



Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale

Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad

Quai du Commerce 7 Handelskaai

Recherche-action « Sans-abrisme et Santé mentale »

Rapport final

Août 2014

Chercheuses : Kathleen Coppens, Véronique Degraef, Claire Derache

Commanditaires : Mesdames les Ministres Evelyne Huytebroeck et Brigitte Grouwels Membres du Collège réuni compétents pour la Politique de l'Aide aux Personnes

REMERCIEMENTS

Nous souhaiterions en premier lieu remercier les membres du Collège réuni compétents pour la Politique de l'Aide aux Personnes de la dernière législature, Mesdames Evelyne Huytebroeck et Brigitte Grouwels, pour avoir porté leur attention sur les questions de « sans-abrisme et santé mentale » et sollicité la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale pour mener à bien cette recherche.

Nos remerciements vont ensuite aux nombreux acteurs psycho-médico-sociaux qui se sont investis dans cette recherche. Sans leur engagement envers les personnes sans-abri, leur intérêt continu pour les questions qui les concernent et le temps qu'ils nous ont consacré pendant plus d'un an, cette recherche-action n'aurait certes pas été possible.

Nous aimerions également remercier tous les intervenants étrangers qui nous ont réservé un accueil chaleureux lors de nos visites d'études à Copenhague, Marseille, Lyon, Lille et Paris. Merci de nous avoir ouvert les portes de vos institutions et d'avoir partagé avec nous vos expériences.

Finalement, merci à tous les membres de l'équipe et du CA de la Plate-forme ainsi qu'aux membres du comité d'accompagnement de la recherche, pour leur soutien, leurs conseils et leur confiance.

RÉSUMÉ

En juin 2012, la Plate-Forme de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale a été sollicitée par les membres du Collège réuni compétents pour la Politique de l'Aide aux Personnes, Mesdames les Ministres Evelyne Huytebroeck et Brigitte Grouwels, pour qu'elle mène, en collaboration avec des acteurs de terrain concernés, une recherche sur les liens entre sans-abrisme et santé mentale.

La commande politique précisait l'objectif général de la recherche comme étant « *l'établissement d'un état des lieux et la formulation de recommandations politiques concernant les quatre éléments suivants :*

- 1. Identification des pathologies psychiatriques des personnes vivant dans la grande exclusion, basée notamment sur une compilation des études existantes et sur une analyse des données enregistrées par les structures de l'aide aux sans-abri ;*
- 2. La prévention du sans-abrisme au moment de quitter un établissement de soins psychiatriques et la prévention d'hospitalisations psychiatriques inutiles ;*
- 3. La formulation d'une réponse à la question fondamentale de savoir s'il y a, oui ou non, besoin d'un retour à la « fonction asilaire », et dans l'affirmative, comment organiser cette fonction ;*
- 4. Les possibilités de renforcement des lits MSP et des places d'habitation protégée en Région de Bruxelles-Capitale. »*

Dispositif méthodologique

Pour répondre à ces questions, quatre outils méthodologiques ont été mobilisés par les trois chercheuses engagées par la Plate-Forme : recherche documentaire (littérature scientifique et nombreux rapports, plaidoyers et mémorandums produits par les acteurs de terrain), enquête par entretiens, focus groups et visites d'étude en Belgique et en Europe. Etant donné la spécificité du lieu où la commande a été adressée, la Plate-Forme a opté pour un dispositif centré sur la concertation des différents acteurs concernés. Un panel très large d'acteurs aux formations diverses mais tous témoins privilégiés de la problématique « sans-abrisme et santé mentale », a été contacté. Au total, près de 50 services ou structures des secteurs sanitaire, (psycho)-social, psychiatrique ou médico-social ont participé à la recherche : services psychiatriques et services d'urgences d'hôpitaux, MSP, IHP, services de santé mentale, travailleurs de rue, maisons d'accueil, CAW, CPAS, fédérations, structures d'accueil d'urgence, services de toxicomanie, maisons médicales, ... Ces acteurs ont été, dans un premier temps, entretenus individuellement et, dans un deuxième temps, invités à se saisir lors de séries de plusieurs focus groups des 4 éléments repris dans la commande, à en évaluer la pertinence, à confronter leurs points de vue, à exprimer leurs désaccords et à dégager, ensemble, d'éventuelles pistes d'actions, voire même de recommandations politiques. Une série de dispositifs visités en France et au Danemark, deux pays qui ont récemment mis en œuvre une stratégie nationale de lutte contre le sans-abrisme orientée vers le logement, ont également été présentés lors des focus groups et ont permis de nourrir la réflexion notamment autour de la question de la continuité des soins et de la fonction asilaire. Pour clôturer le processus méthodologique de concertation, tous les participants de la recherche ont été invités en juin 2014 à un « forum validation-invalidation » afin d'apprécier et/ou de réajuster une synthèse rédigée par les chercheuses reprenant les principaux enseignements des focus groups et entretiens.

Nous tenons à insister sur le fait que nous apportons ici la vision des professionnels qui sont amenés à travailler avec les personnes sans-abri et non la vision des personnes sans-abri elles-mêmes. De plus, certaines de ces personnes n'arrivent pas jusqu'aux institutions. Si plusieurs travailleurs de rue participant à la recherche ont, d'une certaine façon, porté leurs voix, il semble néanmoins primordial, à l'avenir, de consulter également les personnes sans-abri en souffrance psychique sur leurs besoins, sur les difficultés qu'elles rencontrent dans l'accès aux soins, ainsi que sur ce qui leur semblerait pertinent de mettre en place.

Identification des pathologies psychiatriques des personnes vivant dans la grande exclusion

De nombreux acteurs de terrain rencontrés ont témoigné du sentiment d'une augmentation du nombre de personnes sans-abri affectées de troubles mentaux et sujets à médication au sein de leur public. Les résultats de différentes études menées à l'étranger qui estiment à 30% la prévalence des troubles psychiatriques au sein de cette population semblent, pour beaucoup, correspondre également à la réalité du territoire bruxellois. A l'heure actuelle cependant, aucune étude épidémiologique approfondie permettant d'avoir une vue d'ensemble du problème n'a été menée en Région de Bruxelles-Capitale.

Si cette évolution préoccupe les acteurs de terrain, la façon dont la question a été amenée par les commanditaires a néanmoins posé problème aux participants de la recherche. Pourquoi une étude sur la santé mentale et non sur l'état de santé général ? Quel usage sera-t-il fait de ces données chiffrées ? S'agit-il d'identifier un public pour lequel il n'y aurait d'autre type de prise en charge possible que le traitement médicamenteux ?

Malgré ces premières réticences, les participants ont accepté de donner accès à leurs données et d'explicitier leur mode de recueil de ces dernières lors des entretiens individuels. Ceci a permis de dresser une première ébauche d'un état des lieux des données quantitatives et qualitatives collectées dans les différentes structures. Les bases de données existantes ne semblent cependant actuellement pas en mesure de répondre de façon satisfaisante à la question du politique. Soit parce que les structures n'encodent pas de données relatives à la santé mentale (notamment certaines structures d'hébergement et d'accompagnement pour personnes sans-abri,...) soit parce que les données sont encodées mais difficilement traitables (situation de sans-abrisme encodée en texte libre par exemple dans les services d'urgences) soit encore parce qu'elles sont encodées dans une logique principalement administrative et financière et ne peuvent dès lors rendre compte de la souffrance des personnes ni des soins qui leur sont apportés. Il est par ailleurs ressorti des focus groups que la compilation des différents types de données disponibles documentent l'offre de soins des différentes institutions plus qu'elle n'apporte une réelle connaissance sur le public concerné. Ce qui donc, à première vue, aurait pu passer pour un refus principe d'évaluer la prévalence des problèmes de santé mentale au sein de la population sans-abri à Bruxelles s'est révélé, au cours des échanges, être plutôt un souci de rigueur sur la façon de « faire parler les chiffres ». Différentes pistes d'action ont finalement pu être formulées afin d'être en mesure de répondre plus finement à l'avenir à cette première question du politique.

- Constituer un groupe de travail réunissant les différents types d'acteurs qui ont participé à la recherche-action afin de poursuivre le travail amorcé sur l'évaluation de la prévalence des problèmes de santé mentale des publics sans-abri. Le groupe de travail se réunirait pour examiner les différents données quantitatives disponibles, les mettre en discussion, identifier les données (quantitatives et qualitatives) manquantes, afin d'informer la réflexion critique des différents types d'acteurs concernés sur la qualité de l'offre de services d'aide et de soins disponibles, les éventuelles lacunes à combler et les pistes d'amélioration de l'existant, au regard des usages des services que font (et ne font pas) les personnes sans-abri ainsi que de leurs demandes qu'ils estiment non satisfaites.
- Aboutir à un système unique, complet, fiable et pérenne d'enquête permettant d'estimer le nombre, les principales caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, les parcours, les ressources et les attentes des personnes sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale.
- Renseigner systématiquement les conditions de logement dans les systèmes d'information hospitaliers pour pouvoir décrire les situations de personnes sans-abri et les comparer à celles de la population générale.
- Octroyer des ressources (en personnel, en équipement et en formation) permettant aux institutions de consolider une culture de l'évaluation et de l'analyse des pratiques répondant à la question : « que faisons-nous pour répondre à quels besoins en articulation avec quels autres dispositifs ? »
- Systématiser l'approche participative dans l'évaluation des actions et dispositifs mis en œuvre pour les personnes sans-abri.

La prévention du sans-abrisme au moment de quitter un établissement de soins psychiatriques et la prévention d'hospitalisations psychiatriques inutiles ;

Pour répondre à cette question, il était dans un premier temps nécessaire d'identifier les difficultés rencontrées aujourd'hui par les différents types de professionnels dans l'accès aux soins somatiques et « psy », la prise en charge et le suivi du public sans-abri ayant des problèmes de santé mentale. Une série de facteurs structurels, institutionnels et personnels faisant barrière à l'accès aux soins et au logement ont été avancés par les participants, nous nous efforcerons ici de n'en citer que les principaux.

Un premier facteur structurel essentiel et qui fait consensus chez l'ensemble des acteurs du social à Bruxelles depuis de nombreuses années est la carence de logements décents à un prix raisonnable en Région de Bruxelles-Capitale. Les acteurs rappellent que le logement est un des déterminants de base de la santé aussi bien psychique que physique. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous aborderons la question de retour à la fonction asilaire.

Un deuxième facteur structurel souligné par plusieurs participants renvoie aux restrictions de la politique migratoire. Ceux-ci estiment que la problématique du sans-abrisme ne pourra être résolue à Bruxelles tant que la politique migratoire continuera à être inadéquate en termes de régularisation administrative et donc, par conséquent, d'accès aux soins et au marché du travail.

L'accès aux soins des personnes sans-abri se heurte également à toute une série d'obstacles liés au mode d'organisation des soins hospitaliers fondamentalement inadapté aux réalités de la vie et des conditions d'existence des personnes sans-abri. Les travailleurs de rue et des maisons d'accueil

partagent le constat que les personnes sans-abri, stigmatisées, sont rarement les bienvenues dans certains hôpitaux bruxellois qui tendent à se décharger sur les services d'urgence hospitaliers du centre-ville. Ils constatent également l'absence de sensibilisation et de formation du monde médical (y compris des psychiatres) sur la problématique du sans-abrisme. Les patients sans-abri ne peuvent en effet être traités comme n'importe quel patient. Il s'agit d'introduire plus de souplesse dans la prise en charge médicale, de maintenir le lien et surtout d'inscrire la prise en charge médicale dans le cadre d'un réseau d'acteurs sociaux responsable de l'accompagnement et du suivi des personnes. Les urgentistes présents lors des focus évoquent à ce propos leur mauvaise connaissance du réseau social et le décalage temporel entre les services d'urgence et les structures d'aide aux sans-abris qui rendent difficile l'orientation après la prise en charge. Les urgentistes ont par ailleurs fait part d'autres difficultés auxquelles ils sont confrontés dans la prise en charge de ce public : difficulté d'établir un diagnostic faute d'obtenir des informations sur l'histoire de la personne; difficultés inhérentes aux personnes elles-mêmes qui ne formulent pas de demande, qui ont d'autres priorités que de se soigner et qui ne supportent pas les contraintes et les règles des institutions (rendez-vous, file d'attente, ...) ; difficultés liées enfin à la surcharge des services au sein des hôpitaux.

Une forte convergence a également émergé des propos des participants pour considérer qu'il y a une part d'arbitraire et une très forte réticence des services d'urgence psychiatrique à prendre en charge des personnes sans-abri atteintes de problèmes de santé mentale. Si les structures d'accueil et d'hébergement tout comme l'ambulatoire prennent en charge, au quotidien, des personnes présentant des troubles « psy », c'est l'impossibilité de trouver une solution en cas de crise aiguë qui pose terriblement problème. Les travailleurs sociaux ont le sentiment que leurs compétences à détecter la « crise » et à juger du besoin d'une prise en charge psychiatrique ne sont pas reconnues par les psychiatres qui renvoient souvent la souffrance de leurs usagers à une origine sociale et non pathologique. Les psychiatres de ce type de service invoquent en réponse les contraintes institutionnelles et la pénurie de personnel dans les urgences « psy » bruxelloises ainsi que le caractère inopportun de l'hospitalisation des personnes psychotiques sans demande. Si une solution de prise en charge psychiatrique a, par chance, pu être trouvée, c'est encore une fois la question de « l'après » et des minces perspectives d'orientation qui a ensuite été évoquée par les participants.

Nombreux hôpitaux bruxellois ne répondant plus ou du moins plus adéquatement aux situations de crise psychiatrique, certains participants ont proposé de renforcer l'ambulatoire en psychiatrie plutôt que de recourir systématiquement à l'hôpital. Ceci présuppose de reconfigurer l'organisation des services de santé mentale (SSM) que certains acteurs estiment actuellement non adaptés aux spécificités du public sans-abri. Les SSM devraient notamment intégrer plus de souplesse dans leurs pratiques et, par exemple, se déplacer vers les patients (comme le prévoient par ailleurs leurs missions) ou continuer à assurer le suivi. En outre, l'approche de certains SSM qui ne prennent en charge que des patients formulant une demande claire semble inadéquate avec ce type de patients et devrait également être repensée. Une des pistes proposées par certains participants serait alors de doter les SSM de plus de moyens d'action et de personnel afin qu'ils puissent prendre en charge les situations de crise psychiatrique (permanence 24h/24) et, par ailleurs, mettre en place des équipes mobiles pluridisciplinaires qui iraient à la rencontre de ce public et assureraient la continuité et le suivi sur les 'lieux de vie' des personnes sans-abri.

Dernier acteur à être régulièrement incriminé par les participants dans les difficultés concernant l'accès aux soins : les CPAS ou du moins, certains d'entre eux. Ce qui est critiqué, c'est essentiellement les procédures de plus en plus complexes en matière notamment de compétence territoriale ce qui surcharge les travailleurs et décourage le recours au droit des personnes. Sont dénoncés également la variabilité des pratiques entre les différents CPAS, la difficulté pour les médecins d'hôpitaux privés d'obtenir des réquisitoires et le fait que les travailleurs sociaux des CPAS semblent ne pas connaître la

réalité des personnes sans-abri et refuser de prendre la demande de ces dernières en considération. Les différents acteurs ont tous pointé comme priorité la nécessité de simplifier, harmoniser et alléger les procédures pour l'octroi des cartes santé, réquisitoires et AMU (aide médicale urgente) au moins au niveau de la région.

En filigrane de ce qui vient d'être exposé, nous comprenons qu'il s'agit essentiellement de mettre en œuvre d'autres manières de travailler ensemble. **Ce qui doit être amélioré, c'est le travail en réseau** et la connaissance et reconnaissance des différents services entre eux car ils permettent d'ouvrir des portes dans l'intérêt des personnes sans-abri comme des professionnels. C'est ce travail en réseau et cette meilleure connaissance qui permettront une continuité dans le lien et dans la prise en charge. Ceux-ci passent par l'introduction de plus de **souplesse dans le fonctionnement institutionnel et par le décloisonnement des pratiques et des fonctions**. Pour ce faire, il faut que les professionnels osent sortir de leurs murs pour aller à la rencontre des personnes sans-abri mais aussi des travailleurs des autres structures et de leur réalité de terrain.

Plusieurs recommandations ont été formulées par les chercheuses qui concernent d'un côté des enjeux de connaissance et de reconnaissance et de l'autre, des enjeux plus organisationnels et institutionnels.

Enjeux de connaissance et de reconnaissance

- Inscrire dans la formation initiale des travailleurs sociaux un module obligatoire sur le sans-abrisme et promouvoir les stages professionnels dans les institutions qui travaillent fréquemment avec ce public.
- Inscrire dans la formation initiale des professionnels de santé (médecins et infirmiers) un module obligatoire sur le soin des personnes sans-abri et promouvoir les stages professionnels dans les services qui accueillent fréquemment ce public.
- Pour inscrire concrètement la prestation de soins des personnels médicaux dans le contexte social des patients sans-abri, doter les établissements hospitaliers publics concernés d'une équipe de liaison médico-sociale pouvant assurer, dès l'entrée d'un patient sans-abri, une évaluation médico-psycho-sociale de sa situation et proposer une stratégie d'accompagnement le temps du séjour et pour la sortie. Cette équipe de liaison assurera une fonction de médiation en intra hospitalier et de coordination en extra hospitalier avec les travailleurs sociaux qui sont en lien avec la personne dans son environnement de vie.
- Identifier quelques salles d'urgences pour faire un travail psychosocial avec les sans-abri (ex : 3 sur Bruxelles, réparties géographiquement) en octroyant les moyens financiers appropriés pour la réalisation de ce travail spécifique.
- Doter toutes les salles d'urgence d'AS pour les questions administratives (réquisitoire, aide médicale urgente) et d'orientation.
- Créer des groupes d'échanges entre travailleurs sociaux et psychiatres afin de connaître et reconnaître les réalités de travail différentes et faciliter la collaboration.
- Mettre à disposition des institutions un financement adéquat pour la supervision et le support émotionnel des acteurs afin de prévenir la démotivation, l'usure professionnelle, le burn-out.

Enjeux organisationnels et institutionnels

- Reconfigurer le secteur ambulatoire en dotant un nombre précis de SSM bruxellois de plus de moyens d'action et de personnel pour la prise en charge des situations de crise psychiatrique auxquelles certains hôpitaux ne répondent plus et pour leur permettre de faire de « l'outreach » ambulatoire auprès de la population sans-abri. Ces SSM pilotes disposeraient d'équipes mobiles multidisciplinaires afin d'assurer les formes d'aide et de soin requises par la population locale, en ce y compris la population sans-abri.
- Doter la région bruxelloise d'un nombre de lits et soins psy à court terme pour l'accueil en urgence psychiatrique de patients en situation de crise selon le schéma développé dans le projet 107 précarité qui avait été soumis dans le cadre de l'appel à projets.
- Pour faciliter l'accès aux soins de santé des personnes sans-abri, simplifier les démarches administratives liées aux règles existantes en matière de compétences territoriales des CPAS, par la création d'une carte médicale unique pour sans-abri gérée au niveau régional et un dispositif à l'INAMI pour les personnes sans couverture santé.

La formulation d'une réponse à la question fondamentale de savoir s'il y a, oui ou non, besoin d'un retour à la « fonction asilaire »

Avant de se pencher sur la formulation d'une réponse, les acteurs de la recherche ont tenu à rappeler que cette question ne peut pas être pensée sérieusement tant que le problème de l'accès à un logement abordable à Bruxelles ne sera pas résolu. Ils estiment également que l'accès à un logement – individuel ou collectif – répondrait non seulement à la demande formulée par la plupart des sans-abris mais permettrait aussi de désengorger les structures d'accueil et d'hébergement en les réservant à celles et ceux à qui ce type de structure est nécessaire. Ces structures sont en effet aujourd'hui saturées faute de possibilités de sortie et l'hébergement qui a pourtant pour vocation d'être temporaire devient de longue durée, voire permanent.

Par ailleurs, le « parcours du combattant » qu'est l'accès au logement (mais de plus en plus aussi à l'hébergement) engendre un sentiment d'impuissance et d'échec, la perte de sens et de confiance non seulement chez les personnes en situation de grande précarité mais aussi chez les intervenants. Ce problème « d'épuisement » des professionnels n'est pas sans conséquences. Premièrement, il génère un important « turn over » dans les équipes ce qui compromet l'efficacité du travail collaboratif en réseau alors que ce dernier constitue, selon les analyses, une des clés de la réussite de l'accompagnement vers l'autonomie. Deuxièmement, la confrontation permanente à la saturation des services et structures exacerbe la conflictualité entre acteurs qui critiquent des pratiques, plus ou moins explicites, de sélectivité des publics et de manque de prise de responsabilité dans la prise en charge et le suivi des personnes.

Cette mise au point faite, tous les participants convergeaient pour dire qu'il n'y a pas une seule formule de logement et d'hébergement à proposer. L'offre d'un toit doit être la plus diversifiée possible du logement individuel à un prix accessible, en particulier sous une forme similaire aux projets Housing First en cours d'expérimentation, à diverses formes de lieux de vie et d'hébergement bas seuil pouvant bénéficier de l'accompagnement d'intensité variable d'équipes pluridisciplinaires mobiles. L'accent a aussi été mis sur l'importance d'un hébergement et d'un accompagnement non limités dans la durée. Certains participants ont également insisté sur la nécessité d'une offre dans des structures plus cadrées et institutionnalisées. La formule des « lits infirmiers » visitée en France qui propose d'héberger et de prendre en charge, sur du court ou moyen terme, des personnes sans-abri ayant besoin de petits soins

mais ne nécessitant pas d'hospitalisation a, par contre, eu un succès très mitigé auprès des participants. Ces dispositifs transitoires d'accueil médicalisé entérinent pour certains une médecine à deux vitesses et, de plus, ne seraient pas nécessaires si les personnes disposaient d'un toit. Certains participants dont les médecins urgentistes et généralistes ont une vision plus pragmatique et estiment que cette solution semble, faute de logements et de places d'hébergement, meilleure qu'un retour à la rue et permettrait d'assurer un minimum de suivi médical. Au final, la majorité des participants se sont accordés pour dire que la priorité n'était pas de créer de nouvelles structures mais plutôt de « **renforcer l'existant** » mais, comme développé plus haut, en améliorant le travail en réseau. Nombreux participants ont cependant insisté sur le manque voire l'inexistence de structures pour les personnes souffrant de la maladie de Korsakoff ou présentant un double diagnostic auquel il faudrait urgemment remédier.

- Augmenter les financements en faveur d'une offre diversifiée de projets Housing First en veillant à assurer un financement adéquat du volet d'accompagnement psycho-social qui en est la condition de réussite à court, moyen et long terme.
- Doter la Région de Bruxelles-Capitale d'une structure de soins et de prise en charge de personnes sans-abri qui ont de graves problèmes neurologiques (Korsakoff) liés à la consommation élevée d'alcool.
- Mobiliser la société civile dans la prévention du sans-abrisme par des campagnes d'information qui mettent en valeur les leviers d'action potentiels que constituent les agences immobilières sociales (AIS), le parrainage, l'accueil temporaire par des particuliers, le bénévolat, etc.

Les possibilités de renforcement des lits MSP et des places d'habitation protégée en Région de Bruxelles-Capitale. »

A la dernière question du commanditaire sur le fait de savoir s'il convient de renforcer l'offre de places en MSP et IHP à Bruxelles, la réponse est restée assez réservée. S'il y a eu convergence pour déplorer une offre trop réduite et une forte sélectivité du public avec des procédures d'entretien et des exigences en termes de stabilité qui excluent presque d'office les personnes sans-abri, il a aussi été estimé que les structures telles qu'elles sont organisées aujourd'hui ne sont pas prêtes à accueillir ce public dont elles ne reconnaissent pas la spécificité. Issues de la psychiatrie hospitalière, elles ont une vision assez restrictive du soin et fonctionnent en circuit fermé avec des patients pris en charge de longue date par le secteur psychiatrique. Les professionnels travaillant dans ces structures ont admis lors des entretiens que le manque de place était criant, que les listes d'attente étaient longues et que le « turn-over » était très réduit. Certains ont reconnu que le public sans-abri n'était pas jugé apte à s'insérer parce que considéré comme instable et susceptible de troubler la cohabitation avec les autres patients voire même de les mettre en danger. Si nombreux professionnels travaillant avec les personnes sans-abri regrettent l'accès trop réduit à ce type de structures, il semble dès lors qu'une simple augmentation du nombre de places dans ces structures ne leur garantira pas un accès plus large à moins qu'un travail de transformation des pratiques soit entrepris en parallèle.

- Faire de la discrimination positive en faveur du public sans-abri dans les structures types MSP et IHP et inciter ces structures à diminuer leur seuil d'accès, à transformer leurs pratiques d'hébergement, d'encadrement et de soins.