

LA SANTÉ MENTALE ET LES ADDICTIONS CHEZ LES PERSONNES SANS LOGEMENT PERSONNEL EN ÎLE-DE-FRANCE : L'ENQUÊTE SAMENTA DE 2009

// MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS AMONG HOMELESS IN THE PARIS METROPOLITAN AREA: THE SAMENTA SURVEY IN 2009

Anne Laporte^{1,2} (anne.laporte@ars.sante.fr), Erwan Le Méner², Marc-Antoine Détrez², Caroline Douay², Yann Le Strat³, Stéphanie Vandentorren^{2,3,4}, Pierre Chauvin⁴

¹ Agence régionale de santé d'Île-de-France, Paris, France

² Observatoire du Samusocial de Paris, Paris, France

³ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

⁴ Sorbonne Université, UPMC Univ Paris 06, Inserm, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP UMRS 1136), Paris, France

Soumis le : 22.05.2015 // Date of submission: 05.22.2015

Résumé // Abstract

Répondant à une demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, les objectifs de l'étude Samenta (SAnté MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens) étaient, entre autres, d'estimer la prévalence des principaux troubles psychiatriques et des addictions parmi les personnes sans logement personnel en Île-de-France.

La méthodologie de l'enquête a reposé sur un sondage complexe permettant d'obtenir un échantillon aléatoire de personnes fréquentant des services d'aide. Le questionnaire était composé d'une partie sur la santé mentale et les addictions et de modules visant à décrire les trajectoires sociales et les conditions de vie. Les personnes ont été interrogées par un binôme composé d'un enquêteur professionnel et d'un psychologue clinicien. Un psychiatre a été sollicité ultérieurement selon les éléments cliniques recueillis pour identifier un possible trouble psychiatrique.

Entre février et avril 2009, 840 personnes ont participé à l'enquête. On estime qu'un tiers de cette population souffrait de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles sévères de l'humeur ou de troubles anxieux. Cette prévalence de troubles sévères était plus élevée qu'en population générale ; elle était en particulier 10 fois plus importante pour les troubles psychotiques. La dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives étaient de 3 à 6 fois supérieures à celles de la population générale. Ces prévalences variaient selon le type d'hébergement (plus élevées dans les dispositifs à bas seuil) et leur nature différait selon le profil de la population (personnes accompagnées d'enfants ou non).

Ces résultats sont en faveur d'une amélioration du repérage, des soins psychiatriques et de l'hébergement chez les personnes sans logement, qui prenne en compte la diversité de cette population.

The SAMENTA Survey was commissioned by the Paris Prefecture and the Paris City Hall to estimate mental health and addictions prevalence of the main psychiatric disorders among the homeless in the Paris metropolitan area. The study methodology was based on a complex random sampling of homeless aid services. A questionnaire covered mental health and addictions topics, and included modules on social trajectories and living conditions. Investigators pairs (a professional lay interviewer and a clinical psychologist) interviewed each person. Depending on clinical signs, a debriefing with a psychiatrist was held to support an eventual psychiatric disorder diagnosis. Between February and April 2009, 840 homeless participated in the survey. We estimated that a third of the population suffered from severe psychiatric disorders, i.e. from psychotic disorders, severe mood disorders and/or anxiety disorders. This prevalence of severe disorders was higher than in the general population, specifically 10 times higher for psychotic disorders. Prevalence of alcohol dependence and regular consumption of psychoactive drugs was 3 to 6 times higher than in the general population. Those prevalences varied according to the type of housing (higher in low-threshold centers) and their nature differed according to the population profile (adults with children or not). These results plead for an improvement of detection, psychiatric care and housing of homeless, that takes into account the diversity of this population.

Mots-clés : Sans-domicile, Santé mentale, Addictions, Hébergement, Famille
// Keywords: Homeless, Mental health, Addictions, Housing, Families

Introduction

L'enquête Samenta¹ porte sur la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions chez les personnes sans logement. Elle a été réalisée à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris en 2008, face aux difficultés de prise en charge de ces personnes et en raison d'un questionnement sur les relations entre exclusion sociale et santé mentale, ainsi que d'une redéfinition de l'action publique à la suite du mouvement de l'association « Les Enfants de Don Quichotte ». La connaissance des personnes sans domicile et de leurs troubles apparaissait comme un préalable à l'adaptation des prises en charge, notamment en santé mentale². En effet, les informations jusqu'alors disponibles sur leur prise en charge étaient issues des établissements de soins (spécialisés en psychiatrie ou non) ou d'enquêtes sur des patientèles précaires³ difficilement généralisables. On comptait néanmoins deux enquêtes en population sur la santé mentale auprès de sans-domicile rencontrés sur leurs lieux de vie, l'une à Lille en 1998 et l'autre à Paris⁴ en 1999. Depuis cette étude parisienne, l'évolution de la population sans domicile a été marquée par son vieillissement, sa féminisation et l'augmentation des migrants et des familles⁵ ; une nouvelle étude paraissait donc souhaitable.

Les objectifs de l'étude Samenta étaient d'estimer la prévalence des principaux troubles psychiatriques et des addictions chez des personnes sans logement personnel en Île-de-France, et d'étudier leurs parcours sociaux et médicaux pour saisir les éléments du contexte social de la santé mentale. Seuls les résultats de prévalence seront présentés dans cet article, avec un objectif secondaire comparatif entre les types de lieu d'hébergement.

Matériel et méthodes

La population de l'étude était composée de personnes majeures, francophones, ayant dormi dans les cinq jours précédant l'enquête au moins une fois dans un lieu non prévu pour l'habitation, ou hébergées dans un établissement gratuit ou à faible participation. Elles ont été contactées - selon la méthodologie des enquêtes nationales de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) auprès des sans-domicile⁶ - par l'intermédiaire des services d'aide, en l'occurrence les lieux d'hébergement, les accueils de jour et les points de distribution de repas chauds.

La méthode d'échantillonnage a consisté en un sondage aléatoire complexe à trois degrés. Les services ont été tirés au sort selon leur taille, puis des jours d'enquête par structure parmi les jours ouvrables, et enfin des personnes parmi celles présentes les jours d'enquête dans chaque service retenu. Le champ géographique de l'enquête couvrait l'ensemble de l'Île-de-France. Une base de sondage des structures a été constituée à partir de plusieurs sources de données pour en assurer l'exhaustivité.

Les structures ont été réparties en 3 strates pour l'analyse : centres d'hébergement et d'accueil à bas seuil (centres d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement de stabilisation, lits halte soins santé, centres d'accueil de jour, points de distribution de repas chaud), centres d'hébergement sur le long terme (centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres maternels) et hôtels sociaux. Le nombre de sujets nécessaires pour estimer des prévalences de troubles psychiatriques ou addictions de 30% (retrouvées dans la littérature chez les personnes sans domicile⁴) avec une précision de 3% a été estimé à 800. L'échantillon était en outre stratifié sur la localisation géographique (70% à Paris et 30% dans la petite et la grande couronne).

La collecte des données a été réalisée par un binôme d'enquêteurs (enquêteur professionnel et psychologue clinicien) et a duré une heure en moyenne. À la fin de l'entretien, l'enquêté recevait un ticket service d'une valeur de 12€. Le questionnaire comprenait un module sur les addictions et les consommations s'appuyant notamment sur l'Audit et le DEBA-D (Dépistage/Évaluation du besoin d'aide - Drogue) du groupe RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec). Les troubles psychiatriques étaient investigués à l'aide du MINI plus v6.0 (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) qui génère des suspicions de diagnostics DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*). À l'issue de la passation du questionnaire par l'enquêteur, le psychologue réalisait un entretien clinique ouvert, d'une durée moyenne de 10 minutes, de façon à étayer un éventuel diagnostic. L'enquête s'est déroulée du 16 février au 6 avril 2009. Lorsque le MINI concluait à la présence d'un trouble ou lorsque le psychologue avait noté des éléments cliniques, un débriefing avec un psychiatre se faisait hors la présence de l'enquêté afin de se mettre d'accord sur un diagnostic issu de la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10, Organisation mondiale de la santé). Deux tiers des entretiens ont ainsi été débriefés par un psychiatre.

L'échantillon a été pondéré en tenant compte de la fréquentation des services par une méthode de partage des poids et de la stratégie d'échantillonnage. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata®/SE 10.1. Tous les résultats prennent en compte le plan de sondage et la pondération.

Résultats

Au total, 859 entretiens ont été réalisés et 840 retenus pour l'analyse. Le taux de réponse était de 71%. L'estimation de la population ayant fréquenté les structures pendant une semaine moyenne de la période d'enquête s'élevait à 21 176 personnes (intervalle de confiance à 95%, IC95%:[17 582-24 770]). Les deux-tiers (65,1%) étaient des hommes ; l'âge moyen était de 38 ans (étendue : 18-82 ans). Les femmes étaient significativement plus jeunes que les hommes (32 *versus* 41 ans ; $p < 0,001$). Quarante pour cent des personnes étaient nées en France

et trois quarts de celles nées à l'étranger étaient d'origine maghrébine (20%) ou d'Afrique subsaharienne (26%). Les personnes nées à l'étranger avaient un niveau d'études plus élevé que celles nées en France : respectivement 17,0% et 15,4% avaient fait des études supérieures et 33,7% et 14,1% des études secondaires ($p=0,03$). En moyenne, il s'était écoulé 7 années depuis la première expérience de vie sans domicile (entre 2,3 ans chez les 18-25 ans et 11,3 ans chez les 41-49 ans) et cette moyenne était 2 fois plus élevée chez les hommes (8,5 ans) que chez les femmes (4,3 ans ; $p<0,001$).

L'étude a permis d'estimer que 31,5% des personnes présentaient au moins un trouble psychiatrique sévère (tableau 1) : troubles psychotiques (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants : 13,2%, dont 8,4% de schizophrénies), troubles anxieux (12,3%) et troubles sévères de l'humeur (épisodes maniaques ou hypomaniaques, troubles bipolaires et épisodes dépressifs sévères : 6,7%). Des troubles non sévères de l'humeur (essentiellement des dépressions légères à modérées) étaient relevés dans 15,8% des cas. Concernant les addictions, plus d'un quart de la population (28,6%) présentait une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives. La dépendance à l'alcool concernait plus de 1 personne sur 5 (21,0%) et la consommation quotidienne ou régulière de cannabis, 16,1% des individus.

Les comorbidités entre certains troubles psychiatriques et les addictions étaient élevées. Parmi les personnes atteintes de troubles psychotiques ($n=88$), près de la moitié (49,3%) déclaraient une dépendance à au moins un produit psychoactif. Elles étaient dépendantes à l'alcool 3 fois sur 10 et consommaient régulièrement du cannabis dans plus de 30% des cas. On observait une association

significative entre la présence de troubles psychotiques et, d'une part, la présence d'au moins une addiction ($OR_{\text{avec/sans troubles psychotiques}}=2,9$; $p<0,05$) - avec une force d'association encore plus élevée avec la schizophrénie : $OR_{\text{avec/sans schizophrénie}}=4,6$; $p=0,01$ - et, d'autre part, une consommation d'alcool à risque ($OR_{\text{avec/sans troubles psychotiques}}=3,6$; $p<0,05$). Les personnes atteintes de trouble de l'humeur ($n=188$) présentaient, quant à elles, moins souvent une addiction que celles n'ayant pas ce type de trouble ($OR_{\text{avec/sans trouble de l'humeur}}=0,5$; $p<0,05$). Parmi ces dernières, aucune association significative entre dépression et consommation de drogues ou d'alcool (qu'il s'agisse de consommation à risque ou de dépendance) n'était observée.

Si la fréquence des troubles psychiatriques sévères était proche dans les trois types de lieux, la distribution des différents troubles variait d'une strate à l'autre (tableau 1) : les troubles psychotiques étaient plus fréquents dans les centres à bas seuil (mais la différence n'était pas significative) et la prévalence des troubles anxieux était significativement plus élevée dans les hôtels sociaux (24,8% ; $p<0,05$).

Il en était de même pour les addictions : les dépendances à l'alcool et la consommation régulière de cannabis étaient significativement plus fréquentes dans les centres à bas seuil tandis qu'elles étaient rares dans les hôtels sociaux ($p<0,05$).

Les populations fréquentant ces trois types de lieux d'accueil et d'hébergement différaient en termes de sexe-ratio : on rencontrait peu de femmes dans les centres à bas seuil (15,2%) alors qu'elles étaient majoritaires dans les hôtels sociaux (73,4%). Ces taux différaient également selon les origines : dans les centres à bas seuil et les centres de longue durée, un peu moins de la moitié des personnes étaient nées en France (respectivement 41,6% et 48,8%) alors que

Tableau 1

Prévalence des troubles psychiatriques et des addictions pour l'ensemble de la population sans logement et par type de lieux de rencontre en région Île-de-France. Enquête Samenta, 2009

	Total (n=840)	Centres d'hébergement et d'accueil à bas seuil (n=420)	Centres d'hébergement sur le long terme (n=224)	Hôtels sociaux (n=196)	p
	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	
Troubles psychiatriques sévères	31,5 [25,4-38,3]	34,1 [25,6-43,9]	26,5 [16,7-39,4]	35,2 [24,8-47,3]	0,43
Troubles psychotiques	13,2 [8,6-19,8]	18,7 [12,1-27,7]	8,4 [2,8-23,0]	5,9 [1,7-18,3]	0,12
Troubles sévères de l'humeur	6,7 [3,8-12,2]	5,2 [3,0-9,0]	9,5 [3,5-23,5]	4,5 [2,2-9,3]	0,30
Troubles anxieux	12,3 [8,7-17,0]	11,0 [6,0-19,4]	9,4 [5,0-16,8]	24,8 [15,6-37,0]	<0,05
Troubles non sévères de l'humeur	15,8 [8,9-26,3]	11,0 [4,4-25,3]	19,5 [6,9-44,2]	23,3 [14,4-35,5]	0,40
Au moins une addiction	28,6 [21,7-36,6]	33,8 [25,7-42,8]	29,1 [15,5-47,7]	7,9 [3,1-18,5]	0,07
Dépendance à l'alcool	21,0 [15,8-27,4]	26,7 [19,5-35,5]	18,9 [10,5-31,6]	5,5 [1,5-18,2]	<0,05
Consommation régulière de cannabis	16,1 [11,4-22,3]	21,4 [14,1-31,0]	13,8 [7,2-24,8]	2,6 [0,9-7,3]	<0,05

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

dans les hôtels, 9 personnes sur 10 étaient nées hors de France (10,5%). Enfin, peu d'enfants accompagnaient les adultes dans les centres à bas seuil (13,4%) alors que c'était très largement le cas dans les hôtels sociaux (89,5%).

La description des troubles psychiatriques et addictions dans l'ensemble de la population sans logement masque l'hétérogénéité de sa composition et les problèmes spécifiques de certains groupes. Ainsi, chez les adultes en famille (accompagnés d'enfants), la prévalence des troubles psychiatriques sévères était de 28,8% : des troubles anxieux étaient repérés chez 20,4% des personnes, des troubles sévères de l'humeur chez 8,3% et des troubles psychotiques chez 1,5% (tableau 2). Ces fréquences étaient significativement différentes de celles retrouvées chez les personnes non accompagnées d'enfants pour les troubles psychotiques et les troubles anxieux, qui étaient respectivement 8 fois plus fréquents (16,8% ; $p < 10^{-4}$) et 2 fois moins fréquents (9,7% ; $p < 10^{-4}$) chez ces dernières. Les troubles non sévères de l'humeur étaient également plus fréquents chez les personnes accompagnées d'enfants que chez les autres (23,3% *versus* 13,4%), mais la différence n'était pas significative ($p = 0,17$). En termes d'addiction, les fréquences chez les personnes en famille étaient significativement plus faibles : 3,9% présentaient au moins une addiction, dont 1,3% une dépendance à l'alcool et 3,0% une consommation de cannabis régulière (*versus* respectivement 36,2%, 27,1% et 20,2% pour les personnes non accompagnées d'enfants) (tableau 2).

Discussion

La diversité de la population étudiée et des troubles de la santé mentale observée dans l'enquête Samenta ne permet pas d'extrapoler ces résultats à l'ensemble

« des » sans-domicile. Les prévalences observées, en particulier des troubles psychotiques et anxieux et des addictions, variaient nettement selon les lieux de rencontre des personnes et les types de populations définies par leur statut (personne seule ou accompagnée d'enfant(s)). Dans les structures à bas seuil (fréquentées majoritairement par des hommes seuls) qui – par définition – sont celles qui sélectionnent le moins leurs usagers, on rencontrait plus fréquemment des personnes atteintes de troubles psychotiques et d'addictions et, dans les hôtels sociaux (fréquentés majoritairement par des familles avec enfants, souvent monoparentales et féminines), des personnes atteintes de troubles anxieux.

Les limites principales de l'enquête Samenta tiennent à l'exclusion du champ de l'enquête des non francophones (notamment les mineurs isolés, les adultes seuls ou les familles immigrées récemment arrivés de pays non francophones, avec ou sans titre de séjour), mais aussi des personnes n'étant pas en état de répondre aux questions (sous l'emprise de substances, délirantes, démentes, etc.), des demandeurs d'asile (pris en charge par des dispositifs spécifiques), des femmes victimes de violence conjugales hébergées dans des centres *ad hoc* et, bien entendu, des personnes sans domicile ne fréquentant aucun des dispositifs enquêtés (par exemple, des travailleurs pauvres qui vivent en squat ou dans leur voiture et qui ne fréquentent pas les services d'aide et les points de distribution de repas).

La comparaison des prévalences des troubles psychiatriques estimées globalement dans cette enquête avec celles estimées en population générale française⁷ montre que les troubles psychotiques et les troubles non sévères de l'humeur sont respectivement 10 fois (13,2% *versus* 1-2%) et 3 fois (13,9% *versus* 4,6%) plus élevés dans la population étudiée ici.

Tableau 2

Prévalence des troubles psychiatriques et des addictions chez les personnes sans logement accompagnées ou non d'enfants en région Île-de-France. Enquête Samenta, 2009

	Personnes non accompagnées d'enfants (n=518)	Personnes accompagnées d'enfants (n=322)	Total (n=840)	p
	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	
Troubles psychiatriques sévères	32,3 [24,2-41,6]	28,8 [21,9-36,8]	31,5 [25,4-38,3]	0,59
Troubles psychotiques	16,8 [11,1-24,8]	1,5 [0,6-3,7]	13,2 [8,6-19,8]	<10 ⁻⁴
Troubles sévères de l'humeur	6,2 [2,8-13,4]	8,3 [4,2-15,8]	6,7 [3,8-11,7]	0,59
<i>Dont sans symptôme psychotique</i>	2,2 [1,3-3,8]	6,5 [2,7-14,7]	3,2 [1,8-5,6]	0,03
Troubles anxieux	9,7 [5,7-16,0]	20,4 [12,4-31,7]	12,2 [8,7-16,9]	<10 ⁻⁴
Troubles non sévères de l'humeur	13,4 [5,8-27,9]	23,3 [16,3-32,1]	15,8 [8,9-26,3]	0,17
Au moins une addiction	36,2 [28,6-44,7]	3,9 [2,1-7,2]	28,6 [21,7-36,6]	<10 ⁻⁴
Dépendance à l'alcool	27,1 [21,2-33,9]	1,3 [0,5-3,2]	20,9 [15,8-27,3]	<10 ⁻⁴
Consommation régulière de cannabis	20,2 [14,3-27,7]	3,0 [1,4-6,1]	16,1 [11,3-22,3]	<10 ⁻⁴

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Concernant les addictions, les prévalences sont près de 3 fois plus élevées⁸ pour la dépendance à l'alcool et 6 fois plus pour la consommation régulière de cannabis (respectivement 21% *versus* 8,5% et 16% *versus* 2,7%). Ces résultats sont comparables aux autres enquêtes sur les sans-domicile, notamment, en ce qui concerne la prévalence des troubles psychotiques, celle de Kovess et coll. (16%)⁴ et la méta-analyse de Fazel et coll., publiée en 2008 (12,7%)⁹. En revanche, la prévalence des troubles sévères de l'humeur semble du même ordre de grandeur - voire un peu plus faible - que celle estimée dans la population générale de l'agglomération parisienne (11,7%)¹⁰.

Cependant, comme nous l'avons vu, la nature des troubles psychiatriques diffère selon le profil de la population et, en particulier, selon le statut familial au moment de l'enquête. La prépondérance, parmi les personnes en famille, de troubles anxieux et dépressifs sans symptômes psychotiques concorde avec les données des études nord-américaines¹¹, dans lesquelles les troubles psychotiques sont rares et les troubles dépressifs prédominants (2,5 fois plus fréquents qu'en population générale) et, plus récemment, avec celles de l'enquête Enfams¹² (voir l'article de S. Vandentorren et coll. dans ce même numéro).

Conclusion

Ces résultats enrichissent l'état des lieux préalable à une meilleure détection et à une meilleure prise en charge de la santé mentale des personnes sans domicile. Ils mettent en lumière la diversité des publics sans logement personnel et l'inadéquation flagrante des conditions d'hébergement des malades quand on constate que les personnes sans domicile psychotiques - relevant d'un suivi qui devrait être particulièrement attentif, dans un environnement stabilisé - sont concentrées dans les structures d'hébergement les plus précaires et instables (hébergement d'urgence). Les expériences en cours dans le cadre du programme « Un logement d'abord » à Toulouse, Marseille, Lille et Paris devraient permettre de lutter contre ce phénomène. À en croire nos estimations, héberger et soigner les quelque 2 800 psychotiques sans domicile de la région Île-de-France, région la plus peuplée et la plus riche de France, ne devrait pas constituer un objectif politique et sanitaire inatteignable. ■

Remerciements

Les auteurs remercient le Haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté et à la jeunesse, l'Institut de veille sanitaire (InVS), la Direction générale de la santé (DGS), la Région Île-de-France, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), la Préfecture de Paris, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes) et la Mairie de Paris.

Références

[1] Laporte A, Douay C, Détrez MA, Le Masson V, Le Méner E, Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Paris:

Observatoire du Samusocial de Paris et Inserm; 2010. 225 p. http://www.samusocial.paris/sites/default/files/samenta_web.pdf

[2] Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport à la Ministre de la Santé et des Sports. Paris: La Documentation française; 2010. 231 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000014.pdf>

[3] Chauvin P, Parizot I. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidémiol Santé Publique*. 2003;51(6):577-88.

[4] Kovess V, Mangin LC. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(11):580-7.

[5] Recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Île-de-France au 31 décembre 2008. Paris: Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Île-de-France; 2009. 85 p. http://www.mipes.org/Recueil-statistique-relatif-a-la_624.html

[6] Brousse C. Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête. *Insee-Méthodes*. 2006;116:15-27. http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?reg_id=0&ref_id=IMET116

[7] Bellami V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et Résultats (Drees)*. 2004;347:1-12. http://www.drees.sante.gouv.fr/troubles-mentaux-et-representations-de-la-sante-mentale-premiers-resultats-de-l-enquete-sante-mentale-en-population-generale_4707.html

[8] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportement de santé. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2007. 608 p. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>

[9] Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2008;5(12):e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050225>

[10] Roustit C, Cadot E, Renahy E, Massari V, Chauvin P. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *Bull Epidémiol Hebd*. 2008;(35-36):321-5. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=1885

[11] Bassuk EL, Buckner JC, Perloff JN, Bassuk SS. Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers. *Am J Psychiatry*. 1998;155(11):1561-4.

[12] Vandentorren S, Le Méner E, Oppenheim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C. Caractéristiques sociodémographiques et santé des familles sans logement en Île-de-France : premiers résultats de l'étude Enfams, 2013. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(36-37):679-85. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_4.html

Citer cet article

Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, *et al.* La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(36-37):693-7. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_6.html