



HAL
open science

Prise en charge des patients précaires atteints de pathologie relevant d'une ALD : étude descriptive au sein des LHSS du foyer Leydet à Bordeaux

Florent Bazile

► **To cite this version:**

Florent Bazile. Prise en charge des patients précaires atteints de pathologie relevant d'une ALD : étude descriptive au sein des LHSS du foyer Leydet à Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00975858

HAL Id: dumas-00975858

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00975858v1>

Submitted on 9 Apr 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX 2 – VICTOR SEGALEN
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

Thèse N° 11

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement par

Florent BAZILE

né le 29 mars 1983 à Thionville

le 04 février 2014

Prise en charge des patients précaires atteints de pathologie relevant d'une

ALD :

Etude descriptive au sein des LHSS du foyer Leydet à Bordeaux

Directeur de thèse :

Docteur Christophe ADAM

Jury :

Professeur Jean-Louis DEMEAUX, président

Professeur associé William DURIEUX, rapporteur

Professeur associé Gérard DUCOS, juge

Docteur Yannick EMARS, juge

Docteur Christophe ADAM, directeur

REMERCIEMENTS :

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX, *Professeur des Universités, Médecin généraliste, coordonnateur du DES de médecine générale, Directeur adjoint du Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux 2* : pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Merci pour la qualité du suivi pédagogique lors de ma dernière année de DES, entre SASPAS et portfolio, ce stage fut pour moi une expérience particulièrement formatrice et motivante.

Monsieur le Professeur associé William DURIEUX, *Professeur associé de Médecine Générale, Médecin généraliste, enseignant du Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux 2* : pour avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail, merci pour l'attention que vous y avez portée et le temps que vous m'avez accordé.

Monsieur le Professeur associé Gérard DUCOS, *Professeur associé de Médecine Générale, Médecin généraliste, enseignant du Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux 2* : pour avoir accepté de juger ce travail, pour votre enseignement et à votre implication dans l'aide à l'initiation du travail de thèse.

Monsieur le Docteur Yannick EMARS, *Praticien hospitalier, Chef de service de médecine interne/addictologie, Hôpital Suburbain du Bouscat* : pour avoir accepté d'être jury de cette thèse, et pour en souvenir d'un dernier semestre qui aurait été bien long si je n'avais eu la chance de travailler quelques semaines aux côtés de votre équipe.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM, *Médecin généraliste, Chargé d'enseignement universitaire, Département de Médecine générale, Université Bordeaux 2* : pour la confiance accordée dans la réalisation de ce projet et ses précieux conseils, pour son enthousiasme communicatif et sa motivation à sensibiliser les futurs généralistes à la thématique de la précarité.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueilli dans leurs cabinets :

Au Dr Thierry Gourgues pour la découverte de la pratique de la médecine générale rurale et sa participation active à l'indépendance de la formation médicale.

Au Dr Denis Passerieux pour le modèle de maison médicale, sa bonne humeur et les instants musicaux.

Au Dr Bruno Boutges, pour votre approche de la relation médecin/malade et m'avoir permis de découvrir la pratique des TCC et de l'entretien motivationnel. Cela aura été particulièrement enrichissant pour moi.

Au Dr Jean-Philippe Joseph, pour le temps accordé et sa supervision.

Aux personnels des centres hospitaliers :

A l'équipe du service pédiatrie du CH Layné à Mont de Marsan pour leur accueil et leur bienveillance lors de mon premier semestre.

A l'équipe du service de gériatrie aiguë de l'hôpital Saint-André, au Dr Thalie Traissac et au Dr Marie-Neige Videau pour m'avoir communiqué leur enthousiasme pour la gériatrie.

A l'équipe des urgences et du SMUR de l'hôpital de Langon, ainsi que l'équipe des soins intensifs, avoir travaillé à vos côtés restera une expérience inoubliable.

Aux équipes de l'hôpital du Bouscat (notamment l'inoubliable équipe du rez-de-chaussée !) au Dr Germain, au Dr Haaser et au Dr Boraud-Dufour.

Au Dr Chantal Bergey, à Noémie, Anabelle et Catherine pour cette année de post-internat en médecine somatique à l'hôpital Charles Perrens, et à l'accueillante famille du DIM.

A l'ensemble des personnels du foyer Leydet, pour leur investissement, leur travail pour amélioration du quotidien des personnes accueillies. Avec une pensée particulière pour l'équipe des LHSS.

Aux docteurs Chevalier et Luaces pour leurs conseils lors de la rédaction de ce travail.

A ma famille,

A mes parents pour leur amour, leur soutien inconditionnel, et m'avoir permis ces quelques années estudiantines.

A mon frère et Elodie, à la famille qui s'agrandit, à Anatole.

A mon grand-père Jacques.

A mes amis,

A Luc, Sefrine, Géraldine et Jean, Kevin, responsables de tant de bons souvenirs durant ces années universitaires, et pour ne pas avoir été las dans les moments plus difficiles.

Aou, aou et à nos futurs instants partagés !

A Adeline pour le bout de chemin parcouru à tes côtés, pour ton soutien et ton amitié qui compte tant.

A Pierre-Jean, senhor diu...a l'armanhac ! Et Franfois Voyez, disparu loin là-bas dans son exil poitevin.

A Baptiste et Kitterie, Gabriel et Louis, à la future maison de santé, et aux soirées d'intense réflexion sur la pratique de la médecine générale.

Aux anciens de l'école de Bret's, Vincent et Nausicaa, jalousement devant ton talent de luthier, de musicien, d'enseignant (à quand le doctorat?), et pour cette guitare. A Aude recordwoman du nombre de photos de classe à mes côtés, promis on se revoit bientôt !

A Elsa pour les bons moments partagés et ceux qui suivront.

A ceux que j'aurai aimé rencontrer plus tôt : à Mickaël de la part du « monsieur », à Georges pour sa tolérance envers ma technique footballistique irréprochable, à Marlène et sa passion pour les éléphants. A Émilie quoi qu'il en soit !

« L'égalité des chances c'est la garantie
que pour le lièvre comme pour la tortue,
la ligne de départ sera la même. »

Franck Lepage

« Le but de l'homme moderne sur cette terre est à
l'évidence de s'agiter sans réfléchir dans tous les sens,
afin de pouvoir dire fièrement, à l'heure de sa mort :
Je n'ai pas perdu mon temps. »

Pierre Desproges

TABLE DES MATIERES :

ABREVIATIONS	p12
INTRODUCTION	p14
PARTIE 1 : REVUE DE LITTERATURE	p16
1. HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PAUVRETE	p16
1.1. Du moyen-âge à la Révolution, entre charité et châtiment :	p16
1.2. La Révolution française, l'influence des Lumières :	p17
1.3. L'hôpital entre assistance et médicalisation :	p18
1.4. L'après guerre et la naissance de la sécurité sociale :	p18
1.5. La prise en charge de la pauvreté :	p19
2. LA SECURITE SOCIALE	p20
2.1 Le rôle de l'assurance maladie dans la prise en charge de la santé des défavorisés :	p20
2.2 Les différents modes de prise en charge par l'assurance maladie :	p21
2.2.1. La couverture maladie universelle :	p21
2.2.2. La CMU complémentaire :	p21
2.2.3. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé :	p21
2.2.4. L'aide médicale d'état :	p22
2.3. Le droit d'asile et les demandeurs d'asile :	p23
2.3.1. Le droit d'asile :	p23
2.3.2. Le droit au séjour pour raison médicale :	p24
2.3.3. Le cas des nouveaux européens :	p24
3. APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA THEMATIQUE DE LA PRECARITE ...	p25
3.1. La précarité :	p25
3.2. Mesure de la précarité et facteurs prédictifs, le score EPICES :	p26
3.3. La pauvreté :	p27
3.3.1. Définition de l'INSEE :	p27
3.3.2. « les pauvres » :	p27
3.4. Les sans domicile fixe ou sans chez soi :	p28
3.4.1. Les raisons du non-logement :	p28
3.4.2. La conférence de consensus sur les sans abri de 2007 :	p29
3.4.3. La définition de l'INSEE :	p29
3.4.4. La typologie ETHOS développée par la FEANTSA :	p30
3.4.5. « la question SDF »	p31
3.5. L'exclusion :	p32
3.5.1. Définitions :	p32
3.5.2. Indicateurs et mesures de l'exclusion :	p33
3.6. L'évolution des politiques de prise en charge :	p33

3.6.1. Variables historiques :	p33
3.6.2. Historique des mesures :	p34
3.6.2.1. La montée de la thématique de l'exclusion :	p35
3.6.2.2. La lutte contre les exclusions :	p35
3.6.3. Des mesures perfectibles :	p36
3.6.4. Le rôle des associations :	p37
4. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	p37
4.1. Définitions :	p37
4.2. La prise en compte de cette problématique :	p38
4.3. Approche sociologique :	p39
4.3.1. La responsabilité :	p39
4.3.2. Inégalités sociales de santé : un gradient dans l'ensemble de la société :	p39
4.4. Inégalités et système de soins :	p40
4.5. Des inégalités contextuelles et territoriales :	p41
4.6. Inégalités et mortalité « évitable » :	p41
4.7. Statistiques :	p42
4.8. Le cas des plus précaires :	p42
4.9. Modélisation des déterminants de santé :	p43
5. ENJEUX ET DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES	p44
5.1. Constats :	p44
5.2. Des leviers d'action connus :	p44
5.3. L'exemple du diabète :	p45
5.4. Le dispositif des affections de longue durée :	p47
5.4.1. Fonctionnement du dispositif :	p47
5.4.2. Impact sur le recours aux soins :	p48
6. DONNEES DE SANTE	p48
6.1. La morbidité déclarée :	p48
6.2. Les études épidémiologiques :	p49
6.3. La morbidité médicalisée :	p49
6.3.1. Les rapports de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde :	p49
6.3.2. Morbidité observée sur les LHSS en 2012 :	p51
6.3.3. Morbidité et mortalité des personnes en situation de grande précarité sur l'agglomération Lyonnaise :	p51
6.3.3.1. Maladies considérées comme graves (239 patients) : ...	p52

6.3.3.2. Maladies considérées comme non graves (206 patients) :	p52
6.4. La mortalité :	p53
6.4.1. Les données françaises :	p53
6.4.1.1. Le CépiDc :	p54
6.4.1.2. L'étude de la mortalité sur l'agglomération lyonnaise :	p55
6.4.2. Les études étrangères :	p55
7. RECOURS AUX SOINS ET PRECARITE :	p56
7.1. Définitions :	p56
7.2. Caractéristiques des recours aux soins :	p56
7.2.1. Le rapport à sa propre santé :	p57
7.2.2. Le rapport aux institutions :	p57
7.2.2.1. Les premiers recours, fréquentation ponctuelle :	p57
7.2.2.2. La fréquentation régulière :	p58
7.2.2.3. La fréquentation instable :	p58
7.3. Le coût des soins :	p59
7.4. Le rapport aux soignants, appréhension et méfiance à l'égard des médecins :	p59
7.5. Le recours aux soins dans les CES, l'enquête precalog :	p59
7.6. Le recours aux soins observé dans les CASO :	p62
8. LES REPONSES EXISTANTES :	p63
8.1. Les unités d'hébergement d'urgence :	p63
8.2. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale :	p64
8.3. Les centres d'accueil des demandeurs d'asile :	p64
8.4. Les ACT :	p65
8.5. Les maisons relais :	p65
8.6. Les PASS :	p65
8.7. Les LHSS :	p66
8.8. Les LAM :	p67
8.9. Les EMPP :	p68
8.10. Les PRAPS :	p69
8.11. Les ASV :	p69
8.12. Les programmes de santé communautaires : les travailleurs pairs ou médiateurs de santé :	p70
PARTIE 2 : ETUDE	p72
1. MATERIEL ET METHODE	p72
1.1. Objectif :	p72

1.2. Matériel :	p72
1.2.1. Type d'étude :	p72
1.2.2. Période et lieu de recrutement :	p72
1.2.3. Critères d'inclusion :	p72
1.2.4. Critères d'exclusion :	p73
1.3. Méthode :	p73
1.3.1. Recueil de données :	p73
1.3.2. Choix du critère « affection de longue durée » :	p73
1.3.3. Analyse des données :	p73
1.3.3.1. Logiciel utilisé :	p73
1.3.3.2. Identification des doublons :	p73
2. RESULTATS	p74
2.1. Inclusions :	p74
2.2. Caractéristiques socio-démographiques :	p74
2.3. Tranches d'âge :	p76
2.4. Temps, expérience de rue :	p77
2.4.1. Temps de rue :	p77
2.4.2. Temps à la rue par catégories d'âge :	p77
2.4.3. Temps à la rue selon l'origine géographique :	p78
2.5. Demande d'asile :	p78
2.6. Maîtrise de la langue française :	p78
2.7. Partenaires dans la prise en charge médicale et sociale :	p79
2.8. Ouvertures de droits et difficultés rencontrées :	p79
2.9. Origine de la demande des séjours :	p81
2.10. Caractéristiques médicales :	p81
2.10.1. Motif principal de la demande :	p81
2.10.2. Données sanitaires :	p82
2.10.3. Perte d'autonomie et âge :	p83
2.10.4. ALD dénombrées :	p84
2.10.4.1. ALD par patients :	p85
2.10.4.2. ALD selon l'âge :	p85
2.10.5. Nombre total de pathologies distinctes (ALD comprises) :	p86
2.10.5.1. Nombre de pathologies par patient :	p86
2.10.5.2. Nombre de pathologies en fonction de l'âge :	p86
2.10.6. Actes et événements médicaux durant le séjour :	p87
2.11. Fin de prise en charge :	p88
2.11.1 Motif de la sortie du dispositif :	p88
2.11.2. Orientation à la sortie :	p88

2.11.3. Durée et objectif du séjour :	p89
2.11.4. Durée de séjour selon le nombre de pathologies :	p90
2.12. Classement des séjours en catégories d'objectifs médico-sociaux :	p90
PARTIE 3 : DISCUSSION	p91
1. LIMITES DE L'ETUDE :	p91
1.1. Taille de l'échantillon :	p91
1.2. Biais de sélection :	p91
1.3. Biais d'information :	p92
2. ANALYSE DES RESULTATS :	p92
2.1. Caractéristiques démographiques :	p92
2.1.1. Une population masculine et d'âge moyen :	p92
2.1.2. Le plus souvent étrangers :	p92
2.1.3. A la rue depuis moins de 1an :	p93
2.2. Caractéristiques sociales :	p93
2.2.1. L'absence de logement :	p93
2.2.2. Une population majoritairement sans ressources :	p93
2.2.3. Une couverture maladie incomplète :	p94
2.3. Caractéristiques des séjours :	p94
2.3.1. Des structures de soins demandeuses :	p94
2.3.2. Des premiers séjours de longue durée :	p95
2.3.3. Des sorties sur fin de prise en charge :	p95
2.3.4. Un retour fréquent à la rue :	p96
2.4. Caractéristiques sanitaires :	p97
2.4.1. Motifs de prise en charge, les pathologies chroniques en premier lieu :	p97
2.4.2. Des partenaires nombreux, une prédominance des structures sanitaires:	p97
2.4.3. Une perte d'autonomie fréquente :	p98
2.4.4. Des addictions le plus souvent :	p98
2.4.5. Découverte d'une pathologie pendant le séjour :	p99
2.4.6. Des ALD variées et cumulées :	p99
2.4.7. Actes durant le séjour :	p101
2.4.8. Hospitalisation et passages aux urgences :	p101
2.4.9. Objectifs médico-sociaux des séjours :	p102
3. SYNTHESE :	p102
3.1. Des situations sanitaires graves :	p102
3.2. Des comorbidités médicales et sociales :	p103
3.2.1. Sur le plan social :	p103

3.2.2. Sur le plan médical :	p103
3.2.3. Un classement nosographique prenant en compte la globalité de la situation :	p104
3.2.4. La nécessité d'une approche globale :	p105
4. DIFFERENTS MODELES APPLICABLES	p105
4.1. Le modèle de la santé communautaire :	p105
4.2. L'auto-support :	p106
4.3. Le principe de réduction des risques :	p107
4.4. La démarche du « chez soi d'abord » :	p107
4.5. Vers un modèle de décision partagée :	p108
CONCLUSION.....	p109
BIBLIOGRAPHIE.....	p110
ANNEXES :	
annexe 1 : grille d'analyse.....	p119
annexe 2 : grille de RCP par Catherine Wajs.....	p123
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	p124
ABSTRACT.....	p125

ABREVIATIONS :

AAH : allocation adulte handicapé

ACS : aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

ACT : appartement de coordination thérapeutique

ADO : antidiabétique oral

ALD : affection de longue durée

AME : aide médicale de l'Etat

ANPAA : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

AP-HP : assistance publique, hôpitaux de Paris

AP-HM : assistance publique, hôpitaux de Marseille

ARS : agence régionale de santé

ASV : ateliers santé ville

API : allocation parent isolé

CADA : centre d'accueil des demandeurs d'asile

CAIO : centre accueil information insertion

CASO : centre d'accueil de soins et d'orientation

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CCAS : centre communal d'action sociale

CEID : comité d'écoute et d'information sur la drogue

CES : centre d'examen de santé

COS : centre d'orientation sociale des étrangers

CHU : centre hospitalier universitaire

CHS : centre hospitalier spécialisé

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CMU : couverture maladie universelle

CMU c : couverture maladie universelle complémentaire

CMP : centre médico-psychologique

CNDA : cour national du droit d'asile

CSSR : centre de soins de suite et de réadaptation

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGAS : direction générale des affaires sanitaires

DGS : direction générale de la santé

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA : équipe de liaison et de soutien en addictologie
EMPP : équipe mobile psychiatrie précarité
ETHOS : european typology on homelessness and housing exclusion
FAM : foyer d'accueil médicalisé
HAS : haute autorité de la santé
HPST : hôpital patients santé et territoires
HTA : hypertension artérielle
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé
JORF : journal officiel de la République Française
LAM : lits d'accueil médicalisés
LHSS : lits halte soins santé
MAS : maison d'accueil spécialisé
MDM : médecins du monde
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONPES : observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
ORL : oto-rhino-laryngé
PASS : permanence d'accès aux soins
PADA : plateforme d'accueil des demandeurs d'asile
PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
RG : régime général
RMI : revenu minimum d'insertion
RSA : revenu de solidarité active
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SDF : sans domicile fixe
UE : union européenne
UHU : unité d'hébergement d'urgence
VHB, VHC : virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION :

En 1993 le samu social de Paris et l'association Médecins du Monde expérimentent un dispositif de lits infirmiers voués à l'accueil des personnes sans domicile fixe dont l'état de santé le nécessite. Prenant en charge les soins ne relevant pas d'une hospitalisation, ce dispositif expérimental a été validé en terme d'intérêt de santé publique par le comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004. Cette validation a permis l'obtention d'un statut juridique et financier au travers de la circulaire n° DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées "Lits halte soins santé". Ce dispositif accueille les personnes sans toit, quelque soit leur situation administrative et permet une prise en charge sanitaire et sociale adaptée, en équipe pluri-disciplinaire. Lieux de soins non hospitaliers, les LHSS se veulent un espace de soins et de coordination pour les situations auxquelles les dispositifs traditionnels ne donnent pas de réponse satisfaisante. [1][2]

Sur Bordeaux, 14 lits type LHSS ont été ouverts en novembre 2007 au sein du foyer d'hébergement d'urgence Leydet [3]. Dans le cadre d'un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée de 6 mois de novembre 2011 à mai 2012, j'ai pu intégrer cette structure sous la supervision du médecin coordonnateur, le Dr Adam.

Dès cette période un constat s'impose, les LHSS qui devaient être un dispositif de prise en charge des pathologies aiguës et de soins courts sont confrontés à des situations de polypathologies chroniques nécessitant des soins de longue durée. Face à des situations de cumul des vulnérabilités sociales et médicales, à l'inadaptation des dispositifs de soins classiques, aux interactions entre problématiques médicales et sociales, à des prises en charge insatisfaisantes pour le patient et les intervenants, une réflexion sur les difficultés rencontrées et l'amélioration des pratiques est apparue nécessaire. Les LHSS, lieux privilégiés d'observation de l'état de santé et des besoins des personnes sans-abri (souvent absents des enquêtes de santé publique) ont été choisis pour étudier ces problématiques [2].

Devant le manque d'efficacité des prises en charge médicales des patients à la rue, les questionnements sont nombreux et les difficultés multiples : médicales, sociales, administratives, législatives, judiciaires, économiques ? Quelles sont les principaux obstacles à une prise en charge adaptée des patients atteints de pathologies chroniques à la rue ?

L'objectif de ce travail est d'effectuer une description précise de la population concernée, au travers du recueil des données démographiques, médicales et sociales des personnes séjournant dans les LHSS. Cette description sera ensuite comparée aux données de la littérature, afin d'identifier les spécificités des personnes sans-abri atteintes de pathologies

chroniques.

Dans une première partie, au travers d'une revue de littérature, les données sociologiques concernant cette population, ainsi que le contexte historique de la prise en charge de la pauvreté et les différentes notions qui l'accompagnent seront exposés, suivies des données de santé concernant les patients précaires et les réponses institutionnelles apportées.

Au terme de cette revue de littérature, seront présentées les méthodes de l'étude. Ses résultats le seront dans une seconde partie puis, dans une troisième partie, l'analyse des données et la discussion.

PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE

1. HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PAUVRETE :

Le contexte économique, démographique et les systèmes d'assistance ont beaucoup évolué lors du siècle dernier. Et pourtant, la prise en charge des populations défavorisées semble varier continuellement entre assistance et répression, charité et sanction. Les objectifs de contrôle sanitaire, social et moral sont toujours d'actualité dans l'analyse des réponses sociétales à la pauvreté.

1.1 Du Moyen-Age à la Révolution, entre charité et châtement :

L'hôpital chrétien s'est fondé sur le principe de charité avec au moyen-âge vocation de recueillir et secourir les pauvres, qu'il y ait ou non nécessité de soins. Ainsi B. Geremek écrit pour illustrer un certain déterminisme dans la vision de la pauvreté : « Dieu aurait pu rendre tous les hommes riches mais il a voulu qu'il y ait des pauvres pour que les riches puissent racheter leurs péchés » [4]. Le « bon chrétien », par les dons qu'il effectue, gagne son Salut et assoit sa position sociale.

La vision du bon pauvre de l'époque est celle d'une personne d'apparence misérable, physiquement handicapé qui accepte avec humilité sa condition. Celui-ci mérite d'être pris en charge.

L'hôpital, alors administré par les religieux, s'adresse aux pauvres, aux invalides et aux malades en raison de leur statut social. Il se veut le réceptacle de toutes les misères et ce jusqu'au XIXème siècle. Les maladies étant considérées comme le fait de Dieu, le remède ne peut être que divin. Si les hospitalisations offrent à la fois gîte, vivres et protection, « le médecin est plus toléré qu'admis à l'hôpital » jusqu'à la fin du XVIIIème siècle [5].

Début XVIème, suite à la grande peste et à la guerre de cent ans, la crise sociale et spirituelle entraîne une augmentation du nombre d'indigents. Les hôpitaux, alors appauvris, ne peuvent y faire face. L'administration royale intervient alors dans la gestion de l'indigence, « pour décourager l'immigration, en ôtant à la ville son aspect attrayant de lieu de distribution des aumônes, où tout un chacun peut compter sur son soutien » [4]. Des registres des pauvres ayant droit aux secours sont établis, la mendicité est interdite, et le travail devient obligatoire pour les pauvres valides.

Le grand bureau des pauvres est créé en 1544 par François 1er, l'administration

communale y coordonne l'assistance, dans ce qui est l'une des premières institutions laïques d'assistance. Avec l'accroissement du nombre de pauvres et de la mendicité, la société se met alors à porter un regard plus craintif, une augmentation du nombre des miséreux fait craindre pour l'ordre et la sécurité. Devant l'échec des mesures précédentes pour juguler cette problématique, les politiques deviennent plus répressives et coercitives jusqu'à connaître l'apogée du « grand renfermement » à la fin du XVIIème siècle.

Créé en 1656 par édit du Roi, cette mesure vise le maintien de l'ordre public et la protection contre les « mauvais » pauvres, qui sont alors hospitalisés de force pour assurer l'inculcation de « l'amour du travail et de la vie laborieuse » par un programme de rééducation sociale, religieuse et morale [6].

Les hôpitaux permettent alors de conjuguer « devoir d'assister, besoin de réprimer, devoir de charité et volonté de châtier ». Les bons pauvres sont « humbles, modestes, contents de leur état et des secours » donnés, les mauvais sont « ennemis du bon ordre, fainéants, menteurs ivrognes, impudiques » [7]. Le glissement de la misère considérée comme « une expérience religieuse qui la sanctifie à une conception morale qui la condamne » [8] s'opère. S'il garantit une aide aux personnes démunies, l'hôpital permet alors également de protéger la société contre d'éventuelles révoltes de la part des classes les plus défavorisées.

1.2. La Révolution française, l'influence des Lumières :

Elle concrétise la remise en cause de l'hôpital dans sa dimension morale politique et économique par les penseurs des Lumières [6]. L'hôpital ne doit plus s'adresser qu'aux pauvres qui sont invalides, malades, infirmes, ou fous. Le Comité de mendicité est créé, l'assistance devient un droit dans la mesure où les pauvres acceptent de travailler, elle devient une charge nationale dans la constitution de 1793 et se veut gratuite et obligatoire. Le médecin en est l'instrument. Le principe de l'hospitalisation est jugé trop cher, générateur de paresse, de détresse financière et morale pour la famille.

Le nombre d'indigents devient tel que l'état ne parvient plus à assurer le financement des hôpitaux, la gestion de l'assistance redevient à la charge des communes, « chaque commune devenait responsable de sa misère et de la manière dont elle s'en protégeait » [9]. En 1896, en devenant hospices civils les hôpitaux passent sous administration communale tout en conservant une tutelle de l'État.

Faute de recrutement adéquat, le personnel hospitalier reste en grande majorité religieux. Peu à peu, il y a différenciation entre établissement de soins (les hôpitaux) et

d'assistance (les hospices).

1.3. L'hôpital entre assistance et médicalisation :

Au début du XIXème siècle, avec le développement de la médecine anatomo-clinique, l'hôpital, lieu de concentration de nombreux malades, devient un lieu de recherche. La médecine délaisse les soins et la personne malade pour la recherche scientifique et la spécialité d'organe. Pour le malade, le bénéfice de l'hospitalisation entraîne l'obligation de se soumettre aux observations et aux expérimentations. Le malade hospitalisé participe ainsi aux progrès de la médecine, « si le pauvre de l'hôpital chrétien permettait à la société d'atteindre le Salut par la charité[...] celui du XIXème siècle remplit une fonction sociale celle de participer [...] aux progrès de la médecine. » [5].

Parallèlement, avec la modernisation de la médecine, la recherche et les progrès techniques, l'hôpital s'ouvre à des malades payants attirés par la haute technicité des soins. Les médecins désirent que l'hôpital soit consacré à une médecine scientifique et au développement des spécialités alors que les administrateurs cherchent à réduire les coûts et à répondre à l'obligation d'assistance sociale pour laquelle ils sont subventionnés.

Dans ce contexte soigner les pauvres devient une obligation avec les premières lois sur l'assistance, l'obligation d'accueillir tout individu privé de ressource en 1851, puis la loi du 15 juillet 1893 mettant en place l'aide médicale gratuite, et la création en 1914 du service social à l'hôpital, reconnu d'utilité publique en 1932. Désormais la condition de malade est nécessaire à l'hospitalisation. [10]

L'État délègue toujours aux communes la gestion des hôpitaux mais s'assure que l'assistance aux pauvres soit effective dans ceux-ci. Il faut y voir l'émergence de préoccupations de santé publique avec la mise en évidence de liens entre épidémies et pauvreté. Le courant hygiéniste insiste sur les risques sanitaires liés aux conditions de vie des pauvres, mais, peu à peu le risque de pauvreté lié à la maladie par l'incapacité de travailler apparaît. La santé devient une condition de la production, ce qui entraîne le développement de sociétés de secours mutuel versant des indemnités aux travailleurs malades.

1.4. L'après guerre et la naissance de la sécurité sociale :

Au sortir de la seconde guerre mondiale, le programme du Conseil National de la Résistance aboutit à l'adoption d'une série de mesures ayant notamment pour but un ordre

social plus juste. Destiné à assurer à tous les citoyens les moyens d'existence dans le cas où ils sont dans l'incapacité de se les procurer par le travail, un système de protection sociale universel contre le risque maladie est créé : la sécurité sociale.

La prise en charge hospitalière évolue avec les progrès des techniques médicales et l'amélioration des performances. L'hôpital connaît alors un afflux de patients : les assurés sociaux et les classes aisées attirées par ces performances nouvelles. Avec les nouvelles technologies et le développement des plateaux techniques, les investissements se concentrent sur l'hôpital qui se modernise et s'humanise, se détachant ainsi de son image de « dépotoir du pauvre » [5].

En 1958, la réforme Robert Debré, avec la création des CHU concrétise l'image de technicité et de performance de l'hôpital, avec fonction de soin, d'enseignement et de recherche au détriment de leur mission d'assistance.

En 1970 en devenant « établissements public de santé », les hôpitaux doivent être en mesure d'accueillir 24h sur 24h, sans discrimination, tous les usagers potentiels pour leur prodiguer les soins que nécessite leur état de santé. Cette loi marque la priorisation de l'objectif sanitaire, et l'abandon progressif de la mission sociale d'accueil des pauvres.

1.5. La prise en charge de la pauvreté :

Si l'orientation des hôpitaux a changé vers les pathologies ayant un intérêt scientifique, il n'en reste pas moins un lieu de recours aux soins important pour les plus défavorisés. Il constitue une voie d'accès privilégiée au système de santé notamment par les services d'urgences, paradoxalement lieu de dernier recours pour la population générale et lieu de premier recours des plus pauvres [11]. Malheureusement devenu inadapté pour répondre à ces demandes et au besoin de prise en charge globale, l'hôpital est tiraillé entre nécessité de rentabilité et impératif de service public. La crainte de séjours prolongés, avec difficultés de prise en charge médico-sociale, entrave l'accès aux soins des plus démunis.

Différentes mesures sont prises depuis les années 1990 pour que l'hôpital puisse garantir l'accès de tous à tous les soins, notamment la création des dispositifs précarité et des PASS en 1992, avec un accès gratuit aux soins et aux médicaments pour les patients dont la situation sociale entrave le bon déroulement des soins, mais aussi une consultation sociale pour le recouvrement des droits.

Ces initiatives pourraient sembler en opposition avec les contraintes budgétaires de l'hôpital moderne, mais elles se basent sur l'argument qu'il est plus avantageux de soigner

gratuitement des pathologies peu avancées en consultation externe avec mise en place d'une couverture maladie que d'hospitaliser en urgence à un stade avancé de la pathologie. La loi d'orientation contre les exclusions [12] de 1998 a permis une extension de la mise en place des PASS.

La limite de ce type de dispositif est leur fonctionnalité variable, le travail social qui en découle est surtout réalisé quand les soins sont coûteux, ce qui incite l'établissement à trouver des solutions. Ce n'est pas le cas pour des consultations externes où l'importance du travail social nécessaire se heurte à un apport économique faible.

2. LA SECURITE SOCIALE

2.1 Le rôle de l'assurance maladie dans la prise en charge de la santé des défavorisés :

La Sécurité sociale, créée en 1945, a pour but de garantir un accès universel aux soins. La prise en charge des plus démunis repose alors sur une logique de solidarité sociale assurantielle, une logique d'interdépendance. Droit à la maladie et droit aux soins sont établis, puis le droit à une couverture maladie s'est progressivement généralisé. La création de la sécurité sociale repose sur des valeurs énoncées dans les textes suivant :

- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (toujours de valeur constitutionnelle aujourd'hui) : « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé [...] »[14]
- Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 :
« Art22 : Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale [...] »
« Art25 : Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille [...] notamment pour les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires [...]»[15]
- Article 1er de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie :
« La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources ».[16]

2.2. Les différents modes de prise en charge par l'assurance maladie :

2.2.1. La couverture maladie universelle :

En 1999, la couverture maladie universelle est votée pour permettre l'accès aux soins des personnes indépendamment de leur situation professionnelle, elle s'adresse à toutes les personnes résidant en France de manière régulière et depuis plus de 3mois,

Article L380-1 Créé par Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 - art. 3 JORF 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000 :

« Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.»

Accessible sur critère de revenu, ce régime permet la prise en charge des dépenses couvertes par les régimes obligatoires de la sécurité sociale. Les dépenses complémentaires nécessitent d'autres dispositifs.

2.2.2. La CMU complémentaire :

Article L861-1 Modifié par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 50 JORF 22 décembre 2006 :

« Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. »

Sur une population potentiellement éligible de 4,7 millions de personnes en métropole à la fin 2012, seuls 4 millions ont fait valoir leurs droits à la CMU-c, soit un taux de non recours de 15%.

Pour le régime général, la CMU-c a représenté une dépense globale de 1,5 milliard d'euros en 2011 soit une dépense moyenne de 445 euros par bénéficiaire.[17]

2.2.3. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) :

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, a créé l'aide à l'ACS ce qui a permis de lisser l'effet de seuil provoqué par le plafond de ressource de la

CMUc.

Pour les personnes dont le seuil de revenu est proche mais supérieur à celui permettant d'obtenir une CMUc, l'ACS est mis en place sous forme d'un crédit d'impôt. Cette aide à l'acquis est réservée aux personnes dont les ressources n'excèdent pas plus de 20% le plafond d'attribution de la CMU complémentaire.

La population cible est estimée, en France métropolitaine, entre 2,6 et 3,7 millions de personnes, le taux de non recours est compris, selon la dernière estimation de la DREES, entre 62% et 73% en référence au nombre d'attestations délivrées.[17]

2.2.4. L'AME :

Les étrangers résidant en France de manière irrégulière depuis plus de trois mois peuvent avoir accès à l'aide médicale d'état, prestation d'aide sociale fonctionnant avec une prise en charge à 100% des frais médicaux.

Article L251-1 Modifié par Loi n°2012-958 du 16 août 2012 - art. 41 (V) :

« Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'État. »

Après la condition de résidence introduite par la loi de finances rectificative pour 2003, c'est la loi de finances pour 2011 qui a instauré, à l'encontre des préconisations d'un rapport IGAS-IGF d'octobre 2010 [18], une restriction du panier de soins, un droit de timbre de 30 euros par an et par bénéficiaire de l'AME de droit commun et un agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux. Ces mesures ont été supprimées par la loi de finance rectificative pour 2012.

L'accès aux soins des personnes exilées ou migrantes est dépendant du droit ou de l'absence de droit au séjour.

Les « soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître »[19] sont pris en charge. Pour une personne ne résidant pas en France, présente sur le territoire français et dont l'état de santé le justifie, le ministre chargé de l'action sociale peut, à titre très exceptionnel, accorder une prise en charge ponctuelle de soins et d'hospitalisation en France pour des motifs humanitaires.

En 2012, les crédits de paiement de l'AME se sont élevés, selon la loi de règlement, à 586 millions d'euros. Les dépenses sont doublement concentrées, sur les établissements de santé d'une part (70%) et sur l'Île-de-France d'autre part (66%), pour un nombre de bénéficiaires d'environ 220000. [17]

2.3. Le droit d'asile et les demandeurs d'asile :

2.3.1. le droit d'asile :

Sur un plan juridique, l'asile est la protection spécifique qu'accorde un État à un individu sur son territoire pour lui permettre d'échapper aux risques pour sa vie, sa liberté ou sa sécurité, auxquels il est exposé dans son propre pays. Elle tient son origine de l'article 1er alinéa 2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des Réfugiés.[20] La protection subsidiaire (art. L712-1 du Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile (CESEDA)) [21] est une autre protection « a minima », propre au droit français, mais qui répond à une procédure identique.

Un demandeur d'asile bénéficie durant l'instruction de sa demande par l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) d'un droit au séjour accordé par la préfecture du lieu de résidence, sous la forme initiale d'une autorisation provisoire de séjour.

La durée d'instruction par l'OFPRA est variable de 15 jours pour les procédures prioritaires et jusqu'à plusieurs années dans certaines situations, en particulier en cas d'hébergement des personnes demandeurs d'asile en centre d'accueil des demandeurs d'asile. Selon la procédure dite « Dublin 2 » : les personnes, déjà identifiées dans la base de données des empreintes, sont soumises à une procédure "d'externalisation" de leur demande d'asile vers le pays de l'UE d'où le fichier reconnaît leur passage (c'est-à-dire où ces premières empreintes ont été enregistrées). [22]

Un examen médical est imposé par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), orienté en particulier sur le bilan vaccinal et tuberculeux. En cas de rejet du statut de réfugié, un recours suspensif de la décision (avec maintien des droits possible notamment à l'assurance maladie) est possible devant la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). La personne se retrouve en situation irrégulière, et perd entre autres ses droits à la CMU (de base et complémentaire), en pratique à l'issue de la période d'affiliation.[23]

Les personnes reconnues « Réfugiées » obtiennent une carte de résidence de 10 ans, et

le maintien initial de leurs droits à la CMUc, sous réserve de respecter les conditions de ressources.

2.3.2. Le droit au séjour pour raison médicale :

Le droit au séjour pour raison médicale, dont la procédure « étrangers malades » constitue la transposition administrative, se trouve aujourd'hui défini par l'article L313-11 11° du CESEDA. Ce droit permet l'accès à un titre de séjour pour raison « humanitaire » avec droit au travail éventuel pour des étrangers sans titre de séjour atteints d'affections graves, et sous condition d'une résidence habituelle en France (en pratique de un an). Il ne doit pas se confondre avec la demande d'asile. Les modalités de demande de carte de séjour pour raison médicale sont complexes. Les pratiques des préfectures varient selon le département. Le rapport médical doit être rédigé soit par un « médecin agréé » soit par un « praticien hospitalier ».

La procédure prévoit un double niveau de décision : le médecin inspecteur de santé publique donne un avis médical au préfet qui, au vu de cet avis mais sans y être lié, délivre éventuellement le titre de séjour sous la forme d'une carte de séjour temporaire (CST, de durée maximale de un an, renouvelable). Lorsque la condition de résidence habituelle n'est pas remplie, les personnes atteintes d'une affection grave peuvent obtenir une autorisation provisoire de séjour d'une durée maximum de six mois. [24]

La décision est de plus motivée par le pays d'origine de la personne, à travers les capacités de soins estimées localement : la condition de « non accès effectif au traitement approprié dans le pays d'origine de l'étranger » en vigueur actuellement pourrait être modifiée par la seule « indisponibilité du traitement approprié », selon la dernière évolution législative en projet.

2.3.3. Le cas des nouveaux européens :

Selon les articles L 121-1 et suivants du CESEDA, les citoyens de l'Union européenne peuvent « circuler et séjourner librement en France ». Au-delà de 3 mois, les « inactifs » doivent cependant « disposer [...] de ressources suffisantes pour ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale français et d'une assurance maladie-maternité ». Pour les citoyens bulgares et roumains « actifs », exclusivement, des règles spécifiques s'appliquent, la Bulgarie et la Roumanie ayant été intégrées à l'UE au 1er janvier 2007. Durant une période

transitoire, ces « nouveaux Européens » ont obligation de détenir un titre de séjour, avec autorisation de travail, demandée par le futur employeur à la préfecture.

En pratique, les citoyens de l'UE, en particulier roumains et bulgares inactifs, en France depuis plus de 3 mois, sans revenus et sans assurance de santé européenne, sont en situation irrégulière.

3. APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA THEMATIQUE DE LA PRECARITE

Les termes utilisés pour décrire la thématique des catégories sociales défavorisées ont évolué, leur variété reflète la difficulté à définir les contours d'une population hétérogène.

3.1 La précarité :

Dans son rapport "Grande pauvreté et précarité économique et sociale", le Père Wresinski définit la précarité comme :

« l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible » [25].

La précarité est un phénomène multifactoriel et multidimensionnel qui englobe des situations ayant pour dénominateur commun une grande souffrance physique et morale. Les personnes concernées par la précarité ne forment pas « une communauté sociale », ni un « groupe statistique saisissable ». Elles n'ont « en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux ». Elles ne peuvent pas mobiliser les ressources disponibles dans leur environnement pour contrôler leur propre santé.

A la suite de ce rapport, le terme de précarité va connaître un succès croissant, s'ajoutant, voire tendant à se substituer, à ceux, plus classiques, de pauvreté, de misère, de marginalité, de défaveur sociale.

Ces dimensions de la précarité rejoignent celles décrites dans les recherches anglo-saxonnes pour décrire les dimensions économiques de la précarité (« material and social

deprivation ») [26]. P. Townsend voit la défaveur sociale comme « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe ». Il fait la distinction entre la défaveur matérielle qui se réfère aux biens ou aux commodités de la vie moderne, et la défaveur sociale (relations familiales, au travail ou dans la communauté).

3.2. Mesure de la précarité et facteur prédictifs, le score EPICES :

L'arrêté ministériel de 1992 (Journal Officiel n° 218 du 19 septembre 1992) [27], donne pour priorité aux centres d'examen de santé de focaliser leur activité sur les populations en situation de précarité définies sur des critères socio-administratifs : chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ou d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe et jeunes de 16-25 ans en insertion professionnelle. Les relations entre la précarité, les modes de vie et la santé ont été récemment décrites dans ces populations.

Les CES ont construit un score à partir de données socio-administratives, pour différencier les individus en termes d'inégalités de santé, de risques de santé accrus et d'un moindre accès aux soins. Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé), prenant en compte toutes les dimensions de la précarité a été établi à partir d'un questionnaire initial de 42 questions portant sur les différentes dimensions de la précarité définies par P. Townsend et J.Wrezinsky : conditions matérielles et événements graves de l'enfance, niveau d'études, situation professionnelle, revenus, composition du ménage, logement, protection sociale, liens sociaux, loisirs et culture, difficultés financières, recours aux soins, santé perçue.[28]

Les 11 questions du score Epices		
N° Questions	Oui	Non
1 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?	14,80	0
6 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7 Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Illustration 1

Un score EPICES >30 est considéré comme un facteur de précarité.

3.3 La pauvreté :

3.3.1 Définition de l'INSEE :

Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre si son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. L'INSEE, comme les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que d'autres pays (comme les États-Unis ou le Canada) ont une approche absolue. Dans l'approche en termes relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Les pays européens utilisent en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie. La France privilégie également ce seuil. En 2010, 8,6 millions de personnes vivent en dessous de ce seuil, qui s'élève à 964 euros par mois ; la moitié d'entre elles vivent avec moins de 781 euros par mois. [29]

3.3.2 « les pauvres » :

Pour G. SIMMEL, philosophe et sociologue allemand, dans son ouvrage « les pauvres » :

« les pauvres, en tant que catégorie sociale, ne sont pas ceux qui souffrent de manques et de privations spécifiques, mais ceux qui reçoivent assistance ou devraient la recevoir selon les normes sociales. Par conséquent, la pauvreté ne peut, dans ce sens, être définie comme un état quantitatif en elle-même, mais seulement par rapport à la réaction sociale qui résulte d'une situation spécifique. » [30] les pauvres ne sont pas en dehors de la société mais y ont une place définie.

Le principe d'assistance fait partie du système social en tant que mode de régulation, même s'il se fonde sur des relations inégalitaires et conflictuelles.

La pauvreté est un statut social dévalorisé et stigmatisant, que l'on cherche à dissimuler. Les situations individuelles peuvent être d'une grande diversité mais « il y a des êtres humains qui, dans leur position sociale, sont pauvres et rien que pauvres » [30], une fois le processus de disqualification sociale abouti ils sont assimilés aux autres pauvres ayant connu des trajectoires sociales différentes.

L'assistance est personnelle et couvre des besoins particuliers, elle se fait dans l'intérêt de la collectivité (réhabiliter leur activité économique, rendre plus productif, empêcher l'usage des moyens d'enrichissement violents) et elle est conservatrice dans le sens où « il n'y a aucune raison d'aider le pauvre plus que ne le demande le maintien du statu quo social » [30].

3.4. Les sans domicile fixe ou sans chez soi :

3.4.1 Les raisons du non-logement :

Selon le rapport européen de la FEANTSA [31] (Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abri) les raisons du non-logement sont :

- structurelles : l'accès limité à un logement décent (lié au coût élevé du marché du logement et à l'insuffisance de logements sociaux), la restructuration du marché du travail (et ses conséquences en termes de chômage, de précarisation des statuts d'emploi et d'accroissement du nombre de travailleurs pauvres), le durcissement des règles relatives au droit de séjour des étrangers, plus généralement la marginalisation de « ceux qui ne sont jamais éligibles »

- institutionnelles : liées à la capacité limitée des services d'hébergement d'urgence et

de réinsertion, à la spécialisation des réponses institutionnelles (urgence et médicalisation des réponses), à l'inadéquation des dispositifs aux besoins des personnes (familles, handicapés, etc.), à l'absence de coordination des services à une échelle locale, aux insuffisances des politiques nationales dans les contextes de décentralisation ;

- personnelles : les ruptures biographiques (perte d'emploi, migration, ruptures familiales, problèmes de santé, violences domestiques, etc.), la faiblesse ou la rupture du réseau social, les problèmes d'alcool ou de drogues, le refus de dépendre de services d'urgence dénoncés comme inadaptés, dangereux, humiliants.

3.4.2. La conférence de consensus sur les sans abri de 2007 [32]:

« quel que soit le terme utilisé (« sans domicile fixe », « sans-abri », « grands exclus » ou « gens de rien »), les personnes sans domicile forment une population hétérogène aux contours variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables. Contrairement au sens commun qui définit la personne sans domicile comme celui qui dort dehors et plus directement celui qu'on voit dans la rue, il y a consensus sur le fait que les personnes sans domicile ne forment pas un groupe social homogène distinct du reste de la population », c'est ce qu'illustre la phrase suivante :

« Le sans-abri [...], tellement vu que l'idée ne nous traverse plus que cet homme assis par terre a des souvenirs d'enfance, des goûts musicaux, le droit de vote s'il est français, peur de vieillir, et peut-être envie de changer. [...] Et puis il y a l'invisible. Le sans domicile dont on ne soupçonne pas l'existence. Le jeune qui vole pour vivre, bien habillé. [...] Le travailleur précaire qui cache sa condition. Ceux qui vivent à l'hôtel, en foyer d'urgence, ou dans un appartement payé par une association, les habitantes des foyers mères-enfants, les femmes victimes de violence, les cohabitants contraints... ». [33]

3.4.3. La définition de l'INSEE :

Selon une enquête effectuée en 2001 par l'INSEE [34], une personne est « dite sans domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation. Ces organismes peuvent fournir des places dans des structures collectives, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires. Ces hébergements peuvent être proposés pour des durées différentes : d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Les lieux considérés comme non prévus pour l'habitation sont les suivants :

- cave, parking fermé, grenier, cabane ;
- voiture, wagon, bateau ;
- usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique ;
- parties communes d'un immeuble d'habitation ;
- ruines, chantiers, grotte, tente ;
- métro, gare, couloirs d'un centre commercial ;
- rue, pont, parking extérieur, jardin public, terrain vague, voie ferrée. »

La population des sans-abri est caractérisée à ce jour par :

- une population plus féminine et plus jeune qu'autrefois
- un dégradé de situations par rapport au travail, à la famille et au logement
- le nombre croissant de personnes sans domicile qui occupent pourtant un emploi (peu rémunéré et/ou précaire)
- la prégnance des « déliaisons familiales » mais aussi la persistance de liens (même ténus) avec la famille ou d'anciennes connaissances qui ne sont pas exceptionnels ;
- la remise en question d'une « culture de la rue », surtout le fait d'une minorité, par le constat, plus fréquent, de « l'expérience individuelle de pratiques généralisées »
- une qualité de vie dans la rue très dépendante de la bienveillance (jamais acquise définitivement) des « métiers de la ville » (policiers, vigiles, prostitués, agent d'entretien, etc.) et des riverains
- l'importance des stratégies matérielles et du travail psychologique et symbolique au service du « maintien de soi » et de la résistance à la déchéance
- le poids des rapports au travail passé et actuel dans les possibilités d'envisager « des anticipations sociales », les capacités à formuler des projets d'avenir et les chances de réinsertion.

3.4.4. La typologie ETHOS [35] développée par la FEANTSA :

Quatre formes d'exclusion liée au logement sont décrites :

- être sans abri (personnes vivant dans la rue ou en hébergement d'urgence)
- être sans logement
- être en situation de logement précaire

- être en situation de logement inadéquat.

Catégories	Lieux de vie	Définitions
1-Personnes dormant dehors	Espaces publics/rue	Vivant dans la rue ou des espaces publics sans aucun abri pouvant être défini comme un logement
2-Personnes en hébergement d'urgence	Refuges de nuit	Personnes sans lieu habituel de résidence changeant fréquemment de type d'hébergement
3-Personnes occupant des hébergements pour sans domicile	Foyers pour sans domiciles Logement temporaire Abris pour femmes battues	La période d'occupation de ces lieux est de moins d'un an
4-Personnes vivant en institutions	Etablissements de santé Institutions carcérales	Séjour prolongé dû à un manque de logement Pas de logement disponible avant la sortie
5-Personnes occupant des logements non classiques à la suite d'un manque de logements	Caravanes Constructions non classiques Structure temporaire	L'hébergement est utilisé suite à un manque de logement et n'est pas le lieu habituel de résidence de la personne
6-Personnes sans domicile vivant à titre temporaire dans un logement classique avec de la famille et des amis	Logement classique mais n'étant pas le lieu de résidence habituel	L'hébergement est utilisé suite à un manque de logement et n'est pas le lieu habituel de résidence de la personne

Illustration 2: les 6 catégories de sans domicile proposées par la commission européenne [32]

3.4.5. « la question SDF » [36]:

Julien Damon considère les SDF, pour son analyse, « comme la cible d'une action publique ». Il les envisage également comme des acteurs sociaux, agissant selon des croyances, effectuant des choix, développant des stratégies à plus ou moins long terme, et ayant des opinions, des idées, des valeurs. Leurs décisions peuvent être mal comprises (refuser d'être hébergé dans des structures spécialisées) mais ne sont pas irrationnelles, le refus est souvent motivé par le besoin de préserver sa dignité ou le rejet de la promiscuité des lieux.

Dans l'espace public les SDF sont visibles et déclenchent des réactions allant de la compassion à l'hostilité. Leur présence suscite un intérêt médiatique et politique lui aussi variable. Indignation, en leur faveur, en hiver devant les morts de la rue et indignation en été contre leur présence dans les rues comme en témoignent les arrêtés municipaux et autres mesures anti-mendicité prises.

Ils sont la cible de nombreux dispositifs spécifiques pour les héberger, les nourrir, les soigner et les « insérer » mais sont aussi atteints par des dispositifs plus larges dans les domaines de l'action sociale, du logement de l'emploi et de la sécurité. Ces actions vont de l'intervention « d'urgence » à la prise en charge à long terme.

4 groupes sont distingués :

- ceux qui refusent l'étiquette qui leur est accolée et se démènent pour sortir de la rue
- ceux prêts à saisir d'éventuelles opportunités mais qui reconnaissent le poids de leur exclusion et pondèrent ainsi leur résolution (les « résignés »)
- ceux qui ne semblent mettre en œuvre aucune stratégie pour sortir de la rue et valorisent le monde de la rue, qui apparaît comme un véritable mode de vie
- les « fatalistes », passifs et certains de rester sans-abri.

Les rapports des SDF au système de prise en charge :

1. fragilisation : contacts hésitants, manque d'information et refus de prise en charge
2. routinisation : contacts anciens, relation suivie et capacités d'évaluation et maîtrise des dispositifs permettant d'assurer la vie quotidienne
3. sédentarisation : contacts ponctuels et spécifiques, refus général de la prise en charge institutionnelle, maîtrise des réseaux de survie avec et en dehors du système de prise en charge.

3.5. L'exclusion [37]:

3.5.1. Définitions :

Ce terme, employé depuis les années 1970, est opposé, pour F. Leroux, à la participation, les exclus seraient les non-participants économiques et culturels. En 1974 avec la parution de l'ouvrage « les exclus » [38] de René Lenoir qui traite de l'inadaptation sociale, puis en 1983 et 1987 avec les rapports du père J. Wresinski, le terme a pris peu à peu sa place dans le débat politique.

De nos jours l'exclusion est toujours une notion prêtant à discussion et interprétation, sous laquelle sont regroupées des situations et des populations hétérogènes. Plus que la simple insuffisance de revenus, elle se manifeste dans les domaines du logement, du travail, de la santé, et de la citoyenneté, elle est désormais considérée comme un cumul de handicaps.

Cette notion connaît un essor croissant notamment depuis les années 1990 dans un contexte de chômage massif et de préoccupation sociale qui a abouti au renforcement des aides et des actions sociales avec passage d'une protection sociale reposant sur l'activité professionnelle à une protection sociale basée sur la citoyenneté.

Critiquée car considérée comme idéologique et moralisatrice, car évitant d'aborder les dimensions politiques des injustices sociales, la notion d'exclusion est aussi considérée comme imprécise, et floue. L'hétérogénéité des populations concernées est telle que l'on peut se demander s'il y a réellement des exclus, la société serait-elle duale avec d'un côté les inclus et de l'autre les exclus coupés du reste de la société ? La réalité montre des situations sans ruptures absolues, des processus sociaux, une dynamique sociale et des parcours individuels influencés par des mécanismes collectifs et non pas des situations figées, des statuts stratifiés.

Dans le contexte social français ce terme peut être utilisé en référence au fonctionnement du système de Sécurité sociale. Les « exclus » sont les exclus de la sécurité sociale, ceux qui faute d'un emploi stable ne pouvaient en bénéficier, anciens assurés sociaux et qui ne peuvent bénéficier que de l'aide et de l'action sociale, on peut ainsi aussi entendre le terme « désaffiliés ». Malgré tout ce terme permet d'illustrer le fait que certaines situations restent intolérables dans des sociétés riches mettant en avant le principe d'égalité.

3.5.2. Indicateurs et mesures de l'exclusion :

Les mesures de l'exclusion proposées en Angleterre [39] sont basées sur 4 dimensions : la consommation, la productivité, la participation politique (vote) et les interactions sociales (soutien social).

En France l'ONPES propose que soient pris en compte 11 indicateurs, la pauvreté à 50 et 60% de la médiane des revenus, l'intensité de la pauvreté à 60%, la pauvreté de la population en emploi, la pauvreté en conditions de vie, les allocataires de minima sociaux actifs, la persistance dans le RMI, le renoncement au soin pour raisons financières, les sortants du système scolaire à faible niveau d'étude, les demandeurs d'emploi non indemnisés, la part des demandes de logement social non satisfaites après un an, et le rapport entre le revenu moyen des 10% les plus aisés et les 10% les moins favorisés.[40]

3.6. L'évolution des politiques de prise en charge :

3.6.1. Variables historiques :

Au sortir de la seconde guerre mondiale, la France s'est dotée d'un système de protection sociale assurant la couverture des risques du salarié et de ses ayants-droits sans avoir pour véritable but la lutte contre la pauvreté. Ce système était censé être provisoire dans

l'attente d'une reprise de l'activité économique et d'un retour au plein emploi. La montée des exclusions et leur prise en compte a entraîné d'importants changements du système de lutte contre l'exclusion.

Pour J. Damon, dans ses ouvrages sur « la question SDF » [36] et « l'exclusion » [37], le XXème siècle est marqué par le déclin des mesures de coercition et la montée de la thématique de l'exclusion.

Il relève, en s'appuyant sur les travaux de A. de Swann et R. Castel, des caractéristiques récurrentes dans les modes de prise en charge de la pauvreté, qui malgré les évolutions observées au cours du siècle dernier demeurent repérables dans les politiques publiques et les attitudes privées.

1. difficultés à définir, classer les cibles de l'assistance ou de la répression (délit de vagabondage présent jusqu'en 1994 dans le droit pénal) par les responsables de l'ordre public, puis médicalisation au XXème siècle avec tentative de psychiatrisation de la pauvreté et opération d'un rapprochement entre misère et vice. Si ces représentations se sont atténuées au milieu du siècle, elles n'en restent pas moins présentes.
2. Dualité de la pauvreté, « bons » et « mauvais pauvres », ceux pour lesquels il est légitime d'intervenir, ceux qui subissent leur situation et les autres, ceux qui l'auraient choisie. Ces distinctions sur le mérite, la dignité et la responsabilité des pauvres sont en lien avec des croyances personnelles de chacun sans que l'on observe d'accord généralisable.
3. Oscillation entre hostilité et hospitalité, sous l'influence du climat. Les vagues de froid hivernales renforçant la compassion vis à vis des plus démunis, et l'été la crainte que la mendicité ne nuise au tourisme et au commerce, comme l'ont montrés les arrêtés anti-mendicité des années 1990.

Cependant les mesures répressives peuvent glisser vers l'assistance, tout comme l'assistance peut dévier vers une forme de contrôle social.

On notera par exemple les brigades de police pour le ramassage des SDF, suite à l'hiver 1954 et qui deviendront en 1968 les brigades d'assistance aux personnes sans-abri.

3.6.2. Historique des mesures :

Avec la progression du chômage et les chocs pétroliers, les années 70 marquent le début de programmes spécifiques de lutte contre la pauvreté. La notion d'assistance et de

protection prend le dessus sur la répression et ceux qui étaient considérés auparavant comme « asociaux » ont désormais des droits économiques et sociaux qui leur sont propres.

3.6.2.1. La montée de la thématique de l'exclusion :

En 1974, les CHRS sont créés pour prendre en charge « l'inadaptation sociale ». Imaginés pour les prostitués en 1953 à la fermeture des maisons closes, leur rôle va être la prise en charge de toute personne privée de ressource ou de logement et estimée apte à un reclassement. Parallèlement de nouvelles prestations sociales sous conditions de ressources sont mise en place, l'AAH en 1975 et l'API en 1976.

Début 1980 s'appuyant sur les expertises associatives, rapports et commissions d'étude sur le sujet sont publiés aboutissant à une accumulation de mesures spéciales [41].

Depuis octobre 1984, programmes et plans d'urgences hivernaux s'enchaînent, l'urgence sociale représentant ce qu'il y a de plus visible concrètement, politiquement et médiatiquement. Alors que les problèmes sont récurrents voir permanents, les plans d'urgence se répètent, mettant en avant des solutions innovantes mais remettant à plus tard des réformes plus profondes.

En 1988 la loi sur le RMI [42] est votée faisant de l'insertion des publics en difficulté une priorité nationale, et en 1990 la loi Besson sur le droit au logement [43] a pour but de rendre « possible » pour toute personne défavorisée le fait d'avoir un logement décent.

3.6.2.2. La lutte contre les exclusions :

La campagne présidentielle de 1995 utilisera largement la thématique de l'exclusion dans un contexte de chômage de masse et de visibilité croissante des exclus (journaux de rues). Cela aboutira à la loi de lutte contre les exclusions du 29 Juillet 1998 : « la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. » [12] appréhendant toutes les dimensions de l'exclusion. Trois points principaux sont abordés : donner une réalité aux droits existants, prévenir les exclusions et améliorer le fonctionnement des institutions sociales, la coordination des acteurs. Un observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion est créé venant s'ajouter au Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) créé en 1992, au conseil National de l'Insertion par l'Activité Économique (CNIAE), le Haut Conseil pour le Logement des personnes

défavorisées (HCL), ou à l'observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS). Au niveau sanitaire cette loi aboutira à la mise en place des PRAPS et des PASS permettant de favoriser l'accès au service public plutôt que de créer des filières dérivées.

Au début des années 2000, la problématique du logement est abordée avec des programmes de construction de logements sociaux et de rénovation urbaine. Le PARSA (plan d'action renforcé pour les sans-abri) adopté en 2007, a pour but de permettre que toute personne en hébergement d'urgence puisse se voir proposer un hébergement adapté par la suite. La loi du 05 mars 2007 institue le droit au logement opposable (DALO) [44] pour toute personne résidant de façon stable et régulière en France.

Enfin la loi du 1er décembre 2008 [45] crée le revenu de solidarité active, comportant le RSA « socle » ancien RMI et le RSA « chapeau » complément de revenu d'activité. Les politiques visent désormais à permettre l'accès aux droits et l'insertion.

3.6.3. Des mesures perfectibles :

Les bilans administratifs et les évaluations officielles des lois s'accordent sur 11 points [37]:

- des démarches bien fondées, nécessitant un approfondissement
- l'ampleur des problèmes
- les disparités géographiques de mise en œuvre
- la complexité législative et réglementaire
- l'émiettement et l'éclatement des compétences
- la faiblesse du système d'information
- l'incitation faible à l'emploi
- la culture de gestion trop peu orientée vers l'efficacité
- l'échec du volet insertion du RMI
- l'accumulation de mesures « provisoires »
- une demande toujours plus grande de coordination,

« face aux difficultés pour traiter les SDF ou l'exclusion on entend souvent plaider pour des analyses pluridisciplinaires sans se soucier des limites voire de la définition d'un tel exercice. L'appel incantatoire à l'interdisciplinarité peut tout simplement mener à l'absence de discipline. [...] il est sage d'opter pour une perspective qui encadre le travail. » [36]

3.6.4. Le rôle des associations :

La prise en charge des exclus est le fait d'acteurs privés et publics d'horizons différents avec des opinions et des modes d'action divers mais compatibles. Les interactions entre ces acteurs permettent l'échange d'informations, et le débat sur les objectifs à atteindre. Désormais l'imbrication public/privée est telle qu'elle est considérée comme un appariement.

La collaboration entre l'état et les associations était déjà présente dans les années 50, puis elle s'est formalisée et renforcée dans les années 70. La délégation aux associations est croissante depuis 20 ans, suivant la professionnalisation et l'institutionnalisation de celles-ci. Autour d'associations traditionnelles, à fonds privés, implantées de longue date et aux capacités d'expertise reconnues (secours catholique, Emmaüs, secours populaire) co-existent des associations à fonds publics gestionnaires de centre d'hébergement et des associations à fonds privées plus militantes, souhaitant être financièrement indépendantes (restaurants du cœur, droit au logement).

Cela mène dans le cas des SDF à un système mêlant fonds privés et publics, travail social salarié et bénévolat, grandes institutions et petites associations, etc.

4. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

4.1 Définitions :

- Inégalités sociales de santé :

« Écarts d'état de santé socialement stratifiés. Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux » [46].

- Gradient social de santé :

« Observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées » [46].

- Déterminants sociaux de la santé :

« Ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres » [46].

4.2. La prise en compte de cette problématique :

En France le système de santé est considéré comme performant et s'articule autour d'un système d'assurance maladie complet permettant un accès universel à la santé. Ce système a permis une amélioration constante de l'espérance de vie mais qui ne profite pas de la même manière à tous. Les inégalités sociales de santé ont tendance à se creuser.

Le « Black Report » (rapport Black) [47], paru en Angleterre en 1980, met en évidence que la position d'un individu dans la structure sociale et son état de santé sont liés. Le gradient de santé sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale ont une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux.

En 1987, en France, le rapport Wresinski [25] souligne l'importance des déterminants sociaux de santé comme facteurs d'inégalités en allant bien au-delà du seul accès aux soins.

En 1994 et en 1998, le Haut Comité de la santé publique préconise d'agir sur les déterminants sociaux de santé (logement, conditions de travail...) qui deviennent ainsi une réalité audible. Dans la foulée, les PRAPS sont créés. Mais ces programmes perdent de leur importance à partir de 2004, et les Ateliers Santé Ville deviennent un outil privilégié de réduction des inégalités sociales de santé. La poursuite de la décentralisation avec la création des agences régionales de santé, au cours de l'année 2010, pose par la suite la question des inégalités territoriales.

Plus récemment, la loi de santé publique de 2004 stipule que « la politique de santé publique concerne : [...] la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».

« Objectif 34. Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. » [16]

La problématique générale des inégalités sociales de santé n'est pas abordée dans cet objectif, seule la partie analytique porte sur les inégalités sociales, illustrées par les écarts d'espérance de vie. La partie intervention mentionne les populations « vulnérables », en situation précaire, mais laisse de côté les inégalités qui parcourent l'ensemble de la société.

Au niveau international, la Commission sur les déterminants sociaux (OMS, 2008) s'est également prononcée :

« les différences systématiques d'état de santé qui pourraient être évitées par des mesures judicieuses sont tout bonnement injustes. C'est ce que nous entendons par inégalités en santé. Comblers ces inégalités – les énormes différences sanitaires que l'on peut niveler entre pays et dans les pays – est une question de justice sociale. Pour la Commission des déterminants sociaux de la santé, réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle. » [48]

4.3. Approche sociologique :

4.3.1. La responsabilité :

Les travaux sociologiques montrent que les inégalités sociales de santé sont systématiques, socialement construites et donc modifiables et injustes. Le terme systématique indique que les différences sont distribuées selon un schéma constant dans la population et non pas au hasard. Les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes sont jugées injustes.

Les comportements à risque ne sont pas l'unique expression de la responsabilité individuelle. Les problèmes d'information imparfaite, de difficultés à se projeter dans l'avenir ou de conditionnements sociaux entravent en partie le libre arbitre des personnes, ainsi il ne serait pas éthiquement fondé de faire reposer sur le seul individu la totale responsabilité de ses comportements. C'est sur cette même base éthique qu'est fondée l'interdiction de certains comportements à risques. Les comportements de santé dépendent du groupe social d'appartenance et du contexte socio-économique.

4.3.2. Inégalités sociales de santé : un gradient dans l'ensemble de la société :

Il existe divers indicateurs, individuels, tels que la catégorie sociale, le revenu, le niveau d'étude, mais aussi collectifs tels que le niveau de pauvreté des quartiers de résidence.

Les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes et elles ont tendance à s'accroître. Il s'y ajoute des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Il existe

donc une « double injustice », portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci. Les inégalités concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé.

En ce qui concerne les populations les plus précaires, il y a cumul des facteurs de risque et des maladies. Les pathologies sont prises en charge à un stade plus avancé que les autres.

En France le débat porte essentiellement sur l'accès aux soins, garanti par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie. De nombreuses études ont mis en évidence d'autres déterminants, extérieurs au système de soins et de santé, définissant une approche intersectorielle de la santé, au-delà des seules compétences du système de soins. Ces déterminants socio-économiques ont été peu pris en compte dans nos politiques sanitaires alors qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé.

4.4. Inégalité et système de soins :

L'absence de barrières à l'accès aux soins, comme c'est le cas dans les régimes assurantiels universels ne suffit pas à garantir l'égalité des soins. La couverture complémentaire est un élément déterminant de l'accès aux soins. Depuis une vingtaine d'année la part laissée à la charge du patient et/ou des complémentaires s'accroît pour atteindre plus de 25% des dépenses avec pour conséquence néfaste le renoncement aux soins pour raisons financières.

En 2010, 16,2 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. C'est le cas de 32,6 % des individus non couverts par une complémentaire. Les bénéficiaires de la CMU Complémentaire sont 20,4 % à renoncer, quand ceux protégés par une couverture privée sont 14,7 %. Les changements dans les tarifs et les remboursements des soins risquent de recréer des barrières financières : augmentation de la part des soins restant à la charge des assurés, généralisation de dépassements d'honoraires non couverts, augmentation du coût de la couverture complémentaire.[49].

Le modèle de soins actuel est décrit comme consumériste. L'accès aux soins est lié « à la rencontre entre une offre de soins abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantielle »[50]. Cela se révèle inadapté face aux inégalités sociales de santé car chacun ne porte pas la même attention à sa santé. Le niveau de connaissance, l'information nécessaire pour prendre en charge sa santé et formuler ses attentes vis-à-vis du système de

soins n'est pas le même pour tous.

Même en l'absence de barrière de coût, les soins préventifs tendent aussi à être utilisés de façon inégalitaire. Deux éléments influent également sur l'accès aux soins : l'organisation des systèmes de santé et, au niveau individuel, un ensemble de normes, de représentations et de processus relationnels.[51]

4.5. Des inégalités contextuelles et territoriales :

Les inégalités territoriales soulignent l'importance des déterminants liés au mode de vie ainsi que des déterminants sociaux et environnementaux. Les relations entre inégalités sociales et territoires sont multiples. Une répartition variable des catégories sociales est constatée à toutes les échelles (régionales, communales ...) en fonction des catégories sociales.

La santé des plus pauvres représente la partie la plus visible des inégalités sociales de santé. Les réduire ne nécessite pas uniquement une politique de lutte contre l'exclusion et la précarité, mais une connaissance des liens entre populations « insérées », en précarisation, en précarité et en exclusion. Le risque de précarité n'est pas le même dans toutes les catégories sociales.

4.6. Inégalités et mortalité « évitable » [51] :

La notion de mortalité évitable est une mesure souvent utilisée du fait de sa disponibilité. Ce terme est à manier avec précaution. Il fait référence à la mortalité évitable par le système de soins et par la prévention médicalisée. Il conviendrait d'être prudent sur son utilisation dans la mesure où il ne prend pas totalement en compte l'ensemble des déterminants socio-économiques.

Trois types de mortalité évitable doivent donc être distingués, selon les déterminants en cause et les objectifs d'intervention :

- la mortalité évitable liée au système de soins ;
- la mortalité évitable liée aux comportements ;
- la mortalité évitable liée aux conditions de vie, incluant le travail, l'habitat, l'accès à l'éducation, les transports, l'environnement, déterminants considérés généralement indépendamment de leurs liens avec la santé.

4.7. Statistiques :

Depuis 1968, la mortalité diminue, mais cette diminution est variable selon les catégories sociales. Les écarts de mortalité ont augmenté pour les hommes âgés de 55 à 64 ans. Pour l'ensemble des classes d'âge et des catégories de diplôme, globalement, les inégalités liées au niveau d'études ont augmenté depuis 1968 pour les hommes comme pour les femmes. Les inégalités de mortalité se sont majorées du fait d'une augmentation des écarts entre les actifs qui ont un emploi rémunéré et ceux qui ne travaillent pas.

Sur les 47 années d'espérance de vie, un cadre supérieur de 35 ans peut espérer en vivre 34 (73%) sans aucune incapacité (difficultés visuelles, auditives, de marche ou gestes de la vie quotidienne). Un ouvrier, lui, vivra en moyenne 24 ans sans incapacité, soit 60% du temps qui lui reste à vivre. Pour les femmes, les écarts d'espérance de vie sont plus réduits, deux ans entre les cadres supérieures dont l'espérance de vie à 35 ans approche 51 ans, et les ouvrières. Mais à 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre, en moyenne, les dernières 22 années de sa vie avec une incapacité contre 16 années pour une femme cadre supérieure. Les différences persistent aux âges élevés et à 60 ans, les problèmes fonctionnels courants concernent 45 % de l'espérance de vie des cadres et 62 % de celle des ouvriers ; alors que pour les problèmes les plus sévères, les chiffres sont respectivement de 9 et 16 %.

[46]

Cela illustre la double injustice, la "double peine", une durée de vie moindre dans de moins bonnes conditions de santé.

4.8. Le cas des plus précaires :

Les situations de précarisation sont désormais considérées comme des trajectoires de vie. Ce sont des processus biographiques, éventuellement transitoires et réversibles, faits d'accumulation de facteurs d'exclusion et de ruptures. Ils sont susceptibles de plonger une personne dans une situation de pauvreté effective.

Les recherches montrent clairement que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles et les dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues, psychotropes), et de faible recours aux soins. Les personnes précaires cumulent aussi les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. Ce constat se retrouve de façon plus marquée pour les populations les plus pauvres et les plus « exclues », par exemple les

personnes sans chez soi ou encore les immigrés en situation irrégulière.

L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées. Au-delà des écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée, les épidémiologistes ont pu objectiver des écarts existants pour l'ensemble de la hiérarchie sociale selon la catégorie socioprofessionnelle, le revenu, la situation familiale, etc. Les inégalités sociales de santé suivent donc une distribution socialement stratifiée au sein de la population. Ce « gradient social » existe aussi tant dans l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention.

4.9. Modélisation des déterminants de santé :

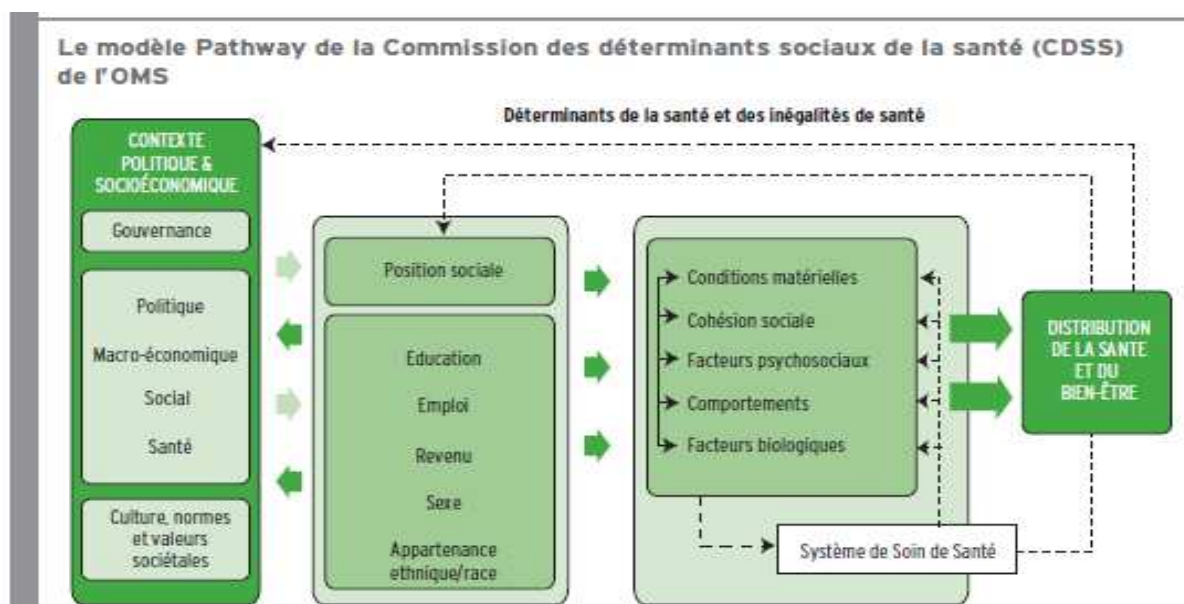


Illustration 3 : Modifié d'après Solar et Irwin, 2007, dans CSDG (2008 sous presse). « Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé ». Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé.[46]

Ce modèle a été élaboré à partir des modèles déjà existants et en prenant en compte les limites de ceux-ci. Il met en avant les causes structurelles fondamentales des inégalités de santé qui influent sur les autres facteurs intermédiaires successifs. Ce modèle est considéré comme le plus abouti actuellement.

5. ENJEUX ET DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES.

5.1 Constats :

Dans son rapport sur l'observance thérapeutique de 2003 [52], l'OMS dresse le constat suivant, en moyenne dans les pays développés les traitements au long cours des maladies chroniques sont suivis à 50% or ces maladies sont responsables de 60% de la mortalité à travers le monde.

Dans le cas du diabète l'étude « CODE-2 study (Cost of Diabetes in Europe – type 2) » montre que seulement 28% des patients obtiennent de bons chiffres glycémiques, pour l'HTA seulement 25% ont des chiffres tensionnels corrects et dans l'asthme les traitements au long court sont suivis à 28%. Or ces pathologies sont génératrices d'importantes dépenses de santé et entraînent des complications d'autant plus graves et précoces que la prise en charge n'est pas optimale. Ces complications réduisent la qualité de vie, et sont elles même génératrices de dépenses de santé évitables.

Les plus pauvres sont les plus atteints, et le fait d'être malade ne leur permet pas d'améliorer leur condition socio-économique. Si ce rapport ne concerne pas spécifiquement la prise en charge des patients les plus défavorisés, il identifie des facteurs propres à ces patients qui sont reconnus comme source de non-observance. La pauvreté, l'illettrisme, le chômage, un niveau d'éducation faible, des conditions de vie instables, des facteurs de stress psychosociaux, les addictions, et la relation au système de soins et aux soignants.

5.2. Des leviers d'action connus :

L'amélioration de l'observance de la prise en charge de ces pathologies est un levier majeur pour améliorer la santé d'une population. Les facteurs permettant l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques peuvent être liés au patient, à sa maladie, au traitement, à la relation médecin/malade et aux caractéristiques du système de soins.

Les facteurs socio-économiques influençant l'observance sont la pauvreté, la précarité sociale, la distance du lieu de soins, le coût du traitement et du transport, le manque d'assistance sociale, l'absence de cadre familial, les croyances ethniques, l'appartenance à une minorité ethnique, l'état de guerre.

Les facteurs personnels influant positivement sont l'âge, une bonne estime de soi, une

croissance en ses capacités d'adaptation. D'un autre côté les stress psycho-sociaux, la dépression, et une consommation excessive d'alcool sont des facteurs diminuant l'observance.

Les facteurs influençant négativement l'observance sont classés par l'OMS comme évitables et non-évitable en recommandant une adaptation au profil de chaque patient. Les facteurs évitables sont une mauvaise compréhension (liée à un faible niveau intellectuel), une non compréhension de l'intérêt de la prise en charge, l'inefficacité du traitement, l'irrégularité du suivi, le coût élevé pour le patient. Les non-évitable sont une maladie mentale grave, la non-acceptation des effets secondaires et la survenue d'effets indésirables graves.

5.3. L'exemple du diabète :

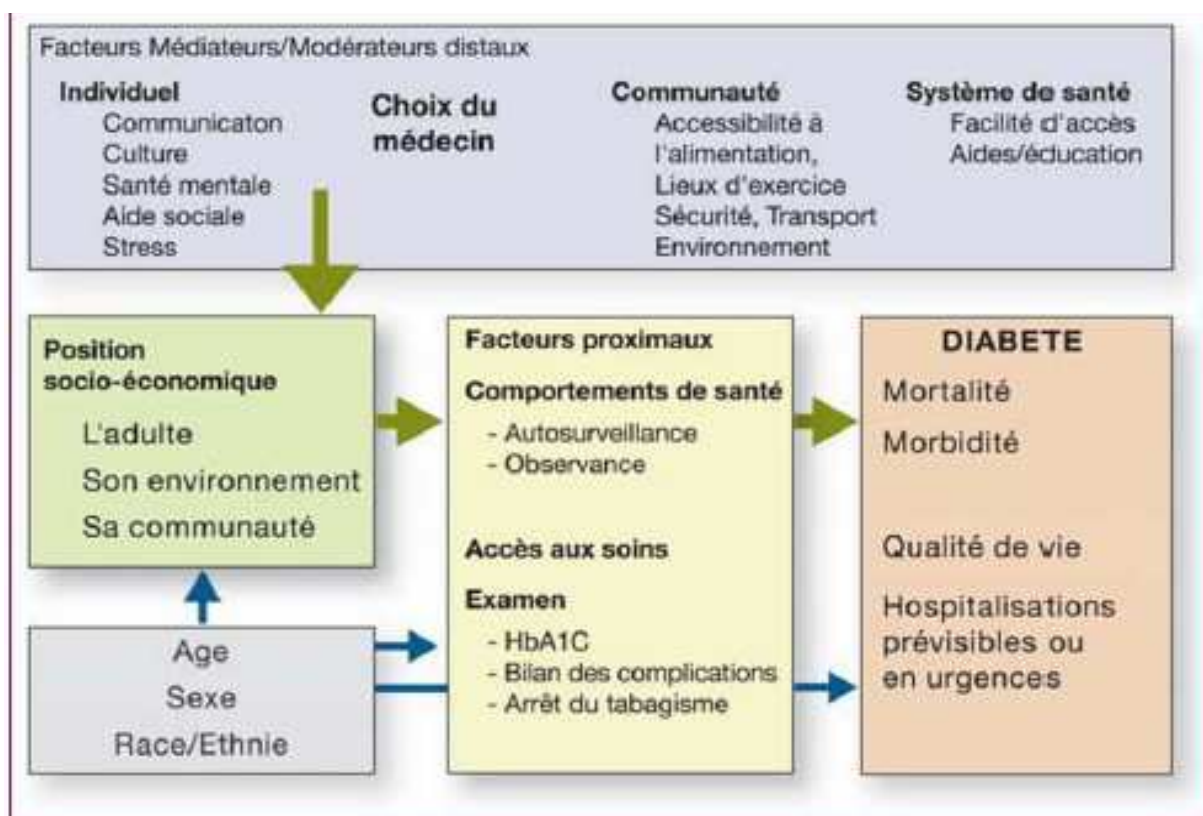


Illustration 4 : Résumé des liens complexes entre le niveau socio-économique du patient et sa capacité à gérer son diabète, et les conséquences possibles en termes de complications ou caractéristiques de la maladie. [54]

Le diabète de type 1 :

40% des adultes réalisent toutes les glycémies recommandées, 92% des jeunes adultes disent ne jamais oublier d'injection d'insuline.

En ce qui concerne les règles diététiques, les résultats sont variables 70% des patients disent ne pas suivre les recommandations selon une étude américaine alors que 70% disent avoir des horaires régulières de repas dans une étude finlandaise.[52]

Le diabète de type 2 :

67% des patients ne suivent pas les recommandations de contrôle glycémiques, 70 à 80% suivent leur traitement oral. 50% suivent les règles diététiques.

Plus le traitement et le régime est complexe moins ils sont susceptibles d'être suivi. L'ancienneté de la maladie influe également sur l'observance. Avec le temps les règles semblent être moins bien suivies.[52]

Une augmentation de la fréquence des complications dans cette population apparaît dans les études européennes. Il y a à la fois une augmentation de la prévalence du diabète dans la population défavorisée (surtout pour celle située entre la population la plus précaire et la moins précaire), et des difficultés de suivi avec comme conséquence un contrôle glycémique moins bon et davantage de complications.

En France, ces résultats sont retrouvés dans l'étude Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes Diabétiques) [55]. 3076 patients diabétiques de type 2, provenant cette étude, ont été comparé à un groupe de 2 606 patients non diabétiques provenant des fichiers de la Sécurité sociale (groupe ESPS : enquête santé protection sociale). Les personnes diabétiques avaient un niveau d'études plus faible, étaient fréquemment sans activité ou retraitées, et bénéficiaient plus souvent de la couverture médicale universelle (CMU), et moins souvent d'une mutuelle complémentaire. Parmi les patients diabétiques, la consultation chez un diabétologue, la pratique annuelle du fond d'œil et le dépistage de la neuropathie sont moins fréquents chez des patients à bas niveau d'étude et bas niveau professionnel. Pour les patients d'origine étrangère, la réalisation d'un fond d'œil était moins souvent rapportée par les patients nés au Maghreb, mais cette association disparaissait après ajustement sur le niveau d'études. [54]

Une étude rétrospective cas-témoins (CMU et non CMU) d'une année réalisée en Auvergne [56], portant sur l'équilibre glycémique de deux populations à travers les données de laboratoires privés et sur leur suivi thérapeutique a montré que le nombre de dosages annuels d'HbA1c était similaire entre les patients CMU et non CMU. La valeur moyenne du dosage d'HbA1c était statistiquement supérieure chez les patients CMU. Au cours d'une année, étaient comparables le nombre de dosages d'HbA1c, la réalisation d'un bilan lipidique, de la créatininémie et d'une consultation cardiologique. Les patients CMU bénéficiaient de moins de recherches de micro-albuminurie, de surveillances ophtalmologiques, de consultations endocrinologiques et de plus de consultations en médecine générale.

Partant du constat que la prévalence observée du diabète et la fréquence des complications chez les personnes en situation de grande précarité étaient importantes, la prise

en charge de cette pathologie a fait l'objet en 2007 de recommandations. Organisé par l'observatoire du samu social de Paris, un jury a repris les problématiques des recommandations émises par la HAS afin de les adapter à ce public.

Les problématiques relevées par les patients étaient le découragement lié à l'arrivée à la rue, les difficultés d'alimentation, les vols (insuline, appareil de mesure), les soins de pied. Le jury a répondu aux questions sur la place des traitements (insuline et ADO), la prévention des hypoglycémies, la place des urgences et la prévention et le suivi du pied diabétique.

5.4. Le dispositif des affections de longue durée :

5.4.1. Fonctionnement du dispositif :

Le dispositif des affections de longue durée a été instauré en 1945, afin de permettre aux assurés souffrant de maladies longues et coûteuses d'être exonérés du ticket modérateur pour les soins liés à la pathologie concernée, indépendamment de leur niveau de revenu. Initialement au titre de quatre maladies (cancer, tuberculose, poliomyélite, maladie mentale), le dispositif en concerne aujourd'hui environ 400, regroupées dans 30 catégories [57].

Dès 1968, s'y ajoutent l'ALD 31 pour les affections « hors liste », mais nécessitant un traitement long (supérieurs à 6 mois) et onéreux, et enfin l'ALD 32 pour les polyopathologies exigeant des soins importants. (la liste des ALD, fixée par l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, a été actualisée par le décret n°2011-77 du 19 janvier 2011 et par le décret n°2011-726 du 24 juin 2011 [58]).

Au 31 décembre 2011, 9,2 millions de personnes du Régime général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD, soit moins d'une personne sur six. Les personnes en ALD représentent 15 % de l'ensemble des assurés du régime général, soit 8,63 millions de personnes.[59]

Les affections cardiovasculaires, les tumeurs malignes, le diabète et les affections psychiatriques sont les plus fréquentes [60]. Les dépenses des personnes en ALD représentent environ 60 % du total des dépenses remboursées par l'Assurance maladie. Ces dépenses augmentent sous les effets combinés du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, mais aussi des nouveaux traitements, de plus en plus onéreux [61]. Malgré leur prise en charge au titre de l'ALD, les personnes bénéficiant de ce dispositif supportent des restes à charge hors dépassements élevés, atteignant en moyenne le double de ceux des assurés sans ALD car elles cumulent souvent les pathologies.

5.4.2. Impact sur le recours aux soins :

Le dispositif des ALD améliore l'accès aux soins ambulatoires des personnes qui en bénéficient et contribue à réduire le niveau d'inégalités constaté dans l'ensemble de la population. Il existe également une forme de complémentarité entre CMU-C et ALD. Néanmoins, les inégalités de recours aux spécialistes, en faveur des plus riches, perdurent tant pour les personnes en ALD que les autres.

La proportion de personnes en ALD augmente avec l'âge et les hommes sont légèrement surreprésentés (52 %). En 2008, l'âge moyen des personnes en ALD est de 62,8 ans alors qu'il est de 35,4 ans pour le reste de la population, et parmi les personnes en ALD 57% sont à la retraite. Les actifs occupés représentent seulement 18 % de la population en ALD, contre 46 % des personnes sans ALD. La part des personnes en ALD est légèrement décroissante en fonction du revenu par unité de consommation, à partir du second quintile de revenus [57].

6. DONNEES DE SANTE :

La morbidité et la mortalité des personnes en grande précarité, des « personnes sans chez soi » sont peu étudiées en France. Le nombre même de personnes concernées n'est pas connu précisément.

Les problèmes de santé les plus cités (VIH, tuberculose et toxicomanie) ne résument pas toute la situation sanitaire. Pour exemple dans les quartiers pauvres des grandes villes américaines on observe une surmortalité par maladie cardio-vasculaire, diabète, pathologies respiratoires... Les pathologies chroniques représentent de plus un enjeu de santé publique car nécessitant un suivi pour éviter la survenue de complications entraînant des hospitalisations évitables.

6.1. La morbidité déclarée :

L'INSEE a mené en 2001 une étude de morbidité déclarée auprès de 3525 personnes sans domicile utilisatrices de services [62]. Les résultats montrent que la santé perçue est globalement moins bonne que pour la population générale, que ce soit pour des problématiques somatiques, psychiques ou fonctionnelles.

Les troubles du sommeil viennent en tête chez un tiers des personnes, avec les états

dépressifs (25%) et les désordres alimentaires importants (9%). Les maladies déclarées sont, par ordre de fréquence, la migraine (20%), les pathologies respiratoires (14%), les pathologies digestives (10%) ou hépato-biliaires (6%), les séquelles d'accident ou de maladie grave (13%), les maladies articulaires et osseuses (10%), l'hypertension artérielle (8%) et les maladies cardiovasculaires (6%), les maladies de la peau (7%). La prévalence observée de ces pathologies croît avec la durée du séjour à la rue.

6.2. Les études épidémiologiques :

Les enquêtes valides, non biaisées et publiées dans la littérature scientifique, traitant spécifiquement de maladies somatiques chroniques chez les précaires sont rares en France, les systèmes d'information de santé n'intégrant pas les données sociales.

La prévalence de la tuberculose respiratoire (analyse des 5336 cas déclarés en 2006) est estimée à 1,8 pour 1000 chez les personnes sans domicile, soit 20 fois la moyenne française [63].

En 2003, la prévalence de l'épilepsie était estimée à 8,1% chez les consultants du Samu social (592), soit 6 à 10 fois celle de la population des pays industrialisés [64].

En 2006, la prévalence du diabète a été estimée à 6,1% des résidents des centres d'hébergement (488) contre 4,9% chez les assurés sociaux, avec des taux de prévalence des complications importants et notamment un risque podologique [65].

Dans l'étude SAMENTA en 2009 [66] réalisée en collaboration avec l'INSERM (840 personnes sans logement interrogées sur leur lieu de vie), près d'un tiers des sans domicile franciliens présentent au moins un trouble psychiatrique sévère : 13% ont des troubles psychotiques (8% de schizophrénie), 12% des troubles anxieux et 7% des troubles de l'humeur sévères. Une personne sur cinq est dépendante à l'alcool et 16% consomment du cannabis tous les jours. Les troubles psychotiques sont 10 fois plus fréquents que dans la population générale, les troubles de l'humeur 4 fois plus et les addictions 3 à 5 fois plus.

6.3. La morbidité médicalisée :

6.3.1. Les rapports de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde [67]:

Chaque année un recensement des pathologies des personnes qui fréquentent les 20

centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de MDM est effectué. Les analyses sont réalisées à partir de l'ensemble des consultations médicales de 2012 soit 41 287 consultations. Le nombre de pathologies par patient est de une dans 83% des cas, de 2 dans 20% des cas et de 3 dans 5% des cas.

Les pathologies les plus fréquentes avec 27,7% des résultats de consultation sont les affections respiratoires, devant les affections digestives (25,3%), ostéo-articulaires (20,4%) et dermatologiques (16,7 %). Les troubles psychologiques et cardio-vasculaires qui se situent, eux, autour de 11%.

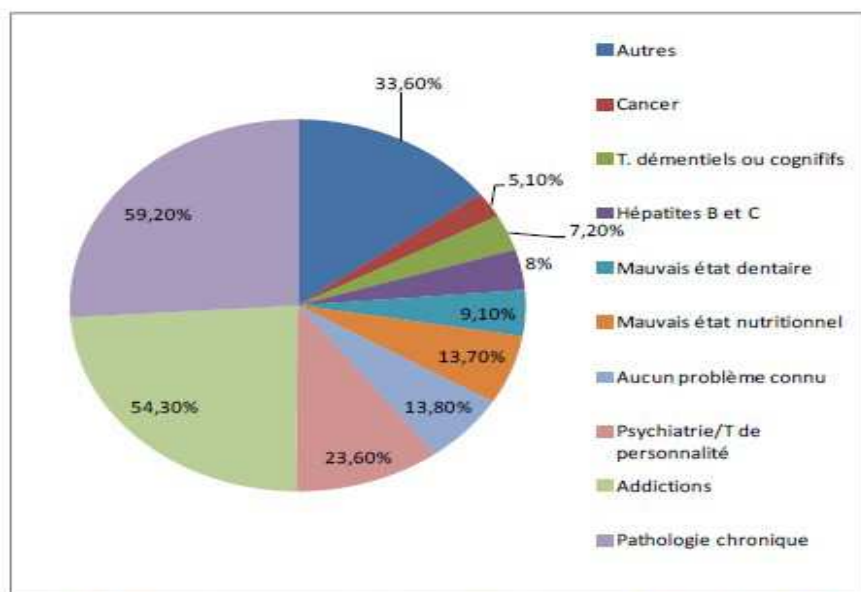
En regroupant les résultats par grandes catégories de diagnostics, les affections respiratoires infectieuses constituent le premier résultat de consultation (14,8%), suivies par les symptômes et plaintes du système digestif (symptômes et plaintes du système digestif : 10,3 % ; et autres diagnostics du système digestif : 7,6 %), l'hypertension artérielle (6,7 %), les troubles anxieux et psychosomatiques (7,2 %), les plaintes ostéo-articulaires (symptômes et plaintes ostéo-articulaires : 6,7% ; autres diagnostics locomoteurs : 5,5 %) et le diabète (4,1 %). 54,9% des patients étaient concernés par une pathologie chronique.

En 2011, pour les infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatites), sur 1700 personnes dépistées, la prévalence du VIH atteint 2,34 %, celle de l'hépatite B 6,75 %, celle du VHC 5,35 %, soit respectivement 11, 10 et 6 fois plus que la moyenne en population générale.

En 2011, le dépistage de la tuberculose auprès des patients des CASO de Saint-Denis et Paris a permis de dépister 10 cas pour 1 888 patients orientés vers une radiographie pulmonaire, soit 0,5 %, alors que le taux de déclaration de cas de tuberculose est estimé à 0,016 % en population générale en Île-de-France en 2010.

Une pathologie psychique ou psychiatrique a été repérée pour 11,1 % des patients reçus en 2012 : angoisse, stress, trouble psychosomatique (7,2%), syndrome dépressif (2,4%), psychose (0,5%) , usage abusif de substances psychoactives (0,5%).

6.3.2. Morbidité observée sur les LHSS en 2012 [2]:



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1^{er} septembre et le 30 novembre 2011.

Illustration 5: répartition des pathologies observées sur les LHSS en 2012 [2]

Les pathologies chroniques citées sont variées : insuffisances cardiaques (6,4% des pathologies déjà connues), insuffisances hépatiques (7,2%), insuffisances respiratoires (9,4%), diabète (7,5% dont 3,6% insulino-dépendant), artérites et HTA (12%), neuropathies périphériques (8,1%), infection à VIH (3,3%) et insuffisance rénale (2,1%). La fréquence de ces affections semble liée à la forte prévalence des pratiques addictives qui touchent près de 54% des patients admis sur les LHSS.

6.3.3. Morbidité et mortalité des personnes en grande précarité dans l'agglomération de Lyon [68]:

Étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes (ORS), elle constitue le volet quantitatif de l'étude sur les « Maladies graves et la fin de vie des personnes en grande précarité », commanditée par la Fondation de France dans le but d'améliorer l'accompagnement de ces personnes. Étude multicentrique parmi 14 structures de soins (PASS, urgences, LHSS, SSR, associations) de septembre 2010 à février 2011 elle a été réalisée en deux temps : un repérage des patients sur données sociales puis un recueil des données sur dossier médical.

6.3.3.1. Maladies considérées comme graves (239 patients) :

Les maladies cardiovasculaires, touchent 33% des personnes.

- les affections cardio-respiratoires : l’hypertension artérielle, puis les cardiopathies et les artériopathies
- les affections neurologiques (15%), avec en premier l’épilepsie, les neuropathies périphériques, mais aussi des maladies neurodégénératives (sclérose en plaque, maladie de Parkinson...)
- les infections graves (15%), aiguës (pneumopathies, ostéites...), ou chroniques (hépatites, tuberculose, VIH)
- les affections respiratoires (13%), les maladies obstructives chroniques et l’insuffisance respiratoire, mais aussi l’asthme
- le diabète (11%)
- les cancers (11%)
- les maladies mentales, le diagnostic le plus fréquent est l’usage abusif de produits psycho-actifs (36%), qui concerne d’abord l’alcool, loin devant les opiacés. Les syndromes anxio-dépressifs graves viennent ensuite (19%). Les troubles graves de la personnalité concernent 15% des personnes, les troubles psychotiques touchent à eux seuls 11% de la population.

6.3.3.2. Maladies considérées comme non graves (206 patients) :

Les infections (érysipèle dans la moitié des cas, mais aussi syndrome grippal, infections des voies aériennes supérieures, gastro-entérite aiguë...) touchent 10% des personnes. Les problèmes locomoteurs (douleurs et arthrose) en touchent 8%. Les maux de tête sont également fréquents (5%), ainsi que les problèmes gastriques (5%) à type de gastrite ou d’ulcère.

En ce qui concerne les diagnostics psychiatriques non graves, on retrouve surtout les troubles anxieux et dépressifs (respectivement 10% et 12%). Les troubles de l’humeur ou du comportement touchent 7% des personnes.

Les populations les plus précaires (Q5 du score EPICES) sont associées à un profil de santé plutôt dégradé, ayant les caractéristiques suivantes [69]:

- mauvais état dentaire, avec un nombre élevé de caries non traitées ou de dents

extraites.

- signes de maigreur, d'anémie, ou inversement d'obésité avec un indice de masse corporel >30 et un rapport taille/hanche élevé.
- hypertension artérielle, présence d'un déficit auditif ou d'un déficit visuel.
- prise de médicaments (hypoglycémifiants, antalgiques ou psychotropes).
- glycémie élevée.
- taux de cholestérol et triglycérides normaux.
- marqueurs biologiques de consommation d'alcool (GGT et VGM élevés)

6.4. La mortalité [1]:

Le fait de ne pas avoir de domicile est à lui seul un facteur de risque de mortalité indépendamment de tout autre facteur social. L'âge de décès moyen est 30 à 35 ans plus précoce que dans la population générale, soit aux États-Unis un âge de décès moyen entre 40 et 47ans, et un taux de mortalité 4 fois plus élevé.

En France aucune étude ou analyse épidémiologique ou démographique rigoureuse n'a été conduite, les statistiques de mortalité ne différenciant pas les SDF des « inactifs ». Actuellement, il faut croiser différentes sources (administratives et associatives) pour arriver à un chiffre imparfait. Le nombre de décès de personnes sans-abri est estimé à plusieurs centaines par an, sans que l'on puisse détailler plus précisément ce chiffre.

6.4.1. Les données françaises :

Sources associatives	Sources institutionnelles	Sources scientifiques
Le collectif « Les morts de la rue »	Base PMSI des hôpitaux	Le CépiDc (Inserm)
L'association « Goutte de vies »	IML de Paris	2 Thèses de médecine
Samu Social de Paris	Remontée hivernale de décès de sans abri dans l'espace public (COGIC/DGCS)	Equipe mobile (AP-HM)

Illustration 7 : sources des données de mortalité françaises [70]

Créé en 2002, le collectif Les Morts dans la Rue, regroupant une quarantaine d'associations, a recensé 390 décès en 2012. [71]

A Marseille, en 2009, l'analyse de 44 décès de personnes sans chez soi par Médecin du Monde et l'AP-HM montre une moyenne d'âge au décès de 56 ans pour les hommes et 41

ans pour les femmes. Les motifs d'hospitalisation (pour les décès ayant lieu à l'hôpital) et les causes de décès (pour les dossiers de la morgue) sont les suivants : Pathologies digestives (20,5%), pathologies pulmonaires (15,9%), suicides (15,9%), pathologies psychiatriques (9,1%), pathologies ORL (9,1%), pathologies cardiaques (4,5%), pathologies infectieuses (2,7%), cause inconnue (13,6%), morts naturelles (9,1%).[72]

A Toulouse le collectif des morts de la rue « Goutte de vies » créé en 2008 a recensé de janvier 2002 à avril 2010, 103 décès (94 hommes et 9 femmes) avec un âge moyen de décès de 47ans. Les causes recensées sont 45 morts subites, 31 longues maladies, 8 suicides, 5 overdoses et 14 causes inconnues. [73]

L'institut de médecine légale de Paris a recensé 74 corps, dont 72 hommes (soit 97%). 44 décès ont eu lieu sur la commune de Paris (59,5%) et 30 dans les départements de banlieue parisienne. La répartition par tranches d'âge au décès est la suivante : 42% des personnes avaient moins de 40 ans, 25,6% de 40 à 50 ans et 32,4% plus de 50 ans. En termes de causes de décès, plus de la moitié (38 décès) ont été classés comme conséquences de la consommation d'alcool et de drogues. 17 autres décès sont la conséquence d'une maladie/accident cardio-vasculaire (23%) et 13 autres morts violentes (chutes, noyades et accidents de métro).[73]

6.4.1.1. Le CépiDc :

Les libellés écrits par les médecins sur les certificats de décès permettant l'identification d'une personne sans-abri sont : « Sans domicile fixe », « SDF », « Clochard », « Clochardisation », « Vagabond »...

Les codeurs de l'INSERM utilisent le code Z59.0 de la CIM-10 parmi les différents codes traduisant une défavorisation sociale. Cependant, le médecin réalisant le certificat de décès n'a aucune obligation, ni aucune consigne pour noter ce type d'information, ce qui entraîne une importante sous estimation du nombre de décès de personnes sans-abri dans les données du CépiDc.

L'âge moyen de décès est 51ans, avec 94% d'hommes, des troubles mentaux et du comportement 26,7%, des causes externes de morbidité et de mortalité 25,6%, des maladies de l'appareil circulatoire 8,9%, des maladies de l'appareil digestif 6,7%, des maladies de l'appareil respiratoire 5,6%, des tumeurs 5,6%, des maladies infectieuses 2,2% et des motifs autres à hauteur de 18,8%. [70]

6.4.1.2. L'étude de la mortalité sur l'agglomération lyonnaise [68]:

L'enquête de mortalité est une enquête exhaustive sur l'année 2010. Elle a été réalisée auprès de l'Institut médico-légal, des hôpitaux, des Pompes funèbres intercommunales et des collectifs « Morts sans toi(t) » et « Les morts de la rue » qui recensent les décès des personnes précaires.

L'enquête relève 57 décès avec une moyenne d'âge de 50 ans avec 48 hommes pour 9 femmes. Dans 63 % des cas le lieu de décès était l'hôpital. 39% des décès étaient imputables à une maladie cardiovasculaire, 30% à des pathologies tumorales malignes, 19% à des causes infectieuses et 32% de décès à une cause externe (climat, traumatisme, intoxication). On note 54% d'addiction chez ces personnes. L'année précédant le décès une moyenne de 5,5 passages hospitaliers par patient a été observée.

6.4.2. Les études étrangères :

Les données internationales concernant la mortalité des sans abri sont peu nombreuses. La première étude menée l'a été en Suède entre 1969 et 1971 [74]. Elle décrit une mortalité quatre fois supérieure à la population générale (12 fois plus souvent accidentelle et 7 fois plus souvent par pathologie respiratoire ou digestive).

L'étude danoise de Nordentoft [75] est plus récente (publiée en 2003) et basée sur une méthodologie assez similaire, avec toutefois un croisement des données plus fiables lié à l'attribution d'un numéro d'identification à chaque résident Danois.

A Glasgow, l'étude de Morrison (2009) [76] cherche à décrire la mortalité dans une cohorte d'adultes sans-domicile et à la comparer à une cohorte en population générale (appariement par âge et sexe). Il s'agit d'une étude rétrospective (5 années d'observation). Sur 5 ans, 1,7% de la cohorte population générale est décédée et 7,2% des sans-domicile.

Ce sont les Etats-Unis qui ont produit le plus d'études et rapports sur le sujet des décès des sans-abri avec deux grands types de travaux sur le thème de la mortalité des sans-abri :

- Les rapports annuels des services administratifs de certaines grandes villes américaines qui rapportent le nombre de décès et en décrivent les grandes caractéristiques
- Les articles scientifiques qui étudient plus spécifiquement les taux de mortalité et les facteurs prédictifs de surmortalité.

La loi y définit une personne sans-abri comme toute personne qui, au moment de sa mort, n'a pas une adresse résidentielle connue au sein de laquelle il ait pu résider.

7. RECOURS AUX SOINS ET PRECARITE :

7.1. Définitions :

Le recours aux soins s'entend comme la faculté à trouver des réponses aux besoins de santé, à obtenir un diagnostic et un traitement adapté auprès de professionnels de santé. Il est nécessaire de distinguer le recours aux soins de l'accès aux soins.

L'accès aux soins correspond au niveau administratif à l'activation des droits liés à la couverture médico-sociale.

Le recours aux soins renvoie à la notion de besoin physique de soins et dépend en partie de la faculté de la personne à percevoir son état de santé et à formuler ou non une demande sanitaire. [77]

« [Les] études montrent ainsi que, en plus d'un risque plus important d'avoir des problèmes de santé de tous ordres, les ressources et les conditions de vie des personnes en situation de précarité exposent aussi à des plus grandes difficultés à repérer et à faire face à ces problèmes, pour récupérer ou pour s'adapter à leurs conséquences directes. » [78]

En fonction de leurs conditions de vie, de leurs expériences antérieures (personnelles ou familiales), de la maladie, de leur insertion sociale, les personnes ne portent pas la même attention à leur santé, ne possèdent pas le même niveau de connaissance et d'information (sur les maladies, les comportements à risque pour la santé, l'organisation du système de soins) pour prendre en charge leur santé, n'utilisent pas l'offre de soins de la même façon et n'ont pas les mêmes relations avec les professionnels de santé.

En tant que rapport à une institution centrale de notre société (la médecine et ses différentes institutions de soins), les recours aux soins mobilisent un vaste ensemble de dimensions qui renvoient à des normes, des représentations, des processus identitaires et relationnels et au rapport à la société dans son ensemble.

7.2. Caractéristiques du recours aux soins :

D'une manière générale, la fréquence des hospitalisations est plus importante car le recours aux soins est plus tardif et les pathologies plus évoluées. De plus la prise en charge

des patients dont les conditions de vie ne sont pas compatibles avec des soins efficaces entraîne, des hospitalisations généralement plus longues que pour la population générale.

7.2.1. Le rapport à sa propre santé :

Chez les personnes en situation de précarité la santé ne fait pas toujours partie des priorités. Comme le souligne MDM dans son rapport, « la santé n'est pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver. Souvent, les personnes sont amenées à consulter lorsque la douleur est intense ou que le problème de santé devient handicapant ». [67]

D'autres préoccupations viennent avant la santé : les moyens de survie, l'incertitude concernant les ressources, le logement, les relations avec les proches, etc. Ceci explique en partie la fréquence des attitudes de prise de risque, les rapports particuliers des personnes précaires au système de soins et un recours tardif aux soins. Le motif financier joue aussi un rôle très important dans le délai pour se soigner et dans le suivi approximatif des prescriptions.

7.2.2. Le rapport aux institutions :

Se soigner nécessite d'y être disposé moralement et bien souvent les soins passent au second plan d'autant plus que la personne est isolée et ne bénéficie pas de soutiens sociaux.

Le recours aux soins nécessite également une acceptation de l'aide dont bénéficient les plus précaires, l'assistance. Isabelle Parizot dans « soigner les exclus » [5] trace un parallèle entre la typologie des expériences vécues en centre de soins gratuits et les recherches de Serge Paugam sur les « assistés » [79].

7.2.2.1. Les premiers recours, la fréquentation ponctuelle :

Caractérisée par une utilisation ponctuelle et restreinte des services, elle se fait généralement de façon contrainte (pas d'autre possibilité) pour une demande médicale précise. Ce recours peut être vécu comme une humiliation, une stigmatisation, car les dispositifs sont établis pour les personnes en difficulté. Cette situation concerne les personnes faisant face à un déclassement social récent pour lesquels cette demande de soins concrétise une dégradation statutaire et entraîne une baisse de l'estime de soi. Pour d'autres il s'agit d'un

moyen gratuit non dévalorisant qu'ils utilisent avec pragmatisme, lorsqu'ils considèrent leur situation temporaire, réversible.

7.2.2.2. La fréquentation régulière :

Elle se met en place lorsque les normes et les modes de fonctionnement sont acceptés. Cela permet l'installation dans une prise en charge régulière. La prise en charge médicale permet une reconnaissance sociale de la sensation d'être malade (ce qui peut néanmoins être mal vécu dans le cas de maladies stigmatisantes). Peu à peu les usagers et les membres du personnel développent des relations de confiance et la part relationnelle devient elle aussi importante.

Plus rarement cela entraîne la revendication de la prise en charge, le recours aux soins est rationalisé sur un mode conflictuel, les attentes marquées, aucune erreur n'est tolérée, ce qui entraîne une prise en charge de moins bonne qualité en entravant les relations d'empathie. Il y a désaccord sur la nature et la signification de l'aide.

7.2.2.3. La fréquentation instable :

Ces personnes sont caractérisées par un refus ou une incapacité à respecter les contraintes liées à une prise en charge au long terme. Souvent l'ancienneté et la nature de leurs problématiques empêchent une stabilisation de leur rapport aux institutions. L'attention à la santé dépend de la présence de symptômes graves. La demande doit être satisfaite de façon immédiate, le découragement est rapide. Ces patients correspondent aux marginaux décrits par S. Paugam, aux infra-assistables de J. Verdes-Leroux. Ces patients trouvent un équilibre dans la marginalité et au travers de ce type de fréquentations, ils continuent de vivre à leur façon.

L'acceptation de la marginalité est une adaptation individuelle à l'échec social et à la stigmatisation, l'utilisation des services se fait de manière pragmatique de façon ponctuelle en refusant toute assistance en contradiction avec leur mode de vie. Cependant la souplesse des conditions d'admission et de la prise en charge ainsi que la régularité des relations avec le personnel peuvent permettre une relative stabilisation. Tout cela rend compte d'un processus dynamique dans lequel le recours ponctuel aux soins s'étend progressivement aux droits sociaux puis à l'accompagnement social.

7.2.3. Le coût des soins :

Les obstacles financiers à l'accès aux soins persistent pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. Mais ce sont surtout des personnes étrangères vivant en France depuis moins de trois mois qui sont exclues du système de soins. La fraction la plus marginalisée reste constituée des personnes sans-abri avec environ 45 ans d'espérance de vie. La médecine de ville, les urgences et PASS hospitalières ne semblent pas pouvoir prendre en charge adéquatement et durablement les nouvelles formes de précarité sociale et leur composante relationnelle.

L'augmentation du reste à charge ainsi que le seuil de la CMU-c excluent des personnes qui sont pourtant sous le seuil de pauvreté. La création 2004 de l'aide à l'acquisition d'un complémentaire santé [16] pour les personnes dont les ressources n'excèdent pas 35% du plafond de la CMU-c (en pratique 75 % de non recours) permet d'atténuer cette problématique.

7.2.4. Le rapport aux soignants, appréhension et méfiance à l'égard des médecins :

Dans un univers symbolique médical [5], la prise en charge des pauvres n'est a priori pas distinguée de celle des autres malades, soigner les exclus fait partie intégrante de la mission médicale. Les patients intériorisent progressivement les normes de la structure de prise en charge.

Le retard à consulter peut s'expliquer du fait des attitudes des soignants eux-mêmes. Or ce facteur ne fait jamais l'objet d'études ou d'enquêtes sérieuses en France (au-delà de témoignages multiples compilés par des acteurs associatifs) alors que notre pays est très attaché à l'équité en matière de soins. Il s'agit à proprement parler d'une réalité qu'on ne veut pas voir contrairement à la situation qui prévaut dans d'autres pays dans lesquels il a été bien décrit que ces attitudes péjoratives des soignants contribuaient à éloigner les personnes du système de soins.

7.2.5. Le recours aux soins dans les CES, l'enquête precalog [80]:

Enquête « Logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité » réalisée de 1999 à 2000 dans les 80 centres d'examen de santé gratuit par l'IRDES, afin

d'évaluer l'état de santé des consultants et d'analyser leur recours aux soins. 590 personnes ont répondu à un questionnaire les concernant. Chaque médecin participant a inclus les trois premiers patients vus un jour donné. Le volet social du questionnaire a été rempli par le personnel d'accueil, puis le volet médical par le médecin.

Parallèlement, des entretiens qualitatifs ont été menés auprès de 24 personnes venues dans des centres de soins gratuits. Ils ont pour objet de recueillir des récits des trajectoires afin de mettre en relation des événements de vie avec la perception de la santé et les modes de recours aux soins, ceci pour mieux en comprendre la genèse et les spécificités.

Caractérisation des logiques de recours aux soins observées chez les consultants de centres de soins gratuits					
	Logique d'adhésion aux soins médicaux		Logique de résistance à la démarche de soins		Logique de refus de soins
	Recours aux soins sans grande difficulté financière (34%)	Faible renoncement aux soins en dépit de contraintes financières (13%)	Difficultés à initier une démarche de soins (24%)	Difficultés à suivre une prescription médicale (8%)	Fort renoncement au recours et au suivi médical (21%)
Médicalisation d'une douleur ou de symptômes récents	Recours direct		Recours différé	Recours direct ou différé	Non-recours
Observance des dernières prescriptions (médicaments, examens complémentaires)	Observance complète		Observance complète	Observance partielle	Non-observance ou observance très partielle
Renoncement déclaré à des soins pour raisons financières	Pas d'entrave financière	Déclaration de renoncements aux soins, notamment bucco-dentaires	Entrave financière déclarée	Pas d'entrave financière déclarée	Fort entrave financière déclarée
Source : IRDES, Enquête Précalog 1999-2000 Note de lecture : La répartition entre les différentes logiques de recours aux soins est relative au sous-échantillon que nous avons pu observer. Elle n'est donc pas représentative de la diversité des comportements de l'ensemble de la population précaire.					

Illustration 8 [80]

Exemple des épisodes douloureux :

Dans l'enquête precalog, sur les 55% de personnes ayant eu un épisode douloureux dans les 12 derniers mois 40% n'ont pas consulté et parmi celles-ci 17% se sont auto-médiquées. Une personne sur deux « gère » de manière pragmatique les troubles, la réussite en la matière est très inégale et reflète la précarité de leurs ressources. Les autres personnes sont submergées par leur éventuelle maladie et par l'angoisse qu'elle génère. Une méconnaissance, un éloignement du système de soins et une incapacité à maîtriser des troubles psychosomatiques durables (asthme, attaque de panique, psoriasis), associés à des sentiments de culpabilité, dévalorisation et abattement [86], peuvent entraîner un déni de

l'utilité d'un recours médical.

Les différentes logiques d'adhésion aux soins décrites :

Facteurs significatifs* jouant sur la probabilité d'adopter telle ou telle logique de recours aux soins (odds-ratios**)			
Facteurs significatifs	Logique d'adhésion	Logique de résistance	Logique de refus
31 ans et plus versus moins de 30 ans	1,81	n.s.	0,38
Aucune protection sociale versus protection sociale	n.s.	n.s.	1,65
Sans papier versus situation administrative régulière	n.s.	n.s.	0,61
Sans emploi ou travail au noir versus emploi stable	0,43	n.s.	2,63
Grande précarité économique versus ressources régulières	n.s.	1,75	n.s.
Problèmes déclarés dans l'enfance versus pas de problème	n.s.	n.s.	2,9
Pas d'appréhension à l'égard du médecin versus appréhension	n.s.	2,97	0,35
État de santé estimé mauvais ou moyen par l'individu versus bon	1,28	n.s.	n.s.
Fumeur versus non fumeur	0,8	1,59	0,78
R2	0,13	0,15	0,26

Illustration 9 [80]

- Logiques d'adhésion aux soins médicaux :

Elles concernent la moitié des patients, le respect des prescriptions est scrupuleux. L'attention portée à la santé est forte.

- Logiques de résistance à la démarche de soins médicaux :

Un tiers des personnes ont des attitudes ambivalentes à l'égard du recours et du suivi médical. Les consultations médicales et l'observance des prescriptions en cas de problèmes de santé ne sont pas rejetées, mais elles ne relèvent pas non plus de comportements automatiques. Ces logiques impliquent pour les individus :

- des difficultés à initier une démarche de prise en charge médicale lorsqu'ils ressentent des troubles physiques ou psychologiques ; soit qu'ils la diffèrent, soit qu'ils la modulent selon l'intensité ou la localisation de la douleur. Ils expriment une forte propension à voiler ou relativiser les problèmes ressentis, quitte à les soulager temporairement en se soignant eux-mêmes, et à repousser les consultations jusqu'au moment où « la douleur

devient trop intense ». De telles attitudes s'apparentent à des logiques de report des soins : un recours médicalisé n'est envisagé qu'en seconde intention en cas d'aggravation des troubles.

- des difficultés à suivre une prescription médicale. Lorsqu'ils se déplacent chez le médecin, c'est davantage pour obtenir un diagnostic ou se rassurer. Ils adopteraient ainsi des logiques de recours ponctuel où la consultation serait davantage perçue comme une source d'informations et de conseils plutôt que comme un engagement réel dans une démarche de traitement médical de fond.

- Logiques de refus des soins médicaux :

Un patient sur cinq adopte un recours minimaliste aux structures de soins. Les consultations médicales et l'observance des prescriptions éventuelles ne constituent plus que des démarches très marginales. Même lors d'un épisode douloureux jugé difficile à supporter, dans plus d'un cas sur deux ces individus décident de ne pas consulter et lorsqu'ils le font, les prescriptions sont partiellement ou pas respectées. La majorité d'entre eux déclarent par ailleurs avoir dû renoncer pour des raisons financières, au cours de l'année, à des soins jugés nécessaires.

Les comportements de cette population se réfèrent à une « logique de refus des soins ou de renoncement ». Cette logique correspond fréquemment à des sentiments de dévalorisation et de stigmatisation à l'égard de leur mode de vie ainsi qu'au refus d'une intrusion extérieure dans leur souffrance (rapport de méfiance ou de défiance à l'égard des structures médico-sociales). La dégradation des conditions de vie restreint la marge de manœuvre face à l'apparition d'un problème de santé.

L'enquête dans les centres d'examen de santé observe également que leurs consultants sans domicile fixe ont 5 fois (pour les hommes) à 9 fois (pour les femmes) plus de risque de ne pas avoir consulté de médecin ou de dentiste au cours des 2 dernières années que le groupe des consultants « non précaires ».

7.2.6. Le recours aux soins observé dans les CASO [67] :

Dans son rapport annuel médecin du monde met en évidence les 3 principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins :

- la méconnaissance des droits et des structures délivrant les soins
- les difficultés administrative
- la barrière linguistique.

Un tiers des patients sont pénalisés par le critère de présence sur le territoire français supérieur à 3 mois. Un quart n'ont pas de domiciliation et 56% des étrangers limitent leurs déplacements de peur d'être arrêtés.

En 2012, 85,8% des personnes accueillies dans les CASO pourraient théoriquement avoir un accès aux soins mais seulement 14,2% ont des droits en pratique.

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Méconnaissance des droits et des structures	30,5	5 128
Difficultés administratives	20,7	3 487
Barrière linguistique	20,6	3 477
Aucun droit possible ¹	19,5	3 281
Pas de preuves de présence en France depuis 3 mois	13,6	2 282
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	7,5	1 267
Complémentaire trop chère (ou difficultés avance frais, paiement des franchises...)	7,3	1 232
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	2,1	361
Droits ouverts dans un autre pays européen	2,0	336
Mauvaise expérience dans le système de soins	1,4	230
Refus de renouvellement des droits	1,1	180
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e) dans les lieux de soins	1,0	166
AME trop chère (pas les moyens d'acquitter le droit d'entrée)	0,5	85
Autre raison exprimée	4,2	712

Taux de réponses : 71,2 %.
¹ En France depuis moins de 3 mois ou visa touriste ou plafond dépassé.

Illustration 10 : principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins sur les CASO en 2011, [67]

Les comportements en lien avec la santé dépendent, chez les personnes sans chez soi comme dans la population générale, des réseaux de sociabilité actuels et passés, des normes de santé intégrées (avant et depuis la perte d'un chez soi), des expériences passées ou actuelles de la maladie (de soi-même ou d'un proche) que ces expériences soient d'ailleurs antérieures à la perte d'un logement stable, déclenchant cette perte, ou vécues ensuite à la rue. [1]

8. LES REPONSES EXISTANTES :

8.1. Les Unités d'Hébergement d'Urgence (UHU) [1]:

De taille et d'organisation différentes, elles permettent un accueil collectif pour la nuit, une mise à l'abri momentanée et relative (insécurité ressentie, du fait de vols et de violences).

Ces établissements sont organisés par le 115 (numéro national). Les bénéficiaires arrivent le soir et repartent au matin ce qui ne permet pas d'organiser un projet pour sortir de la rue.

Vouées à l'urgence, elle deviennent également utilisées par les préfetures lors des expulsions de logement comme solution de relogement (la loi stipulant qu'il faut proposer une solution d'hébergement en cas d'expulsion).

Ces structures sont considérés comme susceptibles de favoriser le maintien à la rue. La Loi DALO du 5 mars 2007 [44] a entraîné une redéfinition générale de l'urgence sociale et a rendu plus visible les missions des différents établissements. Elle stipule que « toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée ».

8.2. Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale :

Ils ont pour mission d'assurer « l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale » [12]

Ils permettent l'accueil sans critère d'urgence limité dans le temps des personnes à la rue avec un objectif de réinsertion basé sur l'emploi. Les objectifs de réinsertion étant élevés, les personnes les plus vulnérables y sont peu accueillies. Les CHRS de stabilisation basés sur la réinsertion par le logement sont plus ouverts, mais souffrent du manque de logement sociaux d'aval.

Les plus vulnérables et fragiles avec souvent des problématiques de santé associées, et des difficultés de respect des règles des établissements, sont donc rarement accueillis dans ces structures.

8.3. Les Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile [1]:

Les missions des CADA sont fixées par la Circulaire MES/DPM n° 2000-170 du 29 mars 2000 [82]. Ils sont « conçus pour les demandeurs d'asile primo-arrivants n'ayant aucune possibilité de logement et sans ressources suffisantes, afin de leur offrir une prise en charge pendant la procédure OFPRA. Les CADA ne s'adressent donc pas aux étrangers qui ont été déboutés de tous les recours. Les missions des CADA consistent en : l'accueil et l'hébergement des demandeurs d'asile ; l'accompagnement administratif social et médical ; la scolarisation des enfants ; et la gestion de la sortie du centre (pour les déboutés en particulier).

Les demandeurs d'asile sont logés soit dans des locaux collectifs ou des unités de vie, soit dans des appartements indépendants mis à leur disposition par le CADA.

Il est inscrit dans la loi que toute personne étrangère admise à séjourner en France plus de trois mois doit passer une visite médicale, comprenant notamment un examen clinique, une radiographie des poumons (pour repérer la tuberculose) et un contrôle vaccinal.

8.4. Les Appartements de Coordination Thérapeutique [1]:

Existants depuis 1995, ils étaient à l'origine destinés à la prise en charge des patients précaires atteints du VIH et ceux en fin de vie. Par la suite orientés vers l'accompagnement médico-social, ils ont été récemment ouvert à toutes les pathologies chroniques. Les ACT sont devenus des institutions médico-sociales financées par l'Assurance Maladie depuis les lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002 [83]. Le projet étant à la fois une réinsertion comme l'est celui des CHRS mais avec une dimension sanitaire. Ils sont cependant peu ouvert aux personnes sans chez soi pour le moment et la sélection nécessite un projet avec une démarche active du patient.

8.5. Les maisons relais :

La circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais définit la maison relais comme une solution d'hébergement pour des personnes ayant connu la rue, généralement fortement désocialisées et dont « la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire ».

Mise en place en 1997, elles sont un habitat communautaire de petite taille destiné à l'accueil des personnes ayant peu de ressources, isolées dont la situation sociale et psychologique n'est pas compatible avec l'accès à un logement autonome ou une place en CHRS. Le but est de stabiliser les personnes dans un habitat communautaire de petite taille.

8.6. Les PASS :

La loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 [12] modifie le Code de Santé Publique en précisant notamment que le service public hospitalier doit participer à « la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes

en ce domaine ». Les établissements de santé publics ou privés mettent en place des Permanences d'accès aux soins de santé « adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ». Des PASS mobiles complémentaires aux PASS « fixes » installées au sein des établissements afin d'aller à la rencontre des personnes très marginalisées (et incapables d'entreprendre d'elles mêmes une démarche de soins) ou très isolées géographiquement ont également été mise en place.

8.7. Les LHSS :

Comme vu en introduction, le dispositif a été créé en 2005, suite à l'expérimentation des lits infirmiers initiée en 1993 par le Samu Social de Paris, où intervenait l'association Médecins du Monde. Il s'agissait d'accueillir des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessitait un temps de repos ou de convalescence ne justifiant pas d'une hospitalisation.

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 a souhaité donner un statut juridique à ce dispositif. Les Lits Haltes Soins Santé ont ainsi été créés par la Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005[85] relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006. Deux décrets et la circulaire N°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 [86] ont par la suite précisé les modalités d'organisation et de financement du dispositif.

Le dispositif est encadré par un cahier des charges :

- Aucune situation administrative donnée n'est requise pour accéder au dispositif LHSS.
- Les personnes accueillies en LHSS bénéficient d'un hébergement, de soins médicaux et paramédicaux, d'un suivi thérapeutique, d'un accompagnement social, de prestations d'animation et d'éducation sanitaire.
- Les lits peuvent être regroupés en un lieu spécifique ou non.
- Les lits ne sont pas dédiés à une pathologie donnée.
- Lorsqu'ils sont regroupés sur un site unique, les lits haltes soins santé doivent être mixtes et accueillir tout type de public. Intégrés dans un dispositif sanitaire, médico-social ou social, les conditions de l'accueil du dispositif s'appliquent aux LHSS. Le cas échéant, un mode d'accueil du conjoint ou des enfants, voire d'animaux doit être prévu.

Les LHSS sont financés par l'ONDAM médico-social spécifique à hauteur de

102€/jour/lit en 2011, que le lit soit occupé ou non, contre 90€ au moment de la création du dispositif en 2005.

Ils ont été créés pour permettre d'éviter renoncements aux soins, hospitalisations itératives et refus de prise en charge pour un public atteints de pathologies de plus en plus lourdes et nombreuse. Les LHSS assurent parfois le rôle de Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) ou d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) selon le rapport Girard sur la santé des sans chez soi [1] et ne répondent plus à leur objectif initial : donner une réponse sanitaire à des pathologies qui seraient traitées à domicile si la personne disposait de ce chez soi.

8.8. Les LAM [87] :

Les lits d'accueil médicalisé ont été créés à partir du constat que 35 à 40 % des lits (LHSS) sont occupés de façon chronique par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies chroniques de pronostic sombre (Korsakoff, Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancer évolué...) qu'aucune structure ne prend en charge parce que trop jeune et/ou trop désocialisée pour les MAS, les FAM, les EHPAD, et les CSSR.

En l'absence de domicile et de possibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, les LAM expérimentaux permettent aux personnes atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adapté. Ils constituent une modalité de prise en charge globale appropriée, en un lieu spécifique, quelle que soit la situation administrative des personnes. Cette expérimentation articule une dimension sociale, une dimension de soins et de prévention.

Toute personne majeure (hommes et femmes), sans domicile fixe, nécessitant une prise en charge médicale et sociale adaptée sans limitation de durée est accueillie.

En fonction des besoins, des soins plus spécialisés seront dispensés. Des psychologues, kinésithérapeutes, sages-femmes, ergothérapeutes, des auxiliaires de vie sociale et des aides médico-psychologiques participent à la prise en charge de la personne.

D'après la première évaluation en cours, la population accueillie y est plus âgée que sur les LHSS, 53 ans contre 47 ans pour les LHSS. Les LAM sont définis comme des lieux de soins et d'accompagnement social, mais aussi comme des lieux de vie, avec des espaces de convivialité (repas pris en commun, activités), droit de visite et, dans la mesure du possible, accueil des animaux.

8.9. Les EMPP :

Créées à partir de 1995, elles ont pris leur véritable essor à partir de 2005, avec la définition de leurs missions dans la circulaire du 23 novembre 2005 et leurs financements ciblés intégrés dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. La Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 [88] définit un champ d'actions très large pour ces équipes.

Toutes les personnes en situation de précarité ou d'exclusion constituent la population cible de ces EMPP. A priori, les missions des EMPP ne s'adressent pas seulement aux personnes SDF. La circulaire précise en outre que le travail de ces équipes se concentre sur les personnes ayant des pathologies psychiatriques, et les personnes en situation de souffrance psychique. Enfin les EMPP doivent venir en soutien aux acteurs de première ligne.

Les deux principes d'action sont d'aller à la rencontre des publics, et de travailler en réseau, en partenariat avec le secteur social. Les professionnels des EMPP ont découvert une nouvelle façon de travailler. Celle-ci favorise les rencontres et crée du lien directement dans la rue, tout comme pour d'autres équipes de proximité dans les champs des addictions, du social et du caritatif.

En terme de santé publique, ces équipes n'ont pas eu les moyens d'évaluer leurs pratiques, ni les besoins inhérents aux personnes sans-abri. Il existe une difficulté avec certains secteurs de psychiatrie qui refusent de s'occuper des personnes sans-abri, mettant en avant l'argument du secteur. La majorité des professionnels des CMP refusent de se déplacer dans la rue, même pour rencontrer des patients qu'ils connaissent. Dans ces conditions, l'existence des EMPP justifie ce désengagement. Ainsi, l'un des problèmes qu'elles rencontrent est la plus grande difficulté à travailler avec la psychiatrie qu'avec les acteurs du social. Les EMPP ont ainsi des difficultés à hospitaliser des personnes en psychiatrie et à obtenir des rendez-vous dans les CMP autres que leur CMP de rattachement.

Une autre difficulté est la prise en charge somatique des personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques sévères. Les professionnels du somatique et de la psychiatrie ont souvent tendance à se renvoyer la balle et les EMPP n'ont que très rarement un médecin généraliste dans leur équipe. Quand c'est le cas, son activité et ses compétences permettent le plus souvent de sortir de cette dynamique négative.

Il n'existe pas de structures suffisamment à « bas seuil » pour répondre à une frange particulièrement vulnérable, composée de personnes présentant des comorbidités à la fois psychiatriques (notamment les addictions) et somatiques

8.10. Les PRAPS :

Ils permettent la concertation et la coordination en associant de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat. Les DRASS et les DDASS coordonnent l'intervention des divers partenaires.

La loi « hôpital patients santé et territoires » dite HPST de 2009 fait désormais référence à un projet régional de santé. Celui-ci « définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (article L. 1434-1 CSP). Il est constitué d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ; de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas. Parmi ces derniers, un programme doit être consacré à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un autre programme doit être relatif au développement de la télémédecine. Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du préfet de région [89].

8.11. Les Ateliers Santé Ville :

Ils répondent à la Circulaire N° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire [90]. Ils visent à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS. L'ASV est un dispositif de coordination des acteurs au niveau d'un quartier, communal ou intercommunal en vue de l'élaboration d'un programme d'actions concertées, et d'évaluation régulière des résultats obtenus.

Les actions menées par les ASV peuvent s'inscrire dans différentes directions : 40% relevant de l'accès à l'information (journée grand public, campagnes d'affichage, etc.), 23% de campagnes de prévention, 15% de l'accès aux soins, 14% de l'accès aux droits et 8% de la prévention et de la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé [1]. Les principaux thèmes développés dans le cadre des ateliers touchent à la nutrition, aux conduites addictives, à la souffrance psychique et à la santé mentale, à l'hygiène bucco-dentaire, au

surpoids et à l'obésité et aux différentes conduites à risques (autres qu'addictives).

Les personnes sans chez soi sont rarement prises en compte dans la démarche des ASV, à la fois parce qu'elles ne sont pas perçues comme des résidents des territoires concernés mais également parce que bon nombre des quartiers qui ont bénéficié de ces expériences ne sont sans doute pas ceux qui sont les plus fréquentés par les personnes sans domicile qui ne fréquentent que peu les quartiers dit défavorisés

8.12. Les programmes de santé communautaires : les travailleurs pairs ou médiateurs de santé [1] :

Certains programmes de santé travaillant avec des personnes sans-abri ont engagé des médiateurs de santé/travailleurs pairs, qualifiés également de « professionnels d'expérience » et de « travailleurs de proximité » selon les cas.

Ils correspondent à l'utilisation par le système de soins des compétences acquises par l'expérience de vie (ancien malade ou usager d'une structure). Leur légitimité tient d'abord à l'appartenance à la communauté. Cela permet une proximité d'expérience et de relation entre usagers et professionnels. Dans les pays anglo-saxons, les travailleurs pairs sont utilisés dès les années 1980 dans les équipes d'« outreach » (travail de proximité) en direction des personnes sans chez soi.

En France, il faut se rappeler que dans les structures d'hébergement pour personnes sans chez soi les encadrants étaient historiquement issus des populations accueillies avant d'être remplacés par des professionnels du social.

Pour S. Musso (à propos d'un programme expérimental français) ayant formé et suivi des médiateurs de santé en France : « leurs connaissances sur un groupe minoritaire ou stigmatisé n'est pas liée à leur appartenance à ce groupe, mais à une fréquentation régulière de celui-ci, souvent liée à l'insertion préalable comme bénévole ou salarié dans une association travaillant avec lui, mais pouvant aussi renvoyer à des événements biographiques personnels. » [91]. Par exemple, les personnes ayant été sans-abri connaissent les modes de vie, les habitudes, les besoins et les logiques de la population cible du programme avec une profondeur d'expérience que les professionnels classiques n'ont pas à priori.

La relation entre travailleurs pairs et patients se construit dans une plus grande horizontalité, avec un arrière fond, un référentiel d'expériences communes qui facilite l'empathie, et la reconnaissance mutuelle. Les travailleurs pairs favorisent la prise en charge par les institutions classiques, leur position et leur responsabilisation due au contact avec

l'injustice sociale entraîne une motivation et une capacité à obtenir des dérogations aux règles classiques.

Une des limites de ce type de prise en charge est le recrutement et la formation de ces médiateurs. Il n'existe pas de formations spécifiques en lien avec les objectifs attendus (connaissances des dispositifs, aptitude à l'écoute, médiation). D'autre part le fait d'avoir été dans la même situation peut provoquer des difficultés, comme une trop grande identification et discriminations par les autres professionnels.

L'absence de statut reconnu pour les travailleurs pairs/médiateurs de santé peut être considérée comme un problème supplémentaire. Il n'existe pas de reconnaissance institutionnelle car ces nouveaux métiers ne correspondent à aucune catégorie existante. Une institution hospitalière prête à embaucher des médiateurs les inscrira dans l'une des cases suivantes pour faire au mieux : agent d'accueil, brancardier, ou agent d'entretien, ce qui pose la question de la reconnaissance et donc de l'intégration des personnes.

PARTIE 2 : ETUDE

1. MATERIEL ET METHODE :

1.1. Objectif :

Mettre en évidence les caractéristiques de la prise en charge des patients ALD précaires. Au travers de la description de leur situation sociale et médicale, apporter des éléments sur les difficultés rencontrés lors de la prise en charge sur une structure qui leur est dédiée.

1.2. Matériel :

1.2.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, rétrospective, non-interventionnelle et monocentrique.

1.2.2. Période et lieu de recrutement :

Les sujets ont été sélectionnés parmi les patients séjournant sur les LHSS de Bordeaux situés au sein du foyer d'hébergement d'urgence Leydet géré par le CCAS de Bordeaux.

La période d'inclusion intègre les patients ayant bénéficié d'un séjour entre le 01 Janvier 2011 et le 31 décembre 2012.

1.2.3. Critères d'inclusion :

Ont été inclus les patients répondant aux critères suivant après examen des dossiers :

- patient bénéficiant d'une ALD
- demande d'ALD en cours
- présence d'une pathologie justifiant la demande d'ALD et présence des critères permettant son obtention.

1.2.4. Critères d'exclusion :

Ont été exclues les patientes prise en charge pour grossesse et n'ayant pas de comorbidité justifiant d'une ALD.

1.3. Méthode :

1.3.1. Recueil de données :

Etablissement d'une grille d'analyse des dossiers (annexe 1) permettant une évaluation globale des caractéristiques des patients et de leur séjour sur les LHSS à partir : des questionnaires existants, des données bibliographiques et de mon expérience de stage sur les LHSS de novembre 2011 à mai 2012. Les questionnaires du rapport national d'évaluation des LHSS, de l'enquête « precalog », et de l'étude « maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité » ont été pris en compte.

Établissement de la liste exhaustive des patients ayant séjourné sur les LHSS en croisant les données recueillies dans les dossiers papiers de demande d'admission, les fiches de synthèse des patients, les rapports des commissions d'admission hebdomadaires.

Examen des dossiers de tous les patients afin de mettre en évidence les critères d'inclusion.

Le recueil des données par examen des dossiers informatisés et des dossiers papiers à l'aide de la grille a été réalisé courant 2013.

1.3.2. Choix du critère affection de longue durée :

Afin de différencier les patients en maladie chronique et aiguë mais aussi en terme de gravité clinique, nous avons choisi les atteintes par pathologie ALD qui ont l'avantage d'ouvrir un accès théorique à des droits. De plus, les critères d'accès, les modalités diagnostiques de l'ALD sont clairement définies et les protocoles de prise en charge font l'objet de protocoles standardisés (recommandations pratiques) au niveau national par l'HAS. Ces pathologies nécessitent un suivi et une prise en charge au long cours afin d'en limiter les complications.

L'ALD 12, HTA ayant été supprimée au moment de la collecte des données n'a pas été prise en compte.

Pour l'ALD 23, affection psychiatrique de longue durée, nous avons choisi de ne pas

intégrer dans notre relevé les addictions (qui sont relevées sous le titre addiction dans la grille d'analyse) en raison des difficultés pour situer les patients entre catégories d'addictions nécessitant l'ALD et ceux ne la nécessitant pas.

1.3.3. Analyse des données :

1.3.3.1. Logiciel utilisé :

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel calc sur open office version 4.0. Les variables quantitatives ont été analysées et exprimées en moyenne, écart-type, médianes et étendues. Les variables catégorielles ont été exprimées en effectifs, fréquences et fréquences cumulées selon les cas.

Les données suivantes ont été croisées : temps à la rue en fonction de l'origine géographique et en fonction des catégories d'âge, perte d'autonomie en fonction de l'âge, nombre d'ALD et nombre de pathologies en fonction de l'âge, durée de séjour en fonction du nombre de pathologies. Ce croisement a pour but d'évaluer les interactions entre ces données.

1.3.3.2. Identification des doublons :

Par identification manuelle, l'analyse des dossiers a permis d'identifier des dossiers au contenu social et médical similaire dû à des erreurs orthographiques nominatives, et d'éliminer les dossiers en doublons.

2. RESULTATS

2.1. Inclusions :

70 patients ayant séjourné au moins une fois sur la période de 24 mois étudiée ont été inclus dans l'étude. 87 séjours distincts ont été analysés pour ces patients.

2.2. Caractéristiques socio-démographiques :

L'âge moyen était de 49,97 ans (écart-type 12,46) pour un âge médian de 50 ans, le patient le plus jeune avait 23 ans, le plus âgé 86 ans au moment du séjour.

L'âge moyen des femmes était de 50,8 ans (écart type 10,26) pour un âge médian de 50 ans, chez les hommes la moyenne était de 49,83 ans (écart type 12,85) pour un âge médian de 50 ans.

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques :

	N (%)
Sexe	
Homme	60 (86%)
Femme	10 (14%)
Origine géographique	
France	23 (33%)
Union européenne (UE)	15 (21%)
hors UE	32 (46%)
logement	
Rue	47 (67%)
chez un tiers	6 (9%)
logement précaire	10 (14%)
structure d'hébergement	4 (6%)
autre	1 (1%)
NC	2 (3%)
Ressources financières	
Salariat	3 (4%)
RSA	7 (10%)
AAH	13 (19%)
retraite	7 (10%)
ancien combattant	4 (6%)
aucunes	36 (51%)
NC	4 (6%)
Protection sociale	
RG ou équivalent	12 (17%)
CMU	34 (49%)
AME	13 (19%)
ALD	16 (23%)
aucune	9 (13%)

Complémentaire santé	
Mutuelle	8 (12%)
CMUc	31 (44%)
aucune	31 (44%)

Les résultats montrent une majorité d'hommes, et une population à 67% de nationalité étrangère.

Sur le plan social, les patients disposaient d'un hébergement précaire dans 30% des cas avant leur prise en charge (dans la catégorie « autre » se trouvait une patiente qui dès son arrivée en France a été hospitalisée).

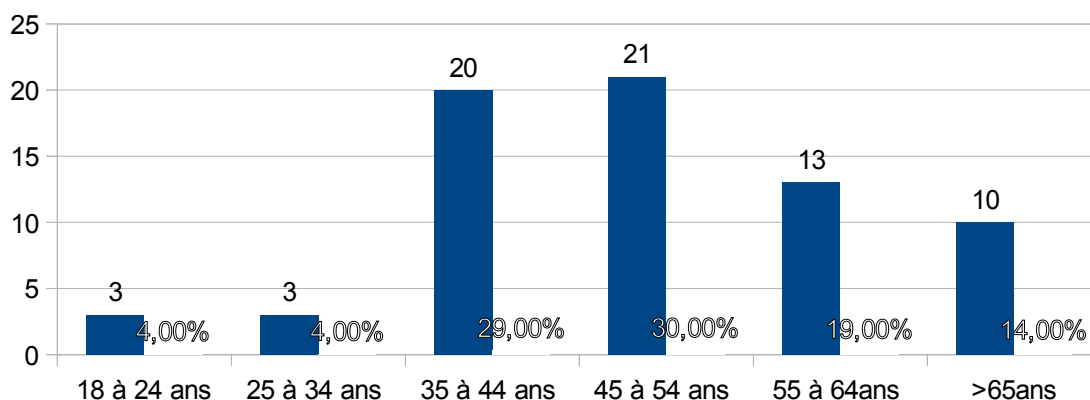
34 patients bénéficiaient d'une ou plusieurs sources de ressources financières, dont 31 sous forme d'aides. Le niveau de protection sociale est, le plus souvent, une affiliation à la sécurité sociale mais une couverture complémentaire était présente pour 56% des patients.

Pour 2 patients, il n'a pas été possible de retrouver une notion du lieu d'hébergement et pour 4 autres leurs ressources financières, ils apparaissent donc dans les résultats comme NC (non connus).

2.3. Tranche d'âge :

graphique 1

répartition des patients par tranche d'âge



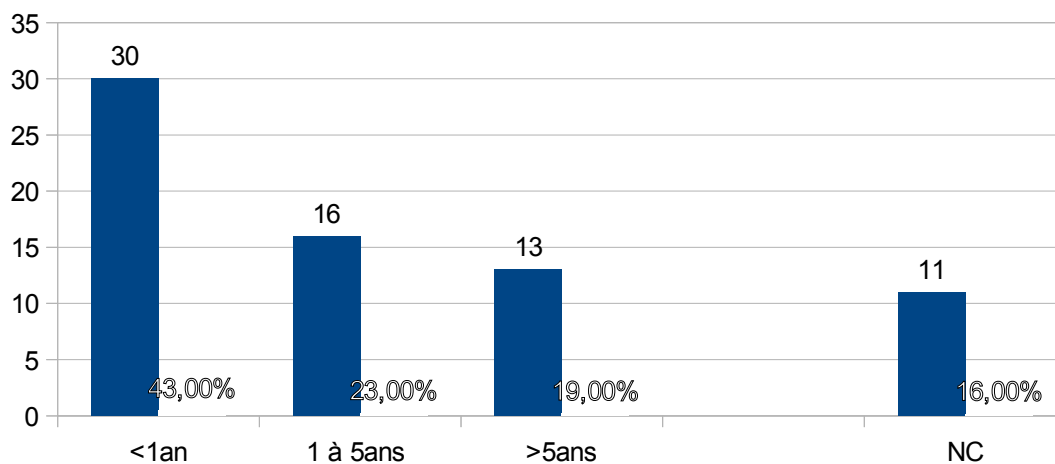
78 % de patients sont âgés de 35 à 64 ans et seul 8% des patients sont âgés de moins de 35 ans.

2.4. Temps, expérience de rue :

2.4.1. Temps de rue :

graphique 2

répartition des patients par temps passé à la rue

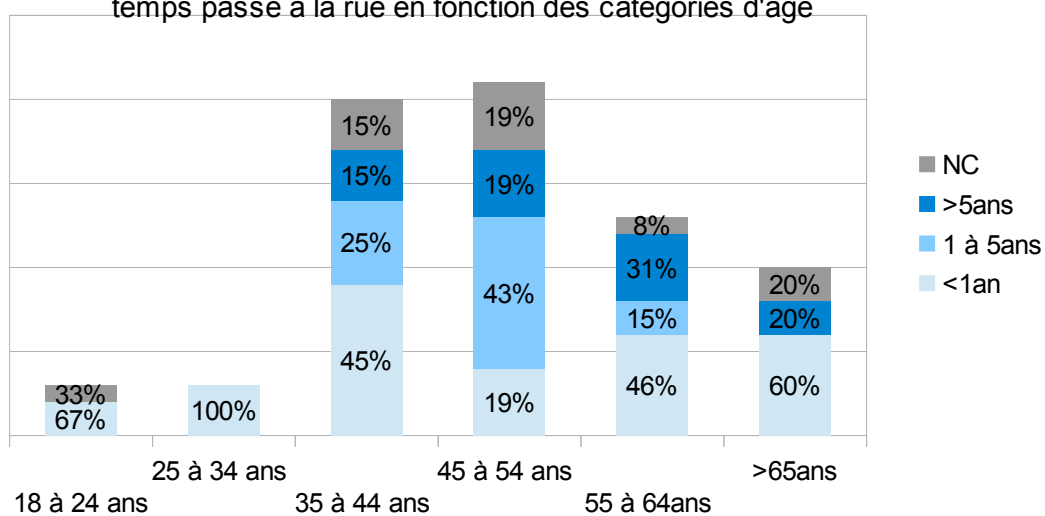


Le nombre de patient ayant un parcours de rue inférieur à un an est équivalent à celui de ceux dont le parcours est supérieur à un an. Cependant cette notion n'a pas pu être relevée pour tous les patients.

2.4.2. Temps à la rue par catégories d'âge :

graphique 3

temps passé à la rue en fonction des catégories d'âge



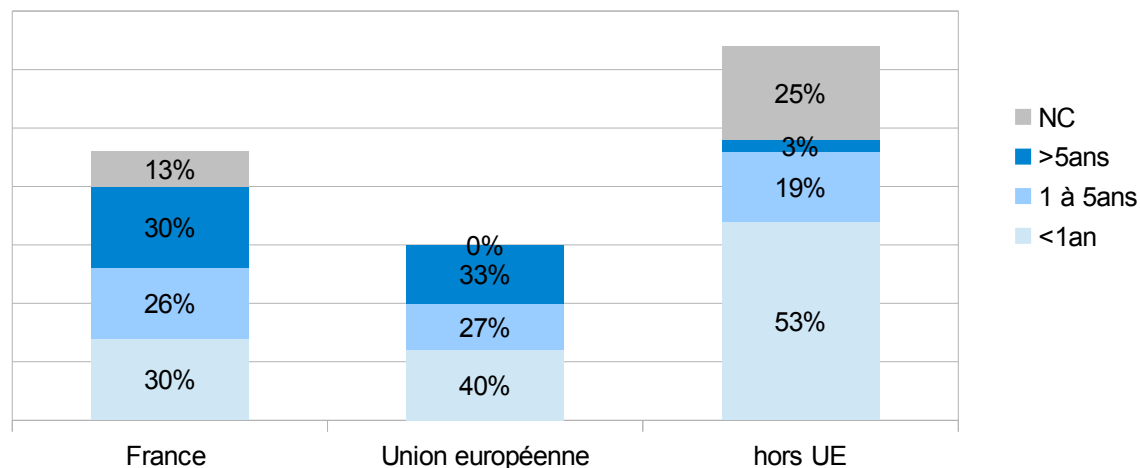
Les temps de rue relevés pour les patients d'âge inférieur à 35ans sont de moins de 1

an. Par contre 62% des 45/54 ans ont un parcours de rue de plus de 1 an, ce taux est de 40% chez les 35/44 ans, 46% chez les 55/64 ans et 20% chez les plus de 65 ans.

2.4.3. Temps à la rue selon l'origine géographique :

graphique 4

temps à la rue en fonction de l'origine



Les étrangers (hors union) ont en majorité un parcours de rue de moins de 1an.

La répartition des temps de rue pour les français est à 1 patient près la même pour les 3 catégories.

La situation des européens montre 6 personnes dans la catégorie moins de 1 an, 4 dans la catégorie intermédiaire et 5 chez les plus de 5ans.

Pour 11 patient (3 français et 8 étranger hors union) cette notion n'a pas pu être précisée.

2.5. Demande d'asile :

Les étrangers hors union européenne ont théoriquement accès à une demande d'asile et à une place de CADA, sur les 32 patients, 20 (soit 62,5%) étaient susceptibles de bénéficier d'une place en CADA.

2.6. Maîtrise de la langue française :

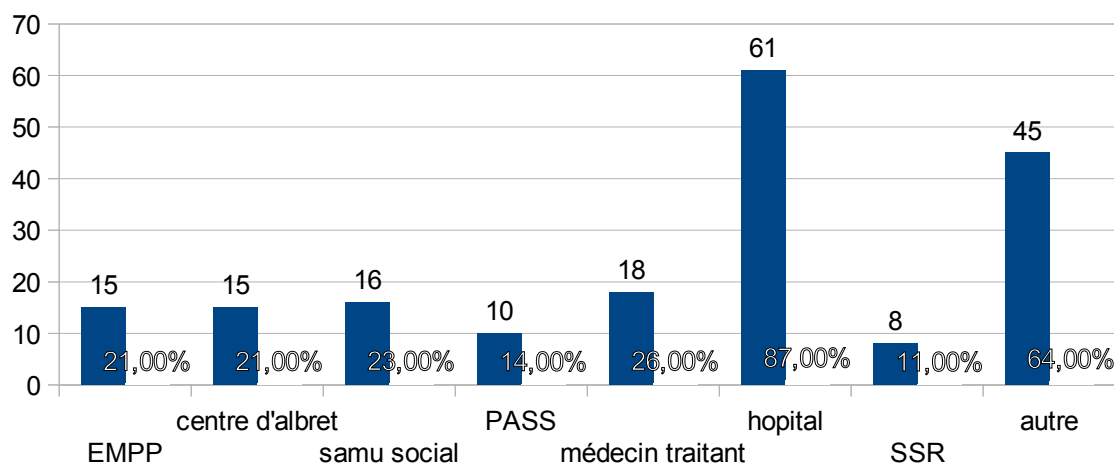
Sur les 47 patients de nationalité étrangère, 21 (soit 45%) ne maîtrisaient pas de manière suffisante la langue française, un recours ponctuel aux traducteurs était nécessaire.

Parmi ces 21 patients sont dénombrés 46% d'européens et 43 % d'étrangers hors union.

2.7. Partenaires dans la prise en charge médicale et sociale :

graphique 5

Intervenant dans la prise en charge

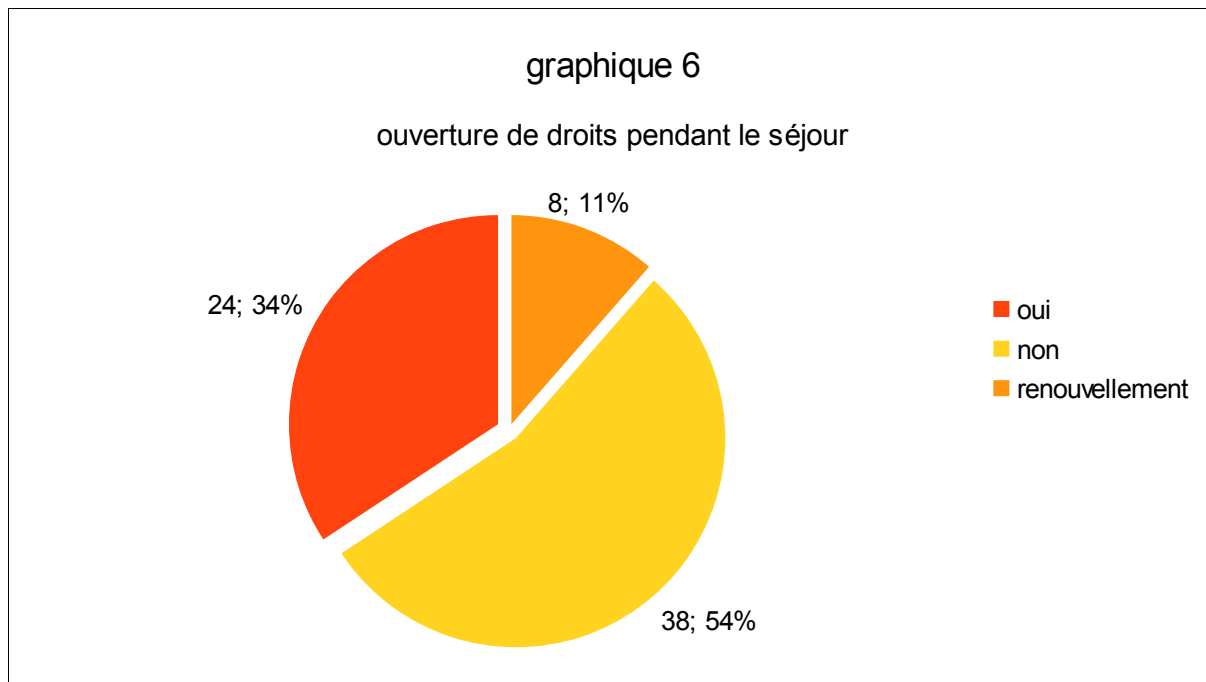


Parmi les autres partenaires se trouvent 18 structures différentes, classées par nombre décroissant de patients pris en charge sur les LHSS :

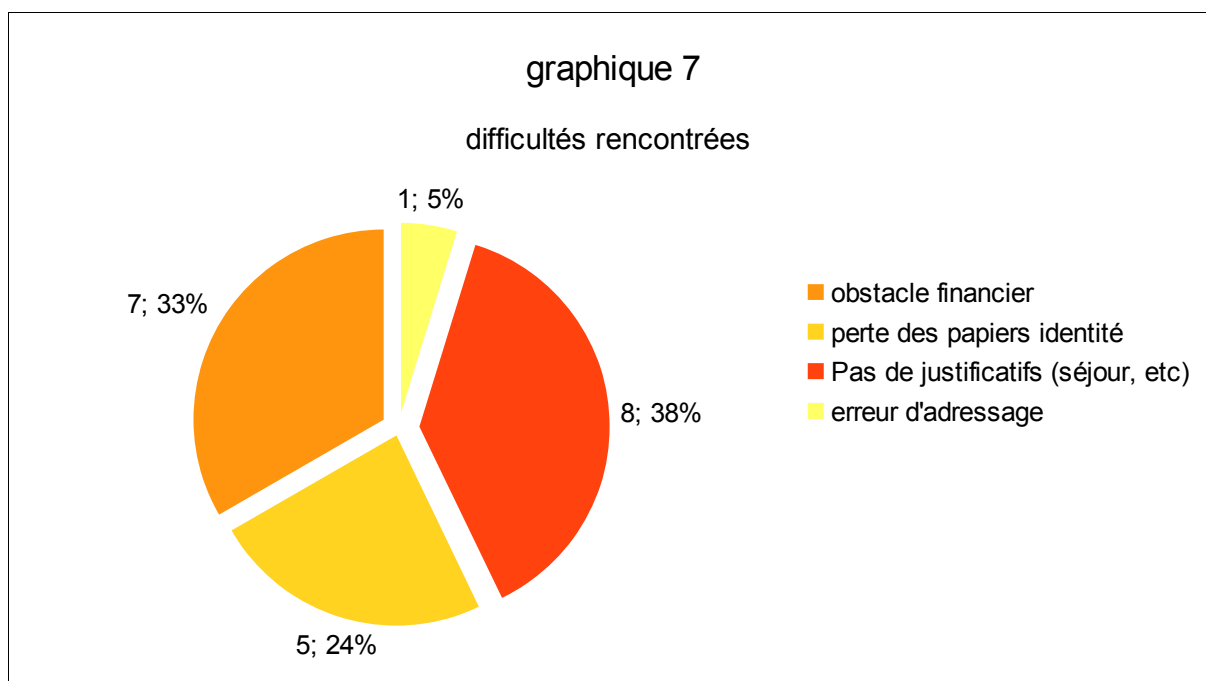
- CAIO : 18 patients
- COS PADA OFII : 6 patients
- ADOMA : 5 patients
- SOS habitat et soins : 4 patients
- médecins du monde, CEID, Emmaüs : 3 patients chacun
- petit hermitage et MANA : 2 patients chacun
- handivillage, réseau L'estey, SAMSAH, CARSAT, ANPAA, promofemme, diaconat, ELSA et la halte de nuit : 1 patient chacun.

Le partenaire le plus fréquent est l'hôpital. Le médecin traitant est dans $\frac{1}{4}$ des cas intervenant dans la prise en charge. Viennent ensuite les autres structures spécialisées dans la prise en charge des précaires (samu social, EMPP, centre d'Albret, PASS).

2.8. Ouvertures de droits et difficultés rencontrées :

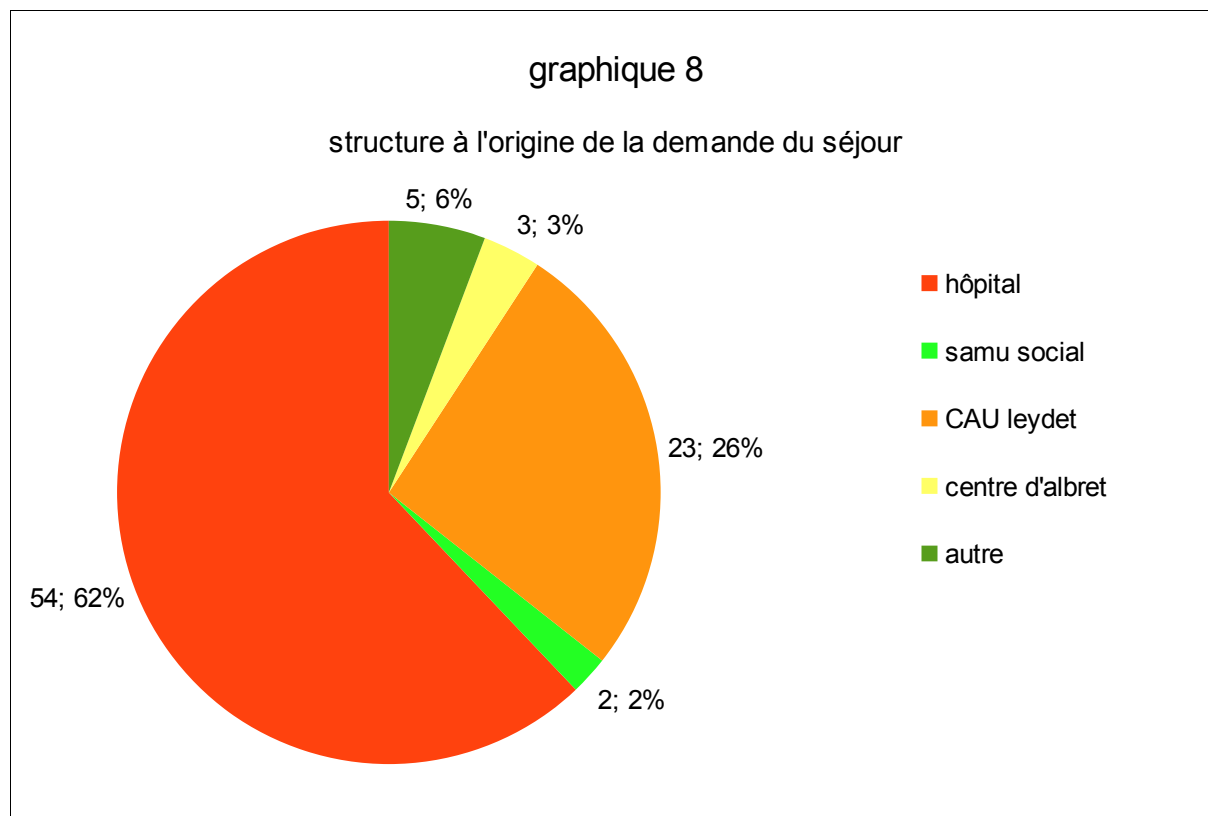


Une mise à jour des droits de sécurité sociale (ouverture ou renouvellement), une demande d'ALD, de CMUc, d'AME ou de mutuelle est nécessaire pour 45% des patients.



Les problématiques rencontrées lors de l'ouverture des droits étaient la présence d'un obstacle financier (timbre AME en vigueur au moment des séjours), la perte et le vol des papiers et des justificatifs nécessaires.

2.9. Origine de la demande des séjours :



La majorité des 87 séjours font suite à une demande émanant d'une structure hospitalière locale (CHU, CHS, et hôpital suburbain du Bouscat).

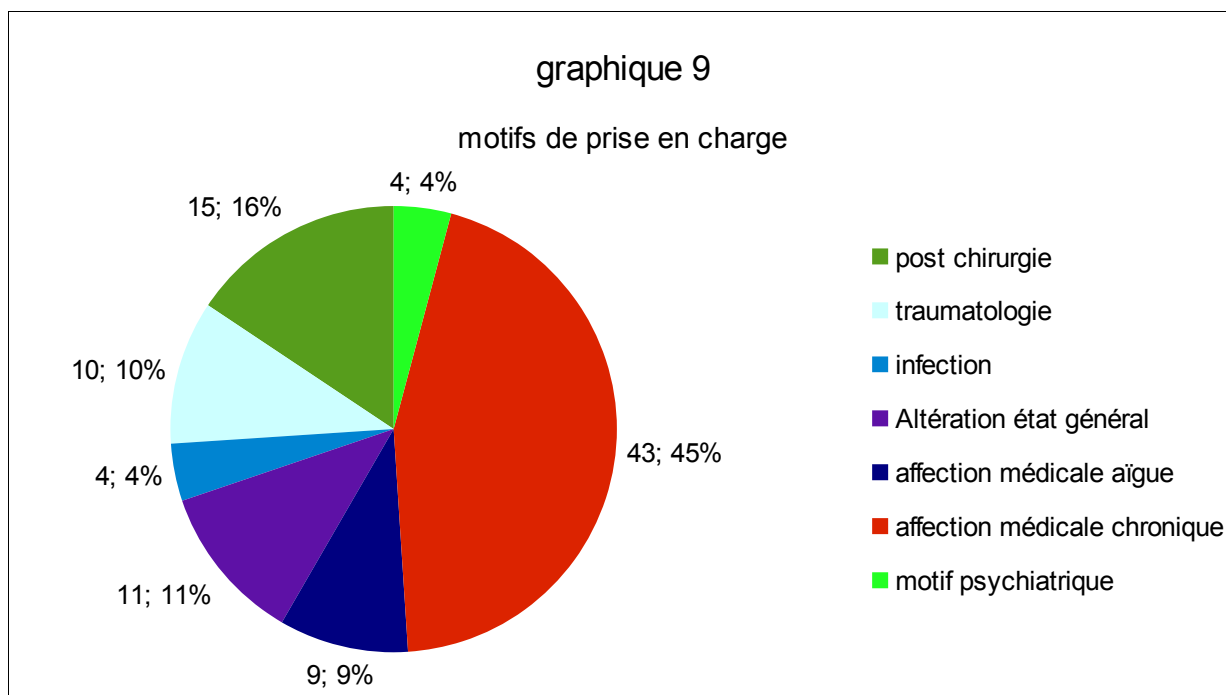
Le centre d'accueil d'urgence Leydet, auquel les LHSS sont attendant, est aussi bien représenté en tant que service demandeur.

Le centre d'Albret structure appartenant au CHU, a été différencié en tant que service demandeur, ce centre assimilé à une PASS étant avant tout un service de consultation et non d'hospitalisation.

Les demandes enregistrées sous « autres » sont pour 2 d'entre elles de l'EMPP, une du diaconat, une d'un SSR et une dernière de la PASS du CHU.

2.10. Caractéristiques médicales :

2.10.1 Motif principal de la demande :



La présence d'une affection chronique est le motif le plus fréquent d'admission, en y associant motifs psychiatriques et les altérations de l'état général (s'inscrivant elles aussi dans un registre de chronicité) cela représente 60% des prise en charge. Les affections aiguës médicales, chirurgicales, et l'infectiologie complètent les 40% restant.

2.10.2. Données sanitaires :

Tableau 2 : données médicales

	N (%)
Séjour en lien avec une ALD	
Oui	67 (77%)
non	20 (23%)
Découverte d'une nouvelle pathologie en cours de séjour	
Oui	12 (15%)
non	75 (85%)
Addiction	
Tabac	31 (44%)
alcool	29 (41%)
autre (médicamenteuse, toxicomanie)	10 (14%)
aucune	16 (23%)
NC	11 (16%)

Perte d'autonomie	
Oui	20 (28,5%)
non	50 (71,5%)

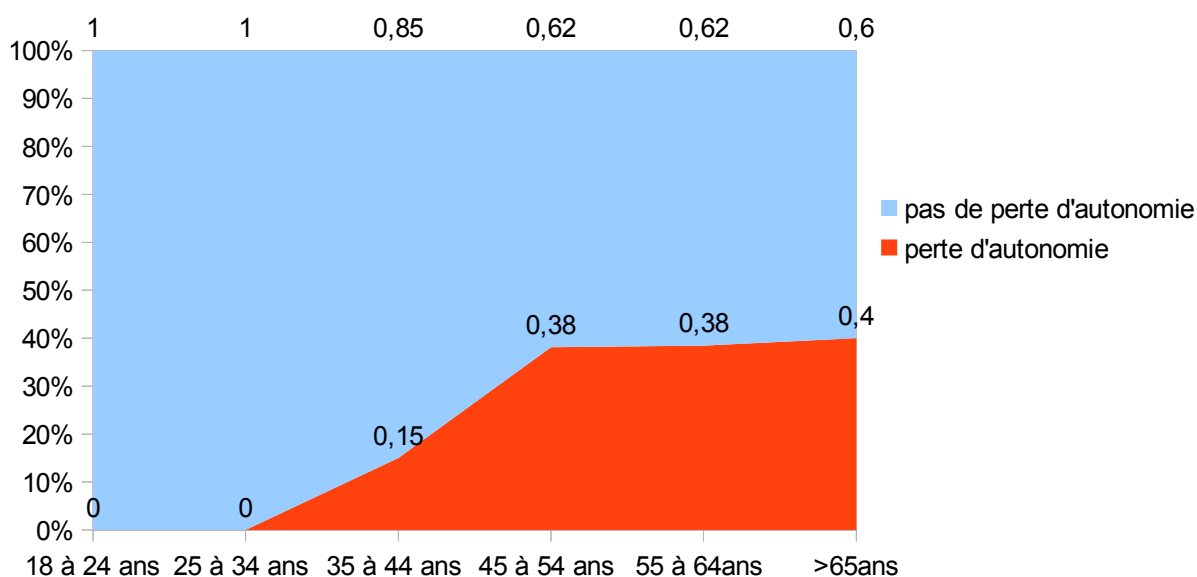
Les séjours sur les LHSS sont en lien avec une ALD dans la majorité des cas, au cours du séjour la découverte de nouvelles pathologies n'est pas rare.

Les addictions sont fréquentes avec des polyconsommations et seulement 1 patient sur 4 n'en présentant aucune.

2.10.3. Pertes d'autonomie et âge :

graphique 10

repartition de la constatation d'une perte d'autonomie en fonction de l'âge



Une perte d'autonomie est constatée chez 20 patients à l'entrée sur les LHSS. La proportion de perte d'autonomie augmentait avec l'âge à partir de 34 ans pour se stabiliser après 54 ans.

2.10.4. ALD dénombrées :

Tableau 3 : ALD concernées par patient, par ordre de fréquence (total >100%, plusieurs réponses par patients)

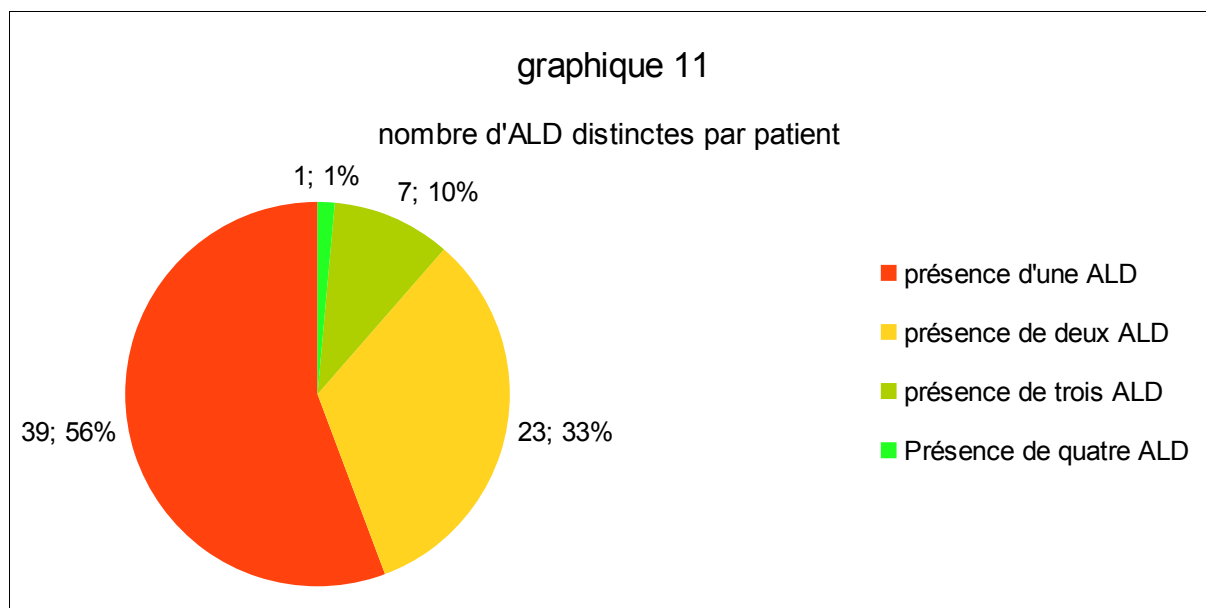
Numéro et dénomination de l'ALD	N (%)
8. diabète de type 1 et 2	17 (24%)
6. maladie chronique évolutive du foie, cirrhose	13 (19%)
9. formes graves des affections neurologiques	12 (17%)
5. Insuffisance cardiaque grave, trouble du rythme, cardiopathie valvulaire grave	10 (14%)
3. Artériopathie ischémique des membres inférieurs	8 (11%)
30. Tumeur maligne	8 (11%)
23. Affection psychiatrique de longue durée	7 (10%)
14. Insuffisance respiratoire grave	6 (9%)
13. maladie coronarienne	5 (7%)
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	5 (7%)
19. Néphropathie chronique grave	4 (6%)
15. démences	4 (6%)
7. VIH	3 (4%)
31. Forme grave d'une affection hors liste nécessitant un traitement de durée >6mois	3 (4%)
21. vascularite	2 (3%)
29. Tuberculose active	2 (3%)
32. Polypathologie nécessitant des soins > 6mois	2 (3%)
22. Polyarthrite rhumatoïde	1 (1%)

Les ALD les plus représentées sont les pathologies cardio-vasculaires (1 ; 3 ; 5 ; 13), puis le diabète, les maladies infectieuses (7 : VIH, 6 : VHB ou VHC (10cas), 29 : tuberculose), puis les pathologies neurologiques (9 : polyneuropathie alcoolique(5cas), épilepsies (5cas), TC grave (1cas), atteinte radiculaire (1cas) et 15 : démences), les tumeurs malignes, les maladies psychiatriques et les atteintes pulmonaires.

Les ALD 31 concernaient 2 patients atteints d'embolie pulmonaire récidivantes, et 1 atteint d'ostéite chronique traitée au long cours.

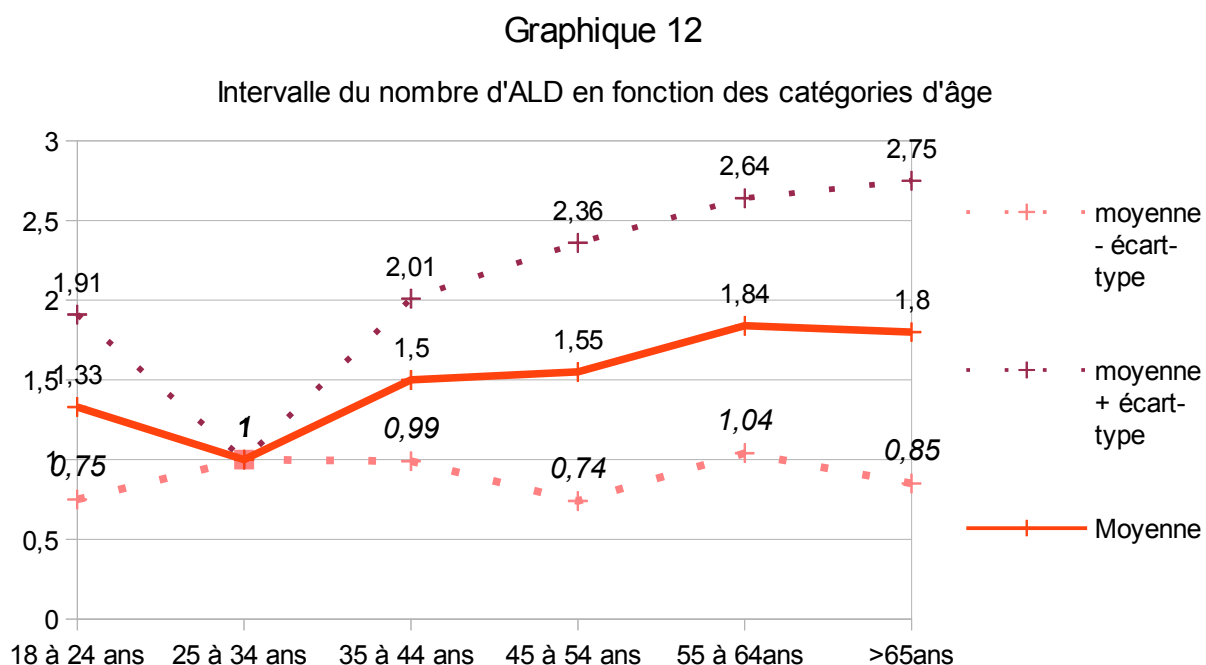
Les ALD 32 concernaient 2 patients atteints de démences avec perte d'autonomie, dans un contexte de dépendance à l'alcool.

2.10.4.1. ALD par patient :



En moyenne nous avons constaté 1,57 ALD par patient (écart-type à 0,73), avec 43% de patients présentant plus d'une ALD.

2.10.4.2. ALD selon l'âge :



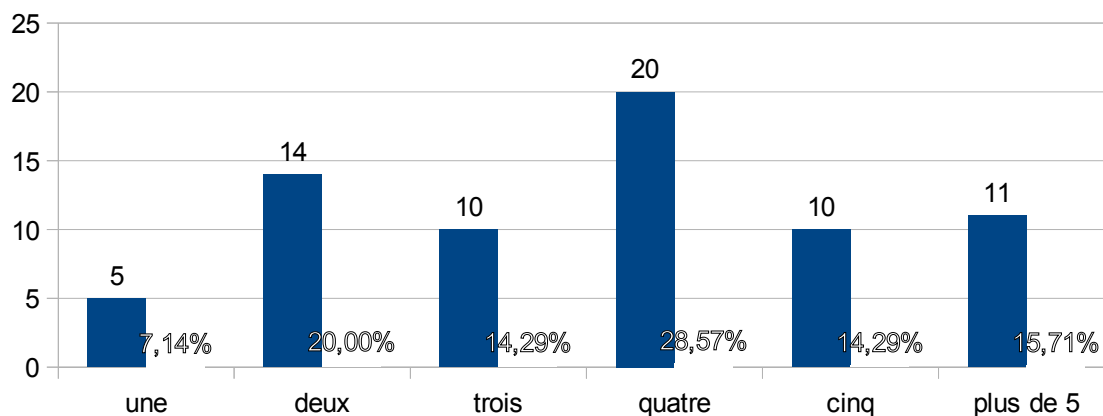
Le nombre maximal d'ALD augmente avec l'âge, en moyenne une ALD en plus, entre les plus jeunes et les plus âgés de la populations étudiée.

2.10.5. Nombre total pathologies distinctes (ALD comprises) :

2.10.5.1. Nombre de pathologies :

graphique 13

nombre de pathologies distinctes par patients

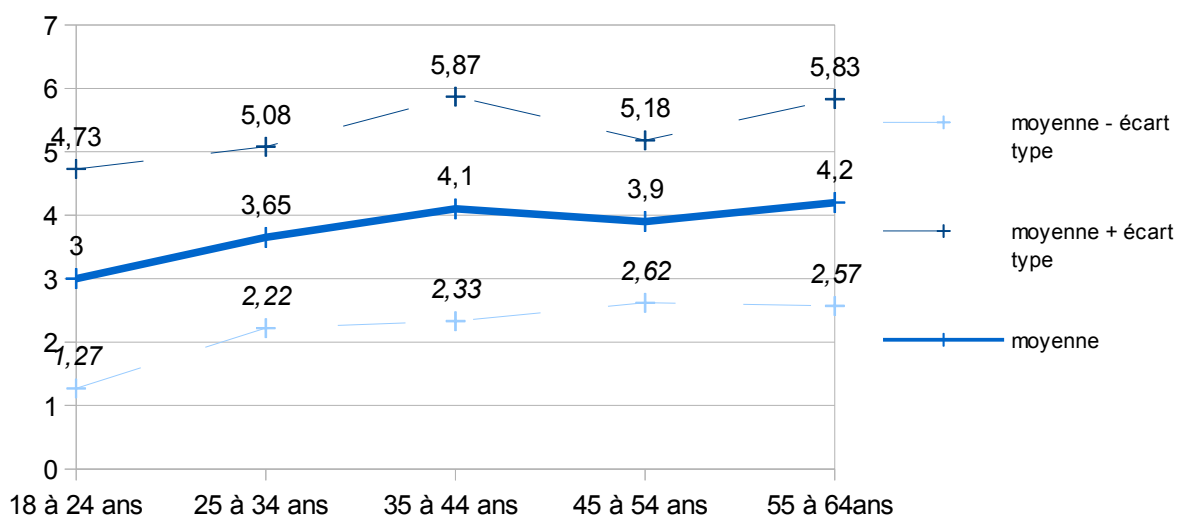


Le relevé du nombre de pathologies par patient montre que plus de 92% des patients présentaient au moins 2 pathologies. Les patients avaient au minimum 1 pathologie à prendre en charge et au maximum 7 (addictions comprises).

2.10.5.2. Nombre de pathologie selon l'âge :

graphique 14

moyenne (avec écart type) du nombre de pathologie en fonction de l'âge



La distribution du nombre moyen de pathologies en fonction de l'âge montre qu'en moyenne

un patient de plus de 65 ans a 1,2 pathologies de plus qu'un 18/24 ans.

2.10.6. Actes et événements médicaux durant le séjour :

tableau 4 : nécessité de recours à l'hôpital

	N (%)
Nombre de passage aux urgences par patient	
Aucun	42 (60%)
1	19 (27%)
2	2 (3%)
3	5 (7%)
4	1 (1,5%)
>4	1 (1,5%)
Nombre d'hospitalisations programmées par patient	
Aucune	55 (79%)
1	10 (14%)
2	1 (1%)
3	2 (3%)
4	2 (3%)

21 % patients des LHSS ont été hospitalisés pendant leur séjour sur les LHSS (hospitalisations de jour comprises), 7% des patients l'ont été au moins 2 fois.

40 % des patients effectuent au moins un passage aux urgences (13% en effectuent au moins 2).

Tableau 5 : actes effectués au cours du séjour

	Moyenne (écart-type)	médiane	Minimum ; maximum
Nombre d'acte de biologie par patient	1,61 (2,98)	1	0;20
Nombre d'acte d'imagerie par patient	1,04 (1,52)	0	0;7
Nombre de consultation spécialisée par patient	2,34 (2,89)	2	0;19

Actes effectués prescrit par le médecin des LHSS. Les actes et les consultations

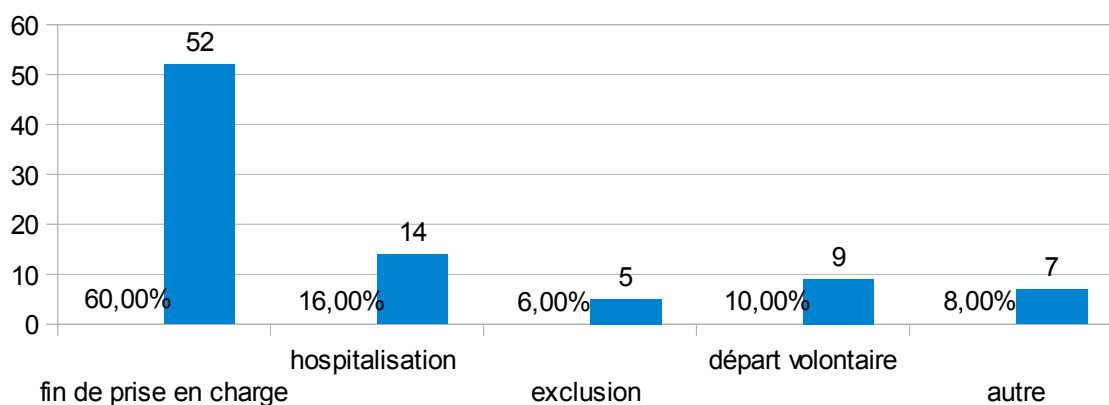
spécialisées sont en moyenne peu nombreux, mais les résultats montrent qu'ils se concentrent sur quelques patients qui en bénéficient le plus.

2.11. Fin de prise en charge :

2.11.1. Motif de la sortie du dispositif :

graphique 15

mode de sortie

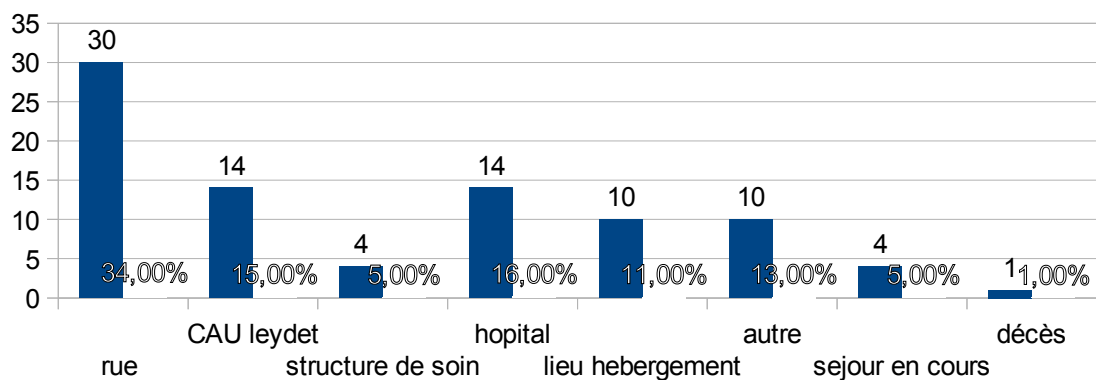


Les sorties comptabilisées « autre » sont 1 décès, 1 expulsion du territoire, 1 SSR et 4 séjours en cours au moment du relevé d'information.

2.11.2. Orientation à la sortie :

graphique 16

lieu de sortie



Parmi les lieux de sortie considérés comme « autre » sont dénombrés 5 retours dans le

pays d'origine (dont 4 volontaires et 2 pour le même patient sur 2 séjours différents), une interpellation à la préfecture lors d'un renouvellement de séjour, 3 sorties sur la structure « SOS habitat et soins » et une sortie chez un tiers (famille).

Près de 50% des sorties se font sans solution d'hébergement adaptée (rue, ou hébergement d'urgence, CAU Leydet) sans compter les 21% de sorties vers des établissements de soins (hôpital compris) avec une problématique d'hébergement qui se reposera à la fin des prises en charge. Sur l'établissement Leydet, ces sorties en fin de soins bénéficient d'une prise en charge par le 115.

2.11.3. Durée et objectif du séjour :

tableau 6 : nombre et durée du séjour, atteinte de l'objectif initial

	N (%)
Durée du séjour	
< 1 mois	26 (30%)
1 à 2 mois	27 (31%)
3 à 6 mois	24 (28%)
> 6 mois	10 (11%)
Raison de la durée > 6 mois	
Pas de structure adaptée	10 (100%)
nouvelle pathologie	0 (0%)
autre	0 (0%)
Nombre de séjour sur les LHSS sur la période	
1	56 (80%)
2	11 (16%)
3	3 (3%)
Atteinte de l'objectif initial	
Oui	70 (80%)
non	17 (20%)

La durée moyenne de séjour constatée sur la période 2011-2012 est de 86,7 jours avec un écart-type de 131 jours et une médiane de séjour de 56 jours. Le séjour le plus court est de 3 jours quand le plus long est de 1055 jours (séjour ayant débuté en 2009). 89% des séjours sont inférieurs à 6 mois et 61% inférieurs à 3mois. 19% des patients ont bénéficié d'au moins 2 séjours sur la période.

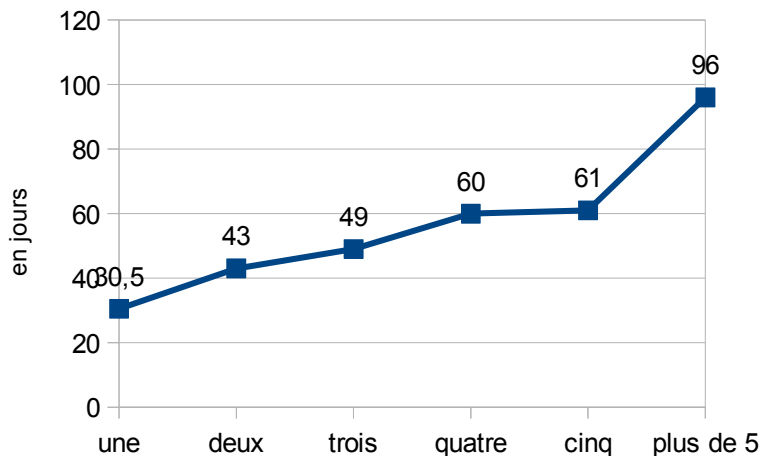
L'objectif initial est globalement atteint sauf pour certains séjours écourtés sur départ

volontaire et exclusion (sur sanction disciplinaire) ainsi que pour le patient décédé.

2.11.4. Durée de séjour selon le nombre de pathologies :

graphique 17

durée de séjour(médiane) en fonction du nombre de pathologies

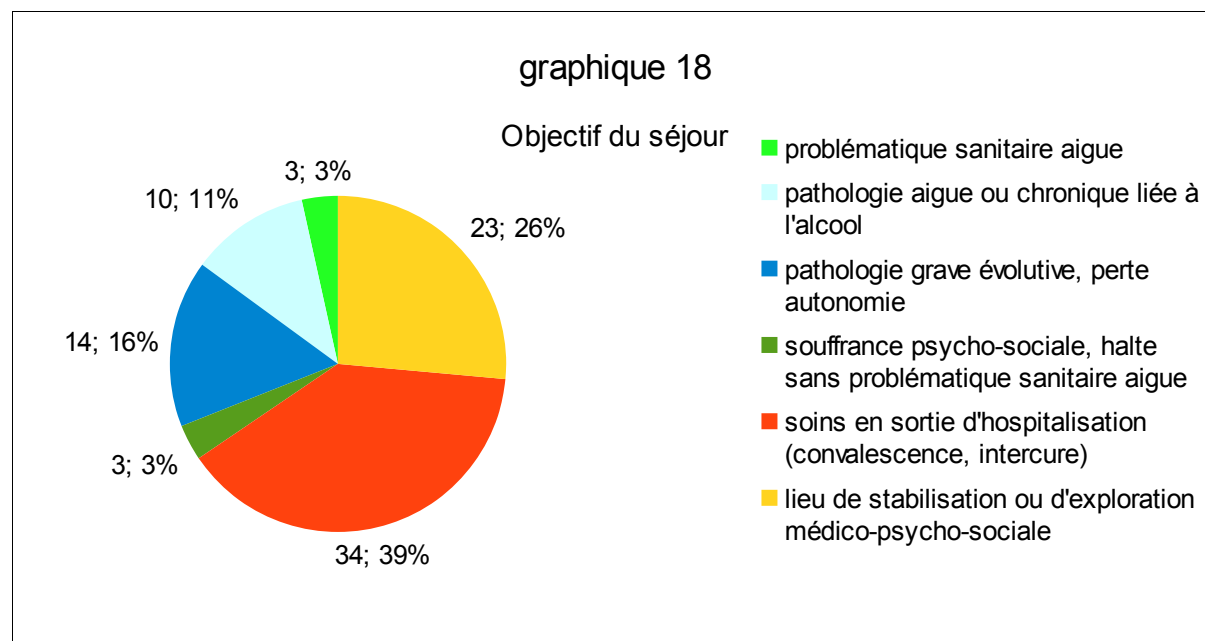


L'analyse de durée médiane des séjours montre que les patients les plus jeunes et ne présentant qu'une seule pathologie ont les séjours les plus courts. A partir de 25 ans la durée médiane de séjour se situe entre 45 et 71 jours sans augmentation linéaire en fonction de l'âge tandis que la durée médiane augmente selon le nombre de pathologie en doublant à partir de 4 pathologies et triplant pour les patients en ayant plus de 5.

2.12. Classement des séjours en catégories d'objectifs médico-sociaux :

graphique 18

Objectif du séjour



PARTIE 3 : DISCUSSION

Cette étude descriptive a pour objectif d'apporter un éclairage sur les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques à la rue. L'étude rétrospective des dossiers médicaux et sociaux des patients ayant séjournés sur les LHSS durant la période 01 janvier 2011 au 31 décembre 2012, a permis une description et une analyse des caractéristiques de ces patients sur le plan médical et social.

1. LIMITES DE L'ETUDE :

1.1. taille de l'échantillon :

En l'absence d'études de morbidité de grande échelle en France sur les populations précaires à la rue, les données relevées sont comparées aux chiffres du rapport national d'évaluation des LHSS 2012 [2], au rapport de la mission France de médecin du monde sur l'année 2012 [67], au volet quantitatif de l'étude précarité et fin de vie sur l'agglomération lyonnaise [68], aux chiffres de la population générale et des patients CMU [17].

L'une des premières limites de cette étude est la taille de l'échantillon : 70 patients, ainsi que le caractère monocentrique de l'étude qui ne permet pas de généraliser les résultats à grande échelle.

1.2. Biais de sélection :

Les patients chroniques inclus avaient tous eu recours à l'assistance médico-sociale. Les patients les plus marginaux, ceux qui ont peu recours aux soins n'apparaissent donc pas dans cette étude, tout comme ceux sortant de l'hôpital contre avis médical.

Le critère d'inclusion principal était la présence d'une ALD, ou une demande en cours ou la présence de critères justifiant l'acceptation d'une ALD, les patients étaient donc tous théoriquement bénéficiaires d'une ALD sans que cette donnée soit confirmée par l'acceptation de la demande.

Le choix du critère ALD peut également être considéré comme trop restrictif, ne prenant en compte que les maladies chroniques graves. Les résultats se concentrant exclusivement sur les patients ALD, ils ne représentent pas l'activité des LHSS mais seulement des patients ALD admis sur les LHSS.

1.3. Biais d'information :

La rétrospectivité de l'analyse a été choisie afin d'inclure un plus grand nombre de patients mais entraîne des biais notamment d'information. L'étude des dossiers a été réalisée sur de nombreux supports différents, avec des dossiers patients papiers et informatiques, des doublons nécessitant le recoupement des dossiers. Les informations manquantes étaient également fréquentes.

2. ANALYSE DES RESULTATS :

2.1. Caractéristiques démographiques :

2.1.1 une population masculine et d'âge moyen :

La population étudiée est en majorité masculine et plus âgée (médiane 50 ans) que dans les CASO de médecin du monde (61% d'homme, 33ans en moyenne [67]) et que dans l'évaluation nationale du dispositif LHSS 2012 (79,3 % d'homme et âge médian de 47ans [2]). La sélection exclusive des patients chroniques, et le fait que les CASO accueillent des familles (avec mineurs) à 94% étrangères peut expliquer cette différence.

La population vivant à la rue est majoritairement masculine, les plus jeunes avec un parcours de rue plus court, sont moins consommateurs de soins de part leur profil (fréquentation ponctuelle). Ils peuvent être moins malades, ou considérer que le retentissement de la maladie ne justifie pas un recours à l'assistance. Cela peut expliquer la différence constatée avec la population des patients bénéficiaires de la CMU-c (non exclusivement à la rue) montrant en 2012 une forte représentation des tranches d'âge les plus jeunes (44% de moins de 19ans) et une équivalence homme/femme [17].

2.1.2. Le plus souvent étrangers :

Les patients sont majoritairement étrangers (dont la moitié hors union) toutefois moins que dans les CASO (94%). La plupart d'entre eux devraient pouvoir bénéficier d'une place en CADA plutôt qu'en LHSS. La barrière linguistique, souvent présente, nécessitait le recours à des traducteurs et pouvait limiter l'efficacité des soins de part les difficultés de compréhension au quotidien. Les démarches sociales, ainsi que les soins ou encore le mode de

fonctionnement de la structure pouvaient alors sembler flous pour ces patients. La barrière linguistique devenait aussi un facteur péjoratif en terme d'observance.

2.1.3. À la rue depuis moins de 1an :

Le temps passé à la rue de notre échantillon diffère également de celui constaté au niveau national, avec plus de personnes à la rue depuis moins de 1 an (33% nationalement) et moins de personnes ayant un temps de rue supérieur à 5 ans (16,7%). Que ce soit sur la structure ou au niveau national cette donnée est fréquemment inconnue ou non relevée.

Le croisement des temps à la rue en fonction des âges montre que les plus jeunes ont tous des séjours à la rue depuis moins de 1 an ce qui peut expliquer en partie leur moindre représentation, ayant été moins exposés aux conditions de vie à la rue, ils seraient moins atteints par la maladie. Cependant un parcours de rue plus court peut aussi expliquer un moindre recours aux structures de soins, et à l'assistance en général, illustrant les caractéristiques liées à la fréquentation ponctuelle des structures.

Les 45-54 ans avec un parcours de rue de plus de un an sont les plus représentés, ce qui peut s'expliquer par un long parcours de rue, et l'aggravation des pathologies chroniques avec l'âge.

Le croisement des temps à la rue en fonction des nationalités montre que les étrangers hors union ont majoritairement des parcours de rue de moins de 1 an, ceci pouvant s'expliquer par une arrivée récente sur le territoire, avec des pathologies chroniques nécessitant des soins, ainsi qu'un recours plus rapide à l'assistance, voir une arrivée sur le territoire pour soins. Les européens et les français sont globalement représentés de façon homogène sur les 3 groupes de temps de rue.

2.2. Caractéristiques sociales :

2.2.1. L'absence de logement :

La population étudiée vivait majoritairement à la rue sans solution d'hébergement même précaire, contre 56% au niveau national, de ce fait les modes d'hébergement précaires sont moins fréquents qu'au niveau national avec 24%. Seulement 6% des patients proviennent de structures d'hébergement. Le manque de logement stable jouerait donc un rôle dans l'aggravation de la maladie chronique notamment en affectant le suivi, le recours aux soins et

l'observance des traitements.

2.2.3. Une population majoritairement sans ressources :

En plus de la vie à la rue, l'absence de ressources apparaît comme un facteur socio-économique limitant la prise en charge des maladies chroniques. Dans l'échantillon, la moitié des patients n'avaient aucune ressource financière (contre 45% au niveau national [2]). Les taux de salariat, de RSA, d'AAH et de retraite étaient comparables. Les pensions d'anciens combattants bénéficiaient à des patients étrangers dont la condition de présence sur le sol français était nécessaire à l'obtention de la pension. Cette population âgée, consommatrice de soins et à très faibles revenus a un suivi rendu difficile par la barrière linguistique et des aller-retour vers le pays d'origine.

2.2.4. Une couverture maladie incomplète :

Le fait que la plupart des patients soient admis sur les LHSS après un séjour dans une autre structure où les démarches avaient déjà pu être effectuées et le nombre de contact plus fréquent avec le système de soins dans la pathologie chronique peuvent expliquer le taux de couverture maladie supérieur à celui constaté au niveau national (24,6% [2]). Il en est de même pour le taux de CMU lui aussi plus important (40% au niveau national).

Sur une population pour laquelle le taux pourrait être de 100%, notre échantillon présente relativement peu de patients déjà enregistrés en ALD. Au niveau national ce taux est encore inférieur (9%[2]), la population n'étant pas exclusivement des patients chroniques.

Le taux d'AME était plus important ce qui peut être du à une sur-représentation des étrangers sur notre échantillon comparativement au relevé national. Sur les CASO, l'AME est absente dans 23% des cas faute de justificatif de séjours de plus de 3mois [67], extrapolé à notre échantillon cette problématique représente un frein majeur à un recours aux soins optimal.

Les accès aux droits étaient donc souvent incomplets mais moins fréquemment absents que pour la population globale des LHSS au niveau national.

2.3. Caractéristiques des séjours :

2.3.1. Des structures de soins demandeuses :

Les difficultés ou l'inadaptation de la prise en charge hospitalière sont reflétées par le fait que la majorité des demandes provenaient des hôpitaux proches (51,2% au national [2]). Cela peut signifier un recours à l'hôpital par défaut (soins primaires) ou de part la gravité de l'atteinte.

La situation particulière des LHSS bordelais avec le CAU attendant et la mise en commun des moyens médicaux et para-médicaux, avec de ce fait une plus grande sensibilisation des personnels du CAU aux soins, peut expliquer le fort taux d'admission à la demande du CAU (seulement 9% d'admission via le 115 au national).

Les autres structures de soins spécialisées dans la prise en charge des patients précaires (PASS centre d'Albret et Samu social) sont faiblement représentées. Le samu social disposent également de lits d'accueil, tandis que la PASS et le centre d'Albret sont essentiellement des structures de consultation ponctuelle, prenant en charge des patients moins lourds.

Viennent ensuite des demandes peu fréquentes (EMPP, SSR, et diaconat). Globalement pour les patients chroniques des LHSS bordelais les demandes viennent d'un nombre de partenaires plus restreint.

2.3.2. Des premiers séjours de durée longue :

La grande majorité des séjours sont des premiers séjours (70% national [2]) avec peu de seconds et seulement quelques troisièmes séjours.

La durée moyenne de séjour observée est de 10 jours plus longue que la population nationale globale sur les LHSS ce qui peut-être dû à la sélection de patients atteints de pathologies chroniques nécessitant des prises en charge plus longues.

La proportion de séjours de plus de 6 mois est notamment plus forte (8% [2]) et celle des moins de 1mois plus faible (39% [2]). Les séjours prolongés sont attribués à un manque de structures d'aval adaptées (démences précoces, mise en échec des cadres institutionnels classiques).

L'âge n'influence pas significativement la durée de séjour. L'étude nationale [2] avait mis en évidence une durée de séjour avant tout justifiée par la pathologie d'admission ce que l'on retrouve ici dans le cas des pathologies chroniques.

2.3.3. Des sorties sur fin de prise en charge sanitaire :

Les taux de départs anticipés (volontairement ou sur exclusion/sanction) et

d'hospitalisations devant une aggravation de l'état du patient sont faibles par rapport au national. Les sorties sur fin de prise en charge sanitaires sont relativement fréquentes pour une structure de type LHSS (55% au national [2]).

Au niveau national, les difficultés liées au respect du cadre institutionnel et à la vie en collectivité expliquent ce taux. D'autre part les prises en charges sur les LHSS sont effectuées sur demande médicale, et l'on peut se demander si cette demande a été effectuée en concertation avec le patient, si celui-ci est réellement en demande de ce séjour.

Dans le cas de cette étude, les patients chroniques respectaient donc plus le cadre de soins, ou la tolérance et l'adaptabilité de l'équipe étaient meilleure dans leurs cas.

A noter un décès soit 1% des sorties ce qui équivaut à la moyenne nationale des LHSS mais ce taux est inférieur aux 3,7% de taux annuel de décès des patients ALD dans la population générale. L'hypothèse probable est celle d'une plus grande médicalisation des situations pré-mortem qui expliquerai que ces patients ne meurent pas durant leur séjours sur les LHSS, mais plutôt à l'hôpital.

2.3.4. Un retour fréquent à la rue :

En l'absence de solution d'hébergement, le patient retourne à la rue. De plus, les sorties vers établissement de soins sans solutions d'hébergement au décours et les hébergements précaires non pérennes comme l'accueil de jour en centre d'urgence peuvent être assimilés à une sortie vers la rue. L'absence de raison médicale de poursuivre la prise en charge et la forte demande de place impose ce retour à la rue, la question de la médicalisation des problèmes sociaux se posant de fait. Le retour à la rue est néfaste pour la prise en charge médicale, mais le médecin ne peut se substituer à une réponse sociale inadaptée ou manquante. Par défaut les patients des LHSS bénéficient d'une prise en charge en 115.

2.3.5. L'ouverture de droits fréquente :

La couverture maladie est complétée, non sans difficultés liées à des problématiques financières, des vols ou pertes de justificatifs. L'assistance des travailleurs sociaux permet une aide dans les démarches complexes et ce d'autant plus que des problèmes de langue et de connaissance du fonctionnement administratif se posent. L'accompagnement social est nécessaire dans la grande majorité des cas.

2.4. Caractéristiques sanitaires :

2.4.1. Motifs de prise en charge, les pathologies chroniques en premier lieu :

La présence d'une pathologie chronique était le motif le plus fréquent de la prise en charge. Le reste des motifs se répartit par ordre de fréquence entre : post-chirurgie, AEG, traumatologie, affection aiguë, infections et psychiatrie. Ces autres motifs peuvent également être la conséquence d'une ALD (chirurgie sur pontage, infection sur immunodépression etc).

Notre échantillon ne concerne que des malades chroniques dont les pathologies ont plus de chance d'être déjà connues et dont les complications entraînent des actes de chirurgie. Dans le rapport national, seul 24% des cas sont liés à une pathologie chronique, 14% sont indéterminés. Les motifs de post-chirurgie sont moitié moins fréquents (8%) [2]. Une plus grande part d'infection (12%), de traumatologie (15%), et des catégories dermatologie et gynéco-obstétrique (respectivement 6,6 et 4,5%) sont présentes. Les malades chroniques pourraient être moins sujets aux infections car plus suivis et moins sujets aux traumatismes car moins autonomes, ou plus âgés.

Une grande part de pathologies chroniques parmi les motifs psychiatriques peut expliquer la fréquence équivalente de ces motifs entre notre enquête et l'enquête nationale.

2.4.2. Des partenaires nombreux, une prédominance des structures sanitaires :

Les partenaires principaux sont surtout des structures sanitaires et en premier lieu les hôpitaux puis les PASS (dont centre d'Albret), le médecin traitant, le samu social, l'EMPP et les SSR. Ces partenariats se font sous forme d'échanges informels, au cas par cas. L'hôpital apparaît fréquemment car il est à la fois structure demandeuse de séjours et structures d'accès aux soins privilégiée des précaires, notamment par la voie des urgences. Les suivis spécialisés s'y font donc régulièrement.

Le faible taux d'ALD enregistré peut s'expliquer par le faible taux de déclaration de médecin traitant, alors qu'il est de 90% au régime général et chez les bénéficiaires de la CMU-c [17].

La nécessité de prendre rendez-vous, les réticences à accueillir dans leur salle d'attente ces patients au milieu des autres, l'absence de couverture sociale, la nécessité d'avance de

frais de ce fait et la difficulté à être reçu (stigmatisation, regard des autres patient, respect des horaires de rendez-vous) peut aussi expliquer ce faible recours qui apparaît délétère en terme de coordination de soins.

Viennent ensuite 18 autres structures, chacune avec une orientation particulière. Le CAIO, Emmaüs à vocation sociale ; le COS et ADOMA pour les étrangers demandeurs d'asile, promofemme et MANA pour la médecine transculturelle ; l'ANPAA, ELSA et le CEID pour les addictions ; les dispositifs d'hébergement halte de nuit et petit ermitage ; les structures d'hébergement ou d'accompagnement médico-sociale : SOS habitats et soins, handivillage et le SAMSAH ; les structures de soins : médecin du monde, réseau l'Estey (soins palliatifs).

Il existe donc des partenaires principaux connus de nombreux patients et un nombre importants de structures moins fréquemment contactés mais ayant chacune une spécificité utile dans la prise en charge des patients sur les LHSS de part les caractéristiques socio-culturelles et les parcours variés des patients précaires.

Cela permet une grande variété dans l'aide aux précaires mais la multiplicité des interlocuteurs peut également rendre la prise en charge moins claire et compréhensible pour les différents intervenants en l'absence de coordinateur autour de chaque cas.

2.4.3. Une perte d'autonomie fréquente :

Les patients présentaient fréquemment à leur entrée une perte d'autonomie. La perte d'autonomie pourrait être liée à la fois à l'âge et au nombre de pathologie comme le montre le croisement des pertes d'autonomie en fonction de l'âge et du nombre de pathologies.

Ces pertes d'autonomie précoces et fréquentes marquent la gravité de la pathologie et entraînent des difficultés de prise en charge (lourdeur des soins notamment).

2.4.4. Des addictions le plus souvent :

L'existence d'une addiction a été mise en évidence dans plus de la moitié des cas (54% dans le rapport national [2]) mais notre étude comporte des patients pour lesquels cette donnée n'est pas connue ce qui a pu induire une sous-estimation de cette problématique. La plupart des addictions concernaient le tabac et l'alcool et dans une plus faible proportion le cannabis, les opiacés et les traitements (benzodiazépines, traitements substitutifs aux opiacés).

2.4.5. Découverte d'une pathologie pendant le séjour :

Malgré une orientation secondaire par des structures de soins et la chronicité des atteintes entraînant potentiellement un recours aux soins plus fréquent, la découverte d'une pathologie au cours du séjour, n'est pas rare. Elle est moins fréquente qu'au niveau national sur une population non exclusivement chronique.

2.4.6. Des ALD variées et cumulées :

L'analyse des ALD présentées par notre échantillon retrouve les pathologies les plus citées dans les études de morbidité chez les patients précaires à la rue.

Le diabète est l'ALD la plus représentée dans notre échantillon comme dans la population générale. Elle pose de multiples problématiques : règles hygiéno-diététiques non applicables même en cours de séjours (repas servis non adaptés), déséquilibre par la consommation d'alcool, et risques liés aux traitements par insuline chez des patients peu observants et peu autonomes. Le risque d'hypoglycémie est majeur. Ces diabètes sont souvent dus à des atteintes pancréatiques par l'alcool ainsi qu'aux difficultés liées à une alimentation déséquilibrée. La forte représentation de cette pathologie peut signifier une plus grande sensibilisation des diabétiques aux soins, notamment en cas d'insulinothérapie dont les conséquences en cas de mésusage sont directement perçues par le patient. La prévalence dans la population générale est de 3,4% [59], 4.1% dans les CASO en 2012 [67] et 7,5% (des 59% des pathologies chroniques) sur les LHSS [2].

Les maladies chroniques et évolutives du foie sont réparties en 14% d'atteinte virale (VHC ou VHB) et 5% de cirrhoses éthyliques.

Un plus fort taux de dépistage chez les populations à risque (toxicomanie) et des explorations d'anomalies hépatiques fréquentes peuvent expliquer les taux d'hépatites virales et d'infections VIH. Leur prévalence est 10 fois supérieure à la population générale, elles sont plus présentes que la proportion de maladies graves recensées dans l'étude de morbidité médicalisée lyonnaise (12% [68]) et plus que les 10% observés parmi les malades chroniques des LHSS en France [2]. Autre infection grave, la tuberculose est plus fréquente (la prévalence étant 10 à 20 fois celle de la population générale), pour une pathologie observée chez 0,2% des personnes dépistées sur les CASO [67] à Paris et 1% des malades précaires graves à Lyon [68].

Les affections cardio-vasculaires (AVC, AOMI, maladie coronarienne, et atteintes

cardiaques) sont très représentées, l'enquête lyonnaise n'en relevant que 12% [68], et 18% sur les LHSS [2]. Dans la population générale ces ALD ont une prévalence cumulée de 4% [59]. Dans ce groupe de pathologie se trouvent des atteintes liées aux facteurs de risques cardiovasculaires (AOMI, AVC, maladie coronarienne) mais également à l'alcool entraînant insuffisances cardiaques et fibrillations auriculaires. Le tabagisme important de la population explique en partie ce taux, et, comme pour le diabète, les règles hygiéno-diététiques non applicables.

Les atteintes neurologiques graves comprennent les neuropathies alcooliques, les épilepsies (6% sur Lyon [68] pour les 2 pathologies). Autre atteinte neurologique pouvant être liée à l'alcool, les démences sont présentes dans 6% des cas, et surviennent à des âges peu avancés (moins de 60 ans pour les 4 cas). Elles sont présentes à 3,3% au niveau national sur les LHSS [2]. La perte d'autonomie survenant à des âges peu avancés pose le problème du manque de structures adaptées pour la prise en charge.

La fréquence des pathologies tumorales peut s'expliquer par une exposition à des facteurs de risques (tabac, alcool), un moindre accès au dépistage et une moyenne d'âge plus élevée car seulement 5% des personnes accueillies au niveau national sont atteintes [2] et 0,6% des patients sur les CASO [67]. Les chiffres sont comparables à ceux observés sur l'agglomération lyonnaise [68]. Le recours à l'hôpital est fréquent dans ce type de pathologies, avec un suivi planifié et des traitements bien codifiés mais nécessitant pour être applicables un hébergement et une surveillance médicale.

Les chiffres des affections psychiatriques de longues durées (hors addictions) sont comparables à l'étude SAMENTA qui en relevait chez 1/3 des patients [66]. 11% des patients sur les LHSS [2] en présentent. Ces atteintes semblent donc s'inscrire dans la chronicité. Le taux de prévalence dans la population générale est de 1,8% en 2011 [59] soulignant l'impact de la pathologie psychiatrique sur le risque de précarité.

Les affections respiratoires chroniques (BPCO, asthme) sont présentes chez des patients fumeurs. Les prises en charge étaient dues essentiellement à des infections. Dans les études de morbidité les affections respiratoires sont relevées comme parmi les plus fréquentes chez les précaires (27,7% dans les CASO [67]) mais ne concernent pas exclusivement des affections respiratoires ALD. Sur l'agglomération lyonnaise elles représentent 12% des maladies chroniques [2].

Viennent ensuite des affections plus rares, vascularite, néphropathies avec insuffisance rénale et polyarthrite rhumatoïde, les affections rénales sont présentes à 2% sur les LHSS [2] et 3% sur Lyon [68]. Ces pathologies sont faiblement représentées dans la population générale

0,1 à 0,2% de taux de prévalence [59].

Les ALD 31 et 32 ne font pas l'objet de relevés spécifiques aux précaires dans la littérature, elles concernaient des embolies pulmonaires récidivantes, une ostéite chronique et 2 patients polypathologiques, dépendants dans un contexte de troubles cognitifs sur alcoolisation.

De nombreux patients ont au moins 2 ALD, soit 2 pathologies graves, avec en moyenne 1,57 ALD par patients (contre 1,14 au régime général en 2004). Ce chiffre augmente avec l'âge tout comme observé au régime général. La vie à la rue semble donc, si ce n'est entraîner des pathologies chroniques, être un facteur important de développement de ces pathologies.

En prenant en compte toutes les pathologies ALD et non ALD, la grande majorité des patients est polypathologique. Le nombre moyen de pathologies par patients selon les catégories d'âge montre que les plus jeunes sont ceux qui présentent le moins de pathologies associées.

L'augmentation du nombre de pathologies peut signifier l'aggravation des pathologies ALD (complications) du fait de la poursuite de la vie à la rue, de l'échec des prises en charge antérieures ou du manque de prises en charge adaptées.

2.4.7. Actes durant le séjour :

Les séjours sur les LHSS permettent l'accès aux différents spécialistes comme le montre la moyenne de consultations organisées à partir des LHSS. Le relevé du nombre d'actes de biologie et d'imagerie montre un recours fréquent à la biologie et moins fréquent à l'imagerie. Cela souligne un accès aux moyens techniques et humains mais sans que ce recours soit très fréquent. Les prises en charge ne nécessitent pas d'actes fréquents (gravité moindre qu'en milieu hospitalier) mais les coûts ainsi que les moyens logistiques nécessaires (intervention d'un laboratoire de ville, accompagnement) peuvent limiter les demandes.

2.4.8. Hospitalisations et passages aux urgences :

La gravité des pathologies prises en charge est mise en évidence par un recours à des hospitalisations programmées, voire des hospitalisations répétées, le séjour sur les LHSS permettant des hospitalisations courtes lorsque cela est nécessaire.

Les passages aux urgences restent fréquents en lien avec la gravité des pathologies et

l'absence de présence médicale ou para-médicale continue sur la structure.

2.4.9. Objectifs médico-sociaux des séjours :

Les 3 catégories de séjours les plus représentées sont les soins en sortie d'hospitalisation (convalescence, inter-cure), la stabilisation médico-psycho-sociale, et les pathologies graves et/ou perte d'autonomie, viennent ensuite les problématiques liées à l'alcool puis les problématiques sanitaires aiguës et les haltes pour problématiques psychosociales sans atteinte sanitaire aiguë. Les prises en charge concernaient donc des problématiques chroniques lourdes, associées à des problématiques sociales non moins lourdes dans la majorité des cas.

3. SYNTHÈSE :

3.1. Des situations sanitaires graves :

La population étudiée est essentiellement masculine d'âge moyen (moyenne de 50ans) polypathologique avec 1,57 ALD en moyenne et au minimum 3 pathologies distinctes cumulées qui entraînent fréquemment une perte d'autonomie précoce. Ce nombre important de pathologies est un facteur de prolongement des séjours qui en moyenne durent 86,7 jours.

Le motif de recours aux LHSS est dû aux conséquences d'une ALD, et ce séjour permet souvent de prendre en charge une nouvelle pathologie.

Les pathologies identifiées nécessitent un recours fréquent aux consultations spécialisées voir à l'organisation d'hospitalisations, permettant de limiter les passages aux urgences qui restent tout de même fréquents (40% des patients).

Les pathologies chroniques identifiées sont le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les maladies infectieuses, les atteintes neurologiques, les tumeurs malignes, les affections psychiatriques et les atteintes respiratoires. Leur gravité est soulignée par un recours aux hospitalisations, voir des sorties pour hospitalisations.

Les études montrent que ces pathologies sont communément associées à des difficultés de prise en charge, d'observance et d'adhésion aux soins et ce d'autant plus que la situation sociale est complexe [52].

3.2. Des comorbidités médicales et sociales :

3.2.1. Sur le plan social :

Les patients sont le plus fréquemment étrangers ce qui pose le problème de l'accès aux droits (AME, asile), celui de la compréhension des soins et des démarches dans la mesure où la langue française n'est pas maîtrisée.

La majorité des personnes prises en charge sont sans-abri, avec un temps de rue réparti entre moins d'1 an et plus d'1 an de manière égale. Cependant la catégorie jeunes étrangers hors union est marquée par une forte proportion de séjours inférieurs à 1 an.

Ces patients sont sans ressources financières. La couverture maladie est incomplète avec souvent absence de complémentaire santé.

Ces situations sociales complexes nécessitent un accompagnement fréquent chez ces patients malades. Les démarches administratives sont elles aussi complexes et ce d'autant plus pour des personnes étrangères ne maîtrisant pas la langue. Les patients bénéficient d'une mise à jour des droits, non sans être soumis aux difficultés inhérentes à la vie de rue (financement, vol, perte de papiers, domiciliation).

Les sorties se font vers la rue et les hébergements d'urgence, ce qui souligne le manque de solution sur le plan social et le problème du suivi de la maladie chronique dans ce contexte.

3.2.2. Sur le plan médical :

Les prises en charges des affections chroniques graves sont compliquées par la présence de comorbidités notamment les addictions et les affections psychiatriques avec un impact médical et institutionnel.

L'alcool à l'origine de problématiques médicales (cirrhoses, insuffisance cardiaques, neuropathie, démences) est aussi impliqué dans la non adhésion aux soins et au cadre institutionnel mis en évidence par les départs volontaires et les exclusions/sanctions.

L'imbrication de problématiques médicales et sociales complexes constitue un cumul de vulnérabilités et nécessite un recours au partenariat avec d'autres structures sanitaires et sociales. L'étude montre des liens existant en premier lieu avec l'hôpital pour les soins mais aussi de nombreuses autres structures. Chacune d'entre elle joue un rôle propre dans l'amélioration de la possibilité d'accès et d'adhésion aux soins.

3.3. Un classement nosographique prenant en compte la globalité de la situation :

Sur les LHSS de Bordeaux, les objectifs de séjour ont été pensés pour prendre en compte le patient de façon globale. Sont distingués :

- Les soins en sortie d'hospitalisation (39% des cas) permettant une surveillance, un repos pendant l'intercure d'un traitement lourd, une convalescence dans les suites d'une chirurgie ou d'une pathologie aiguë. La prise en charge sur les LHSS permet la réalisation des soins (qui seraient réalisés en ambulatoire pour la population générale), leur suivi et la préparation, l'organisation des suites médicales et sociales.
- Les séjours pour stabilisation ou exploration médico-psycho-sociale, 26% des cas, permettant une synthèse de la situation sociale et médicale de la personne pour proposer des solutions personnalisées et acceptées par la personne.
- Les soins devant une perte d'autonomie, ou pathologie grave évolutive, 16% des cas, permettent une prise en charge sous surveillance médicale, pour des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation permanente, ou trop jeunes pour un accès à une EHPAD, mais dont la situation nécessite un étayage particulier (soins de nursing, surveillance médicale, soins infirmiers, prise des traitements)
- Les pathologies aiguës ou chroniques liées à l'alcool, 11% des cas, sont individualisées. Adoptant le principe de réduction des risques, le séjour permet à la personne l'accès aux soins nécessaires.
- Les séjours pour halte, souffrance psycho-sociale sans problématique sanitaire aiguë, 3% des cas, concernent des patients atteints d'ALD dont la situation sociale précaire se dégrade. Le séjour permet de trouver une solution à la problématique sociale et de limiter l'impact médical de la situation ou d'effectuer une synthèse médicale, un point sur le suivi.
- Les problématiques sanitaires aiguës (3% des cas) rares sur une structure qui leur est pourtant destinée mais, qui comme le souligne le rapport national, ne peut répondre à ces demandes du fait de la prolongation des autres séjours. Ces prises en charges permettent un hébergement le temps d'un traitement bref, et un point sur le plan social.

3.4. La nécessité d'une approche globale :

Situations médicales et situations sociales sont étroitement liées. En effet, comment améliorer son état de santé lorsque l'on est à la rue? Comment sortir de la rue lorsque l'on est atteint de pathologies lourdes ?

Dans ces situations complexes, l'amélioration de l'état de santé ne peut être effective et pérenne sans l'amélioration de la situation sociale. Les dimensions psychologiques, culturelles et sociales de la personne forment un ensemble complexe où chaque dimension est en interaction. L'approche globale de la personne doit être envisagée comme le moyen d'optimiser l'efficacité des soins en utilisant une approche transversale afin que les décisions sociales et médicales soit coordonnées et cohérentes avec la situation de la personne.

Plus que l'accès aux soins, c'est le « care », au sens du prendre soin de la personne, qui est nécessaire pour que la démarche soit cohérente. Le « cure » isolé, au sens du soin, de la guérison de la maladie, apparaît d'autant plus inadapté dans ces situations sociales complexes [92].

Pour chacune des pathologies, les traitements et les prises en charges sont bien établis et font l'objet de recommandations précises. L'efficacité à long terme des interventions de soins repose sur leur compréhension et leur acceptation par la personne, sur l'adhésion aux soins nécessaire à l'observance. Les décisions de soins médicaux doivent intégrer la réalité de la personne dans son ensemble.

4. DIFFERENTS MODELES APPLICABLES

4.1. Le modèle de la santé communautaire :

Approche validée par l'OMS depuis 1965, la santé communautaire s'est développée dans les champs de la santé mentale et de l'exclusion aux États-Unis et au Canada. Utilisant les concepts de réduction des risques, d'auto-support et de travailleurs pairs, ce modèle est adapté aux populations marginales présentant un risque sanitaire important et particulier (usager de drogue, prostitution) et favorise l'accès aux soins pour ces personnes [1].

« La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités ; mise en place, gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment

des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités » [93].

L'Institut Théophraste Renaudot en donne les principales caractéristiques [94]:

- une base collective (ensemble d'habitants, groupe, réuni(s) autour d'une problématique, d'un objectif, d'une situation commune) pour l'action ou les actions à construire
- un repérage collectif des problèmes, des besoins et des ressources (le diagnostic communautaire)
- la participation ouverte à tous les acteurs concernés : spécialistes, professionnels, administratifs, politiques, usagers, ce qui signifiera :
 - implication de la population (dans l'identification de ce qui fait problème, pour mobiliser ses capacités, pour sa participation à l'ensemble du processus)
 - décloisonnement professionnel, transdisciplinarité, pluridisciplinarité,
 - décloisonnement institutionnel (intersectorialité),
 - partenariat,
 - partage de savoirs et de pouvoirs.

Des structures de taille réduite centrées sur les besoins de la personne, prenant en compte la nécessité d'hébergement et permettant au patient de rester acteur de sa prise en charge semblent plus efficaces. En mettant les besoins de la personne au premier plan et rendant possible l'adaptation de l'accueil à la personne, elles rendent possible l'accès aux soins pour certains et évitent des passages inadaptés par le système de soin classique.

Des équipes associant travailleurs pairs et professionnels s'y créent pour permettre l'échange autour des différents points de vue sur la situation de la personne. Cependant cette approche ne peut se faire sans la constitution d'une communauté et la revendication de son appartenance à celle-ci, alors même qu'elle représente un groupe marginal et stigmatisé.

4.2. L'auto-support [1]:

Sur le modèle des groupes d'entraide (alcoolique anonyme) ou groupes d'intérêts (défense des droits) dans le domaine de l'addictologie, des groupes d'auto-support pourraient avoir un intérêt dans la prise en charge des sans-abri. Lieux d'échanges d'informations privilégiant le renforcement individuel dans le contexte d'un groupe de pairs, les groupes d'auto-support permettent une responsabilisation et une amélioration de l'estime de soi.

Ces actions vont dans le sens de l'empowerment, redonner à l'individu sa capacité à faire valoir ses droits, à être informé, à faire des choix transformés en actions désirées. Cela implique une bonne confiance en soi, la conscience des ses possibilités et une responsabilisation.

4.3. le principe de réduction des risques [1] :

Mis en place au moment où les usagers de drogues ont été identifiés comme population à risques ce principe a permis l'accès aux soins des usagers. Inscrit dans la loi de santé publique et reconnu par l'OMS pour la lutte contre les addictions, les programmes bénéficient de financements pérennes. (Exemple : les Centre d'Accompagnement et d'Accès à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues)

Cette stratégie permet une amélioration nette en terme de mortalité, morbidité et qualité de vie. Les principes sont un bas seuil d'exigence pour permettre la rencontre des professionnels et aller vers une prise en charge classique décidée par le patient. La rencontre première du professionnel de santé permet également la mise en confiance et l'échange d'information de prévention et sur les risques. Cela permet une amélioration des connaissances de professionnels et des patients.

Le but est de protéger le patient « qui n'est pas dangereux mais en danger ». Ce principe reste pour le moment limité aux usagers de drogues mais son intérêt dans le champ de la santé mentale, de l'errance et des soins carcéraux est souligné dans le rapport. Cette approche montre également des résultats intéressants en ce qui concerne les consommations d'alcool pour les publics accueillis en centre d'hébergement.

4.4. La démarche du « chez soi d'abord » [1]:

Le terme de « chez soi » est choisi pour ne pas se limiter à la notion de toit, en effet les personnes ont besoin d'un véritable chez soi intégré dans la ville, stable, et sécurisant. Cela redonne à la personne sans chez soi la possibilité de développer son autonomie. Les principes fondamentaux sont :

- accès immédiat à un logement sans exigence préalable
- participation à la planification de toutes les formes de soutien
- réductions des risques liés aux addictions
- suivi par une équipe pluridisciplinaire

Un programme est en cours depuis 2010, centré sur les personnes sans-abri souffrants de troubles psychiatriques sévères, avec mise en place de groupe d'entraide mutuelle et de médiateurs santé pairs. Ce programme expérimental s'achèvera en 2014.

4.5. Vers un modèle de décision partagée :

La complexité des situations rencontrées impose des interventions pluridisciplinaires et concertées. L'observation de situations de ce type dans le cadre de la PASS de l'hôpital Saint-Louis a abouti à la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire médico-sociale [95]. Partant du constat que ces situations mettaient les médecins en difficultés et que l'approche sociale était souvent éloignée de la vision médicale de la situation, un groupe de réflexion éthique a été élaboré en 2008 autour de soignants, travailleurs sociaux, sociologues, anthropologues, avocats, psychologues [96].

Le travail du groupe de réflexion éthique : « Équité face à l'accès aux soins dans le cadre des contraintes budgétaires actuelles » a abouti à la constitution d'une grille de décision (cf annexe 2) par l'anthropologue et éthologue Catherine Wajs, pour prendre en compte toutes les dimensions de la prise de décision (critères cliniques, administratifs et sociologiques).

L'avantage de cette approche est de permettre une décision sur des critères objectifs en évitant une prise de décision médicale aux conséquences sociales, économiques et politiques par le seul médecin responsable du traitement. Elle insiste sur l'importance du décloisonnement des intervenants, la personnalisation de la prise en charge dans l'intérêt des personnes, et permet le « respect de l'intérêt individuel en rationalisant les dépenses de santé » [96].

Ce type de RCP évoque les soins palliatifs dont la définition par l'HAS en 2002 rappelle qu'ils sont des « soins [...] évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou soulager [...] d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels dans le respect de la dignité de la personne soignée »[97].

CONCLUSION :

Les LHSS ont été créés pour répondre à un besoin : permettre de prendre en charge les patients sans domicile atteints d'affections aiguës ne justifiant pas d'une hospitalisation. Dispositifs de soins permettant une alternative à un recours hospitalier inadapté, et se substituant souvent à une médecine de ville peu sollicitée par ces populations, les LHSS ont désormais un rôle reconnu dans la prise en charge des patients précaires. Intégrant les concepts de prise en charge globale de la personne, de soins au sens du « care », de partenariat, de prise en charge pluridisciplinaire, ces lieux ont développé un savoir faire dans l'accompagnement des personnes à la rue. Cependant ce dispositif est lui même désormais confronté à la problématique de la prise en charge des patients sans-domicile atteints de pathologies chroniques multiples.

La description de cet échantillon, retrouve une population relativement jeune, présentant souvent une perte d'autonomie précoce dans le cadre d'un cumul de pathologies graves et évolutives en l'absence de soins adaptés. Les comorbidités associées sont multiples : problématiques sociales, financières, culturelles, comportementales (pathologies psychiatriques, addictions).

Face à ces situations de cumul des vulnérabilités (médicales et sociales) où les décisions de chaque intervenant vont impacter la prise en charge des autres, la concertation des acteurs semble une évidence. Confronté à ces situations l'hôpital, lieu de recours fréquent des sans-abri, offre une réponse imparfaite, où la décision médicale est prédominante. Si l'on ne peut demander au médecin de pallier aux carences du système d'assistance, il est de sa responsabilité d'envisager l'impact psycho-social des prises en charges.

L'exemple des approches de santé communautaire, de réduction des risques, des soins palliatifs permettrait de construire un modèle d'approche de ces situations. La décision partagée est essentielle, le but premier est un repérage de toutes les vulnérabilités, une définition de l'ensemble de la problématique avant de traiter.

Ces approches nécessitent des dispositifs adaptés combinant hébergement et soins. Une première réponse est la création des LAM, mais tout comme les LHSS la demande est bien supérieure à l'offre. L'intérêt d'une ouverture de nouvelles structures réside à la fois dans l'avantage en terme de santé publique et en terme d'économie de santé. Cela contribuerait à la baisse de la consommation de soins hospitaliers tout en optimisant la prise en charge des sans-abri.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et proposition pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport remis au ministre de la santé et des sports [en ligne]. Novembre 2009. 231 pages, [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf
- [2] DGCS. Évaluation du dispositif Lits Halte Soins Santé (LHSS). Rapport final, version définitive [en ligne]. 2013 février. 179 pages, [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf
- [3] Adam C (médecin coordonnateur des LHSS de Bordeaux). rapport d'activité 2012 LHSS, établissement Leydet. Communication personnelle.
- [4] Geremek B. la potence ou la pitié. Paris: Gallimard; 1987.
- [5] Parizot I. Soigner les exclus. Paris: Presses Universitaires de France, 2003; 296p.
- [6] Castel R. les métamorphoses de la question sociale. Paris: Fayard; 1995.
- [7] Guevarre D. De la Mendicita provenuta. Aix: 1693.
- [8] Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1961.
- [9] Foucault M. Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Paris: PUF; 1963.
- [10] Imbault-Huart M-J. Chapitre 6. Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique. In: Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris: Flammarion; 1998. 76-83.
- [11] Ameisen J-C. Tous inclus. In: Médecins du monde. Santé publique et grande précarité, état des lieux et questions éthiques. Actes du colloque de Médecins du Monde dans le cadre du congrès de novembre 2011 de la Société Française de Santé Publique. 2011[en ligne] [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à : <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Actes-des-colloques-et-forum/Sante-publique-et-grande-precarite-etat-des-lieux-et-questions-ethiques>
- [12] République Française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (J.O. 31 juillet 1998) [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
- [14] République Française. Préambule à la constitution de 1946 [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946>

- [15] Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
<http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
- [16] République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (J.O. 11 août 2004) [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>
- [17] Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2012 [en ligne] [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2012.pdf
- [18] IGAS-IGF. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'état . Novembre 2010 [en ligne] [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000685/0000.pdf>
- [19] République Française. Code de l'action sociale et des familles - Article L254-1. Loi n°2003-1312 du 30 décembre 2003 - art. 97 [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797164&dateTexte=20130515>
- [20] Haut commissariat des nations unies aux droits de l'homme. Convention générale du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
http://www.legislation.cnav.fr/textes/cv/TLR-CV_GENEVE_28071951.htm
- [21] République Française. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158>
- [22] Guide du demandeur d'asile [en ligne]. La documentation française, Paris; 2009 [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Le_Guide_du_demandeur_d_asile.pdf
- [23] CIMADE. Droit d'asile. [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
<http://www.lacimade.org/poles/defense-des-droits/rubriques/2-droit-d-asile->
- [24] Comede. Guide Comede 2008 [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
<http://www.comede.org/-Guide-Comede-2008->
- [25] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil Économique et Social;

- 1987 [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : http://www.atd-quartmonde.fr/IMG/pdf/WRES_JO87-2.pdf
- [26] Townsend P. Deprivation. *Journal of social policy*. 1987; 16(02): 125-146.
- [27] République Française. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé [consulté le 13 janvier 2014].
Consultable à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000725332>
- [28] SASS C. Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction et évaluation du score dans une population de 197389 personnes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2006 avril; 14: 93-96.
- [29] INSEE. Pauvreté monétaire [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/pauvrete-monetaire.htm>
- [30] Simmel G. *Les pauvres*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998 ; 102p.
- [31] Meert H, Benjaminsen L, Cabrera P, et al. L'évolution des profils des sans-abri : une dépendance persistante à l'égard des services d'urgence en Europe : qui et pourquoi ? [en ligne]. Bruxelles, Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-abri (FEANTSA), novembre 2005 [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à :
http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/2005_profiles_fr.pdf
- [32] Collectif. Fiche bibliographique n°1. Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ? [en ligne]. Paris, Conférence de consensus « les sans-abri », novembre 2007 [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à :
http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_conf_de_consensus.pdf
- [33] Beaud S, Confavreux J, Lindgaard J. *La France invisible*. Paris: La Découverte ; 2006.
- [34] Brousse C, de la Rochère B, Massé E. Les sans domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds. In: Collectif. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*. Paris: La Documentation française; 2002. 395-431.
- [35] FEANTSA. ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://feantsa.horus.be/code/FR/pg.asp?Page=546>
- [36] Damon J. *La Question SDF. Critique d'une action publique*. Paris: PUF; 2002. 279p.
- [37] Damon J. *L'exclusion*. Paris: PUF; 2008. 127p.
- [38] Lenoir R. *Les exclus. Un Français sur dix*. Paris: Éditions du Seuil; 1974.

- [39] Hills J, Le Grand J, Piachaud D. Understanding Social Exclusion. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- [40] ONPES. Rapport 2009-2010 : Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise. Paris: La Documentation française; 2010.
- [41] OHEIX G. Contre la précarité et la pauvreté : 60 propositions. Paris: La Documentation française; 1981.
- [42] République Française. Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion (J.O. 3 décembre 1988) [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000875188&dateTexte=&categorieLien=id>
- [43] République Française. Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006075926&dateTexte=vig>
- [44] République Française. Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : [legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000271094](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000271094)
- [45] République Française. Loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion (J.O. 3 décembre 2008) [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019860428&dateTexte=&categorieLien=id>
- [46] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES, coll. Santé en action; 2010. 380 p.
- [47] Black D, Townsend P, Davidson N. Inequalities in Health. The Black Report.. Londres: Penguin Books; 1982. 240 p.
- [48] OMS. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé[en ligne]. OMS; 2009 [consulté le 13 janvier 2014]. 246 p. consultable à : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- [49] INSEE. Renoncement aux soins pour raisons financières. Décembre 2012 [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/dev_durable/reconcement_soins_raisons_financieres.htm
- [50] Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France, rapport général. Paris: La Documentation

Française; 1994.

[51] Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris: La Documentation française; 2010.

[52] WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action [en ligne]. Geneva: World Health Organization; 2003 [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

[53] Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P, Brulliard C, Hachet O, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. Archives of Cardiovascular Diseases Supplements. Décembre 2012; 4(4): 291–298.

[54] Bihan H. Education des exclus et des migrants diabétiques. Médecine des maladies métaboliques. Septembre 2007; 1(3): 76-79.

[55] Roudier C, Thammavong N, Weill A, Auleley GR, Chantry M, Deligne J, et al. Entred : améliorations de la prise en charge des personnes diabétiques traitées en France entre 2001 et 2007. Journées de veille sanitaire. Paris; 26–28 novembre 2008.

[56] Barnichon C, Ruivard M, Philippe P, Vidal P, Teissonnière M. Diabète de type 2 et précarité : une étude cas-témoins. La Revue de Médecine Interne. Août 2011; 32(8): 467–471.

[57] Dourgnon P, Or Z, Sorasith C. L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. Questions d'économie de la santé IRDES; 2013.

[58] République Française. Code de la sécurité sociale. Article D322-1, Modifié par Décret n°2011-726 du 24 juin 2011 - art. 1 [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006736722&dateTexte=&categorieLien=cid>

[59] CNAMTS. Tableau I : répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2011 pour le régime général, caractéristiques d'âge et de sexe [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2011.php>

[60] Paita M, Weill P. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Points de repère. 2009 décembre; (27).

[61] HCAAM. Rapport annuel 2010. L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse [en

- ligne] [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport2010.pdf
- [62] De la Rochere B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. INSEE première. 2003 avril; 893.
- [63] Antoine D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006. BEH. 2008; 10(11). 69-72.
- [64] Laporte A, Rouvel-Talleg A, Grosdidier E, et al. Epilepsy among the homeless: prevalence and characteristics. Eur J Public Health. 2005; 16. 484-6.
- [65] Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006. BEH. 2008; 43. 418-20.
- [66] Laporte A, Douay C, Detrez M-A, Chauvin P. Premiers résultats de l'enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagères des services d'aide dans l'agglomération parisienne. Paris: Observatoire du Samusocial; 2009.
- [67] Médecins du monde. Observatoire de la l'accès aux de la mission France, rapport 2012 [en ligne]. 2013 octobre. 208p [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à : <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/A-l-occasion-de-la-Journee-du-refus-de-la-misere-Medecins-du-Monde-publie-son-Observatoire-2013#tab-02>
- [68] Fontaine Gavino K, Labeille B, Canat G, Sindezingue M, Fontaine D, Bolamperti P, et al. Etude "Maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité". Volet quantitatif : "Morbidity et mortalité des personnes en grande précarité de l'agglomération de Lyon". Lyon: ORSA; 2011. 61p.
- [69] Labbe E, Moulin J-J, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. Revue de l'IRES. 2007; 1(53): 49p.
- [70] CEMKA-eval. Etude exploratoire sur les décès de sans abri. Etude pour l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Phase 1, Rapport final 04 02 2011 [en ligne] [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Phase_1_CemkaEval.pdf
- [71] Collectif «les morts de la rue ». Projet dénombrer et décrire, améliorer l'exhaustivité et la description des personnes en situation de rue décédées en 2012 [en ligne]. Octobre 2013 [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à : http://mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_ColMortsdeLaRue_2012_final_octobre13.pdf

- [72] Médecins du monde, Equipe mobile santé mentale communautaire. Mortalité des personnes sans abri à Marseille :
- premières données et premières analyses [en ligne]. Marseille: Médecins du Monde et AP-HM; 2009 [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à :
- http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/etude_mortalite_sans_abris_Marseille.pdf
- [73] Charlemagne A, Courouve L, Bonté J. le difficile recensement des personnes décédées à la rue. La lettre de l'ONPES. 2011 octobre; 5: 9p.
- [74] Alstrom CH, Lindelius R, Salum I. Mortality among homeless men. Br J Addict Alcohol Other Drugs. 1975 septembre; 70(3) : 245-52.
- [75] Nordentoft M., Wandall-Holm N. 10 years follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. BMJ 2003; 327: 81-4.
- [76] Morrison D. Homelessness as an independant risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. Int J Epidemiol 2009; 38: 877-83.
- [77] Parizot I. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale [mémoire en ligne]. Rennes: Ecole nationale de santé publique; 2007. 36p [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à :
- http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/mip/2007/groupe_20.pdf
- [78] Cambois E. Les personnes en situation difficile et leur santé. Dans: Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Paris; La documentation Française: 2004. p. 108-109.
- [79] Paugam S. La disqualification sociale. Paris; PUF: 1991. 256p.
- [80] Collet M, Menahem G, Picard H. Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits. Enquête Précalog 1999-2000. Questions d'économie de la santé IRDES. 2006 octobre; 113: 1-8.
- [81] Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris; bibliothèque scientifique Payot: 1986. 411p.
- [82] République française. Circulaire MES/DPM n° 2000-170 du 29 mars 2000 relative aux missions des centres d'accueil des demandeurs d'asile [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
- <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-15/a0151141.htm>
- [83] République Française. Circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à :
- <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-13/a0130986.htm>

[84] République Française. Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/fiches/BO20036/A0060057.htm>

[85] République Française. Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006. [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000815414>

[86] République Française. Circulaire DGAS/SD.1A n° 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé » [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-03/a0030038.htm>

[87] République Française. Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité [consulté le 13 janvier 2014]. (J.O. 28 mars 2009). consultable à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020445566>

[88] République Française. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm>

[89] République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (J.O. 21 juillet 2009) [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

[90] République Française. Circulaire n°DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://i.ville.gouv.fr/index.php/reference/332/circulaire-n-dgs-sp2-2000-324-du-13-juin-2000-relative-au-suivi-des-actions-de-sante-en-faveur-des>

[91] Musso S. Genèse d'un programme de médiateur en santé publique. Programme IMEA 2005 (document non publié).

[92] Mozère L. Le « souci de soi » chez Foucault et le souci dans une éthique politique du care. Le Portique [en ligne]. 2004; 13-14: 1-10 [consulté le 13 janvier 2014]. Consultable à : <http://leportique.revues.org/index623.html>

[93] CNLE. Définition de la santé communautaire [consulté le 13 janvier 2014].

Consultable à : www.cnle.gouv.fr/IMG/doc/Art_Sante_Commun.doc

[94] Brignon J. Petit précis de santé publique. Rueil Malmaison, Editons Lamarre, 2007.

[95] Georges C, Platon J. Décider dans les situations complexes: Les RCP médico-sociales et éthiques [en ligne]. Colloque national des PASS. Paris: AP-HP; 2011 mai. 15p [consulté le 13 janvier 2014].

Consultable à : <http://collectifpass.org/wp-content/uploads/2011/07/GeorgesPlaton-Revue.pdf>

[96] Georges-Tarragano C. Équité face à l'accès aux soins : l'expérience d'un groupe de réflexion pluri-professionnel [en ligne]. Paris: AP-HP; 2009 novembre. 30p [consulté le 13 janvier 2014]. consultable

à : http://www.gerhnu.fr/actescongres/pitie-salpetriere_nov09/c_georges.pdf

[97] ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs [en ligne]. 2002 décembre. 32p [consulté le 13 janvier 2014]. consultable à :

http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_461477

Également consultés :

- Archimbault A. L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité. Rapport au Premier ministre. 2013 septembre.

- Bourdieu P. la misère du monde, Paris, Le Seuil, 1993.

- Cingolani P. La précarité. Paris: Presses Universitaires de France, 2005; 126p.

- Commission de l'Organisation mondiale de la sante sur les déterminants sociaux de la sante. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en sante en agissant sur les déterminants sociaux de la sante. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la sante. Genève : Organisation mondiale de la sante, 2008 : 40 p.

- Declerck P. Les naufragés, avec les clochards de Paris. Paris, Plon, 2001. 458p.

- Foucault M. Surveiller et punir : naissance de la prison. Paris, Gallimard, 1975.

- Groupe recherche action. Étude maladies graves et fin de vie des personnes en grande précarité à Lyon, Grenoble, Toulouse et Paris: rapport final, 10 juin 2011. 244p.

- Lazarus A, Stohl H. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Saint-Denis, Délégation interministérielle à la Ville, 1995.

- Maisondieu J. La fabrique des exclus. Paris: Bayard éditions, 1997; 261p.

- Organisation mondiale de la santé (1986), Charte d'Ottawa, Ottawa, OMS.

- Paugam S. Le lien social. Paris: Presses Universitaires de France, 2008; 127p.

- Samu social de Paris, Rapport d'activité, exercice 2011, 116 p. <http://www.samusocial-75.fr/rapport-dactivite-2011/>

- Vexliard Alexandre, le clochard. Étude de psychologie sociale, Paris, Desclée de Brouwer, 1957.

ANNEXE 1 : GRILLE D'ANALYSE

<u>codage</u>	<u>énoncé</u>
1A	<u>sexe ?</u> 1 homme 2 femme
2A	<u>tranche d'âge</u> 1 18 à 24 ans 2 25 à 34 ans 3 35 à 44 ans 4 45 à 54 ans 5 55 à 64ans 6 >65ans
3A	<u>origine géographique</u> 1 France 2 Union européenne 3 hors UE
3B	<u>demandeur d'asile, éligible à une place en CADA</u> 1 oui 2 non
4A	<u>maitrise du français ?</u> 1 oui 2 non
5A	<u>logement ?</u> 1 rue 2 tiers 3 précaire 4 structure hébergement 5 autre
6A	<u>temps à la rue</u> 1 <1an 2 1 à 5ans 3 >5ans
7A	<u>ressources</u> 1 salariat 2 RSA 3 AAH 4 retraite 5 allocation chômage 6 aucunes 7 ancien combattant
8A	<u>protection sociale</u> 1 RG ou equivalent 2 CMU 3 AME 4 ALD 5 aucune
8B	<u>complémentaire santé ?</u> 1 mutuelle 2 CMUc 3 aucune
9A	<u>orienté par ?</u> 1 hôpital 2 urgences/post-urgences 3 samu social 4 CAU leydet 5 centre d'albret 6 autre

10A motif de la demande ?

- 1 post chirurgie
- 2 traumatologie
- 3 infection
- 4 problème dermatologique
- 5 AEG
- 6 affection médicale aiguë
- 7 affection médicale chronique
- 8 motif psychiatrique

10B objectif du séjour :

- 1 problématique sanitaire aiguë
- 2 pathologie aiguë ou chronique liée à l'alcool
- 3 pathologie grave évolutive, perte autonomie
- 4 souffrance psycho-sociale, halte sans problématique sanitaire aiguë
- 5 soins en sortie d'hospitalisation (convalescence, intercure)
- 6 lieu de stabilisation ou d'exploration médico-psycho-sociale

11A présence d'une pathologie ouvrant droit à une ALD ?

- 1 oui
- 2 non

11B séjour en lien avec cette pathologie ?

- 1 oui
- 2 non

12A nombre de pathologies ?

- 1 une
- 2 deux
- 3 trois
- 4 quatre
- 5 cinq
- 6 plus de 5

12B découverte d'une nouvelle pathologie durant le séjour ?

- 1 oui
- 2 non

13A pathologies ALD concernées au final

- | | |
|----|----|
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3 |
| 4 | 4 |
| 5 | 5 |
| 6 | 6 |
| 7 | 7 |
| 8 | 8 |
| 9 | 9 |
| 10 | 10 |
| 11 | 11 |
| 12 | 12 |
| 13 | 13 |
| 14 | 14 |
| 15 | 15 |
| 16 | 16 |
| 17 | 17 |
| 18 | 18 |
| 19 | 19 |
| 20 | 20 |
| 21 | 21 |
| 22 | 22 |
| 23 | 23 |
| 24 | 24 |
| 25 | 25 |
| 26 | 26 |
| 27 | 27 |
| 28 | 28 |
| 29 | 29 |
| 30 | 30 |
| 31 | 31 |
| 32 | 32 |

- 14A** **addiction**
- 1 tabac
2 alcool
3 autre
4 aucune
- 15A** **perte d'autonomie**
- 1 oui
2 non
- 16A** **partenaires dans la prise en charge**
- 1 EMPP
2 centre d'albret
3 samu social
4 PASS
5 médecin traitant
6 hopital
7 SSR
8 autre
- 17 A** **ouverture de droit durant le séjour**
- 1 oui
2 non
3 renouvellement
- 17B** **obstacle à l'ouverture des droits**
- 1 obstacle financier
2 perte des papiers identité
3 Pas de justificatifs (séjour, etc)
4 erreur d'adressage
- 18A** **nombre de passages aux urgences durant le séjour ?**
- 1 aucun
2 1
3 2
4 3
5 4
6 >4
- 18B** **nombre d'hospitalisations programmées**
- 1 aucune
2 1
3 2
4 3
5 4
6 >4
- 19A** **actes de biologie**
- 20A** **actes de radiologie**
- 21A** **consultations spécialisées**

22A **mode de sortie**

- 1 fin de prise en charge
- 2 hospitalisation
- 3 exclusion
- 4 départ volontaire
- 5 SSR
- 6 décès
- 7 expulsion du territoire
- 8 séjour en cours

22B **lieu de sortie**

- 1 rue
- 2 CAU leydet
- 3 structure de soin
- 4 hopital
- 5 lieu hebergement
- 6 autre
- 7 sejour en cours
- 8 décès

23A **durée de séjour**

- 1 <1mois
- 2 1 à 2mois
- 3 3 à 6 mois
- 4 >6mois

23B **raison de la durée prolongée >6mois du séjour ?**

- 1 pas de structure adaptée
- 2 nouvelle pathologie
- 3 autre

24A **nombre de séjour sur les LHSS sur la période étudiée**

- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 >4

25A **atteinte de l'objectif initial ?**

- 1 oui
- 2 non

ANNEXE 2 : Grille de décision des RCP médico-sociales, élaborée par Catherine Wajs

Critères	Evaluation	Poids décisionnel pondérable (de -5 à +5)
Critères cliniques		
Probabilité guérison/ efficacité attendue du traitement		
Probabilité d'amélioration cliniquement significative		
Evolution en l'absence de l'intervention		
Durée prévisible du traitement		
Poids des séquelles/ effets secondaires prévisibles du traitement		
Notion d'urgence médicale (vitale, non vitale)		
Alternatives de traitements (soins de confort ou autres)		
Evaluation de l'état général		
Evaluation du retentissement fonctionnel		
Evaluation de la douleur		
Autres données cliniques significatives (ex Evolutivité récente/ épisode de décompensation/poussée aigue)		
Critères administratifs (de -3 à +3)		
Ressources humaines et moyens/ place disponible dans le service		
Accès possible à une structure adaptée (ex soins de suite, soins palliatifs)		
Coût traitement		
Solvabilité		
Traitement accessible ailleurs		
Projet de vie en France		
Critères sociologiques (de -3 à +3)		
Hébergement/logement stable		
Famille, liens sociaux en France		
Famille, liens sociaux dans le pays d'origine		
Formulation de la demande et consentement (ce que le patient attend vraiment de sa prise en charge (guérison, soin, accompagnement, donner du sens à ce qui lui arrive...))		
Capacité d'adaptation/motivation		
Capacité de soutien et demande des proches		
Avis de l'équipe de soin		
Coefficient de sympathie		
Autre élément du contexte du patient à prendre en compte (politique, religieux...)		
Total chiffré des critères		
Discussion du résultat et décision	Commentaires	Décision finale

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

ABSTRACT

In their mission to take care of socially deprived patients, LHSS structures are facing complex situations involving chronic diseases. However, the usual responses seem to fail to meet the needs of this population, and a description of their specific situations could help to identify the main issues.

This descriptive and retrospective study was conducted in the LHSS structure of Leydet reception center in Bordeaux. From January 2011 to December 2012, the files of patients entitled to ALD coverage (long duration disease coverage) were analysed using a questionnaire investigating socio-demographic and medical data.

87 stays, involving 74 patients, were analysed, showing 86% of men and an average age of 49,9 years old. Patients were mainly foreigners (67%), homeless (67%), without financial resources (51%), and with partial social protection (44%). The health data showed a number of 1,57 ALD per patient and at least 3 different diseases per patient. After 45 years old, 38% of the population had a loss of autonomy. The main ALD were diabetes (24%), liver diseases (19%), neurologic diseases (17%), heart dysfunction (14%), peripheral arterial diseases (11%), neoplasia (11%), and psychiatric diseases (11%). The stay duration was on average 86,7 days, and 16% were shortened. A local hospital was involved in 87% of cases, and 40% of the patients went at least once in an emergency room. 34% of patients returned to living on the street after exiting the reception center.

Because of the medico-psycho-social complexity and the multiple vulnerabilities, taking care of socially deprived patients with chronic diseases involves a global approach, multidisciplinary reflection and appropriate health care structures.