)

Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015

Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

²⁵ Calculée selon la date de début de séjour figurant dans la base OSIRIS

Annexe 4

Détail des problèmes de santé rencontrés

1. **Nature des problèmes de santé mentale « connus »** selon les médecins référents
Ils étaient qualifiés par le médecin de :

- démence (18), ou « troubles neuropsychiatriques » (6) parfois associés à des troubles de la personnalité, une psychose, ou un état dépressif,
- psychose (11) ou schizophrénie (1), (associée une fois à un état dépressif)
- troubles anxieux et/ou troubles de l'humeur (le plus souvent considérés comme des états dépressifs réactionnels, plus rarement qualifiés de « trouble bipolaire » (8).

Dans 8 cas ce sont les problèmes d'addiction qui ont été mis en avant.

Un entretien d'évaluation a pu être réalisé pour 11 de ces personnes, les conclusions en sont les suivantes :

Sexe	Age	Problème qualifié de ...	Addiction(s)	Traitement médicamenteux*	Conclusion de l'entretien d'évaluation
M	43	Addiction	ALCOOL	HS	trouble panique + ESPT** antécédent d'épisode dépressif majeur troubles psychotiques = ?
F	50	Addiction	SUBSTITUE	AP	anxiété généralisée <u>antécédent</u> d'épisode dépressif majeur risque suicidaire "léger"
M	45	Addiction	ALCOOL		épisode dépressif majeur actuel et passé <i>MMSE*** non passé</i>
F	42	Troubles anxieux			attaques de panique épisode dépressif majeur actuel et passé risque suicidaire "léger", 1 TS****
M	53	Démence	ALCOOL	AD	troubles cognitifs, refus MMSE
M	61	Etat dépressif			trouble panique <u>antécédent</u> d'épisode dépressif majeur
F	71	Etat dépressif		AD	<u>antécédent</u> d'épisode dépressif majeur risque suicidaire "léger" troubles psychotiques := ? parano
M	52	Troubles « neuropsychy »	ALCOOL		troubles psychotiques psychopathie = ?
M	54	Psychose	SUBSTITUE	AD+AX	trouble panique épisode dépressif majeur actuel et passé risque suicidaire "léger"
M	62	Psychose			troubles psychotiques
M	52	Psychose + état dépressif		HS	anxiété généralisée troubles psychotiques = ?

Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015

Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

* selon la classification ATC : AD = antidépresseur, AP = antipsychotique, AX = anxiolytique, HS = hypnotique/sédatif

** ESPT = état de stress post-traumatique

*** MMSE = mini mental state examination

**** TS = tentative de suicide

Deux des conclusions d'entretiens indiquent la présence de possibles troubles psychotiques non identifiés auparavant (une confirmation diagnostique serait bien sûr nécessaire).

La présence de troubles anxieux ou d'épisodes dépressifs a été également mise en évidence chez des patients pour qui le trouble n'était qu'en partie identifié.

2. **Nature des problèmes de santé mentale « suspectés »** selon les médecins référents

Quand la suspicion était explicitée par le médecin (31/39), les problèmes étaient qualifiés de :

- démence (6), démence et psychose (1) ou « troubles neuropsychiatriques » (4), ou grande désorientation (1),
- troubles anxieux et/ou dépression ou troubles de l'humeur (8),
- délire (3) ou psychose (1) ou comportement ou contact étrange (2),
- repli extrême (1) ou grand exclus (1),
- psychopathie (1), addiction (2).

Pour un patient pour lequel le problème suspecté n'était pas explicité, était noté un récent passage en hôpital psychiatrique avec refus de prise en charge.

Un entretien d'évaluation a été tenté pour 17 de ces personnes, et a pu être réalisé pour 12 d'entre elles, les conclusions en sont les suivantes :

Sexe	Age	Problème qualifié de	Addiction(s)	Traitement médicamenteux*	Conclusion de l'entretien d'évaluation
M	41	Addiction	ALCOOL + SUBSTITUE	AP	troubles psychotiques = ? psychopathie = ?
F	63	Troubles anxieux ; état dépressif		AX	anxiété généralisée épisode dépressif majeur actuel et passé risque suicidaire léger
M	73	Dépression réactionnelle	ALCOOL	HS	épisode dépressif majeur actuel (contexte annonce maladie grave)
F	45	Etat dépressif		AD	troubles psychotiques
M	75	Repli ++			anxiété généralisée MMSE** et tr. humeur = impossible à évaluer
F	63	Psychose			troubles anxieux épisode dépressif majeur actuel et passé risque suicidaire (plusieurs TS***) troubles psychotiques = ?
M	61	"contact étrange"			<u>antécédent</u> d'épisode dépressif majeur troubles psychotiques = ? psychopathie = ?
F	66	Délire parano, obsessions			troubles obsessionnels compulsifs troubles psychotiques
M	59	Délire ?			<u>antécédent</u> d'épisode dépressif majeur risque suicidaire "léger", 1 TS*** troubles psychotiques = ?
M	35			AP+AD+AX	troubles psychotiques épisode dépressif majeur actuel
M	55				<u>antécédent</u> d'épisode dépressif majeur troubles psychotiques = ?
M	61	Troubles « neuropsychy »	ALCOOL		refus MMSE RAS par ailleurs

Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015

Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

* selon la classification ATC : AD = antidépresseur, AP = antipsychotique, AX = anxiolytique, HS = hypnotique/sédatif

** MMSE = mini mental state examination

*** TS = tentative de suicide

Cinq des conclusions d'entretiens indiquent la présence de possibles troubles psychotiques non identifiés auparavant (une confirmation diagnostique serait bien sûr nécessaire).

La présence de troubles anxieux ou d'épisodes dépressifs a été également mise en évidence chez deux patients pour qui le trouble n'était qu'en partie identifié.

Pour les 22 autres cas, un tel entretien n'a pas été jugé utile (suspicion de démence), ou a été jugé non réalisable (patient ayant des troubles cognitifs trop importants, non coopérant, souvent absent, et/ou ne parlant ni le français ni l'anglais). Dans 4 cas il aurait pu être utile mais n'a pas été réalisé faute de disponibilité de l'enquêtrice.

3. Patients sans problèmes de santé mentale diagnostiqués ni suspectés selon les médecins référents

Parmi ces 91 patients, plusieurs présentaient un éthyisme chronique, 3 étaient sous traitement substitutif pour une addiction et un était en phase de soins palliatifs.

Un entretien d'évaluation a été réalisé pour 5 de ces personnes, les conclusions en sont les suivantes :

Sexe	Age	Addiction(s)	Traitement médicamenteux*	Conclusion de l'entretien d'évaluation
M	30			MMSE**=10 (tr. cognitifs + pb langue)
M	74		HS	RAS***
M	45	ALCOOL		RAS
M	47	SUBSTITUE	AX	troubles anxieux
M	62			RAS

Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015

Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

* selon la classification ATC : AD = antidépresseur, AP = antipsychotique, AX = anxiolytique, HS = hypnotique/sédatif

** MMSE = mini mental state examination

*** RAS = rien à signaler

Annexe 5

Détail des besoins d'aide spécialisée identifiés par les professionnels

1. Répartition des besoins identifiés selon la nature des problèmes prédominants identifiés ou suspectés

Problème psychiatrique...	Nature des troubles prédominants	Besoin identifié	
		soutien par un psychologue sur place	aide d'une EMPP*
connu	neuropsychiatriques	3	2
	psychotiques	1	2
	addiction	1	3 (4 ?)
	mixte A + P**	2	1
	anxieux/dépressifs	4	3
	non qualifiés***		1
	tous	11	12 (13 ?)
suspecté	neuropsychiatriques	1	1
	psychotiques		6
	mixte NP + P**		1
	addiction		2
	mixte A + P**		1
	anxieux/dépressifs	3	3
	non qualifiés***	3	4
	tous	6	18
non spécifié***	neuropsychiatriques		
	psychotiques		
	mixte NP + P**		
	addiction	6	1
	mixte A + P**		
	anxieux/dépressifs		
	non qualifiés***	5	
	tous	11	1

Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015

Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

* EMPP = Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

** NP + P = troubles neuropsychiatriques et psychotiques - A + P = addictions et troubles psychotiques

*** non qualifié de « problème psychiatrique », mais besoin identifié d'aide spécialisée ou traitement psychotrope en cours

2. Détail des situations pour lesquelles un besoin d'aide spécialisée (équipe mobile psychiatrie précarité, ou soutien psychologique sur place) était identifié

Sexe	Age	Problème psy identifié/suspecté	Addiction(s) en cours (hors tabac)	Traitement psychotrope en cours*	Besoin identifié	Obstacles
M	47	Addiction	POLYADD	AP à visée AX	équipe mobile ?	
M	42	Addiction	SUBST, OH	AP+AX+HS	équipe mobile + soutien psycho	
M	41	Addiction	ALCOOL + SUBSTITUE	AP	équipe mobile	Lanque (anglais)
M	43	Addiction	ALCOOL	HS	équipe mobile	
M	45	Addiction	ALCOOL		équipe mobile + soutien psycho	
M	51	Addiction	ALCOOL		équipe mobile	
M	60	Addiction	ALCOOL		équipe mobile	Lanque (arménien)
F	42	Troubles anxieux			équipe mobile + soutien psycho	
M	41	Troubles anxieux		AX	Soutien psycho	Lanque (polonais)
M	58	Troubles de l'humeur		AX	équipe mobile	Aucune protection sociale
M	58	Troubles anxio-dépressifs			équipe mobile + soutien psycho	
M	64	Troubles anxio-dépressifs		AD+HS	Soutien psycho	
M	55	Trouble bipolaire		AP	équipe mobile	Aucune protection sociale
M	59	Délire ?			équipe mobile	
F	66	Délire obsessionnel / paranoïaque			équipe mobile	
M	53	Démence	ALCOOL	AD	Soutien psycho	
M	57	Démence + Psychose	ALCOOL	AX	équipe mobile	
M	57	Troubles neuropsy	ALCOOL	AP	Soutien psycho	Lanque (serbe)
M	76	Démence		AP	équipe mobile	Aucune protection sociale
F	61	Démence + état dépressif	ALCOOL	AP+AD+AX+HS	Soutien psycho	
M	61	Etat dépressif			Soutien psycho	
M	68	Etat dépressif		AD	Soutien psycho	
M	73	Etat dépressif	ALCOOL	HS	Soutien psycho	
M	55	Grand exclus			équipe mobile + soutien psycho	

Voir suite du tableau page suivante

Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015

Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

* selon la classification ATC : AD = antidépresseur, AP = antipsychotique, AX = anxiolytique, HS = hypnotique/sédatif

Détail des situations pour lesquelles un besoin d'aide spécialisée (équipe mobile psychiatrie précarité, ou soutien psychologique sur place) était identifié (suite du tableau)

Sexe	Age	Problème psy identifié/suspecté	Addiction(s) en cours (hors tabac)	Traitement psychotrope en cours*	Besoin identifié	Obstacles
M	68	Délire obsessionnel			équipe mobile	Lanque (anglais)
M	31	Psychopathie, TS	POLYADD	AD+HS	équipe mobile	
F	48	Psychose	ALCOOL	AX+HS (refus AP)	équipe mobile + soutien psycho	Lanque (polonais)
M	52	Psychose + état dépressif		HS	équipe mobile	
F	63	Psychose			équipe mobile	
M	45	Non précisé	ALCOOL		équipe mobile	Lanque (polonais)
M	55	Non précisé			équipe mobile	
M	68	Non précisé			équipe mobile	
F	73	Non précisé		AD	équipe mobile	
M	35	Non précisé		AP+AD+AX	équipe mobile	
M	59	Non précisé		AD	équipe mobile	Lanque (anglais)
M	65	Non précisé			Soutien psycho	
M	33		POLYADD	AX+HS	Soutien psycho	
M	43		ALCOOL		Soutien psycho	Lanque (polonais)
M	51		ALCOOL	AX	Soutien psycho	Lanque (ukrainien)
M	59		ALCOOL	HS	Soutien psycho	
M	45		ALCOOL		Soutien psycho	
M	60				Soutien psycho	Lanque (roumain)
M	47				Soutien psycho	
M	54				Soutien psycho	
M	61				Soutien psycho	
M	62				Soutien psycho	
M	74			HS	Soutien psycho	
M	58				Soutien psycho	

Source : Besoins d'avis ou de suivi en santé mentale dans les LHSS du Samusocial de Paris 2015

Champ : les 163 personnes hébergées un jour donné

* selon la classification ATC : AD = antidépresseur, AP = antipsychotique, AX = anxiolytique, HS = hypnotique/sédatif