



HAL
open science

La santé des résidents d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à bas seuil d'exigence : évaluation et propositions

Claire Cochet

► **To cite this version:**

Claire Cochet. La santé des résidents d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à bas seuil d'exigence : évaluation et propositions. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01297304

HAL Id: dumas-01297304

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297304>

Submitted on 20 Jun 2016

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2016

La santé des résidents d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à bas seuil d'exigence. Evaluation et propositions.

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Claire COCHET

Né(e) le 29 octobre 1988, à Bourg en Bresse (01)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE*

Le : 30 mars 2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres

Mme le Professeur Françoise CARPENTIER

Mme le Professeur Virginie SCOLAN

Mme le Docteur Lucie PENNEL

M. le Docteur Bruno DE GOER, directeur de thèse

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET****Année 2015-2016****ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Herve´	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabetologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sebastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

REMERCIEMENTS

Au professeur Patrick Imbert, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici ma profonde gratitude.

Aux professeurs Françoise Carpentier, Virginie Scolan et au docteur Lucie Pennel, merci de l'intérêt porté à mon travail et de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Soyez assurées de ma reconnaissance.

Au docteur Bruno De Goer, je te remercie d'avoir dirigé ce travail, et de m'avoir fait confiance. Merci pour tes conseils et pour tout ce que j'ai pu découvrir sur le monde de la grande précarité à travers ce projet et mon stage à la PASS.

A Madame Paule Tamburini, directrice de la SASSON, je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ce travail.

A Madame Myriam Margaro, chef de service de la *Maison Villeneuve*, merci pour votre confiance et votre disponibilité.

A l'ensemble des travailleurs socio-éducatifs de la *Maison Villeneuve*, merci pour vos témoignages et votre soutien lors de mes passages à Villeneuve.

Aux résidents de la *Maison Villeneuve* d'avoir accepté de participer à ce travail.

Aux docteurs Pierre Basset et Béatrice Bayet Papin, médecins de l'unité de soins palliatifs du centre hospitalier Métropole Savoie, je vous remercie de votre intérêt pour mon travail et vos réflexions.

A mon parrain, Jean Marc, merci pour ton aide dans l'analyse statistique.

A Christian, merci pour ton aide pour la relecture.

A Sophie, merci pour ton précieux soutien tout au long de mon parcours.

A ma famille, merci pour avoir cru en moi, et pour vos encouragements depuis le début de mes études de médecine.

A Elodie, Céline, Sarah et Amandine, pour leur amitié.

A mon chéri, Alex, qui m'aime comme je suis et me rend plus heureuse chaque jour.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.	6
ABREVIATIONS.	9
RESUME.	11
ABSTRACT.	12
1. INTRODUCTION.	13
1.1 Précarité sociale et santé.	13
1.2 Housing first et bas seuil d'exigence.	13
1.3 La <i>Maison Villeneuve</i>	14
2. MATERIEL ET METHODE.	16
2.1 Objectifs.	16
2.2 Méthode de l'étude.	16
2.3 Population étudiée.	16
2.4 Recueil des données.	16
2.5 Choix des tests.	17
2.5.1 Données relatives à l'alcool.	17
2.5.2 Etat de santé.	17
2.6 Analyse statistique.	18
2.7 Ethique.	18
3. RESULTATS.	19
3.1 Caractéristiques sociodémographiques.	19
3.2 Consommation d'alcool et autres toxiques.	21
3.3 Etat de santé des résidents vivants.	24
3.3.1 Comorbidités et score de multi morbidité.	24
3.3.2 Troubles cognitifs.	25
3.3.3 Dépendance physique.	26
3.4 Mortalité.	26

3.5 Parcours de soin.	26
3.5.1 Recours aux urgences.	26
3.5.2 Consultations médicales ambulatoires.	28
3.5.3 Hospitalisations.	28
4. SYNTHESE ET DISCUSSION DES RESULTATS.	29
4.1 Limites de l'étude.	29
4.2 Caractéristiques des résidents.	30
4.3 Etat de santé et mortalité.	30
4.4 Parcours de soin.	32
4.5 Prise en charge des résidents de Villeneuve et soins palliatifs, quelques similitudes.	33
4.6 Quelle structure pour cette population?	34
CONCLUSION.	37
BIBLIOGRAPHIE.	39
ANNEXES.	42
Annexe 1.	42
Annexe 2.	48
Annexe 3.	50
Annexe 4.	51
Annexe 5.	52
Annexe 6.	62
Annexe 7.	63
Annexe 8.	64
Annexe 9.	65
SERMENT D'HIPPOCRATE.	66

ABREVIATIONS

AAH : Allocation aux adultes handicapés
AME : Aide Médicale d'Etat
ALD : Affection longue durée
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARS : Agence régionale de santé
ASS : Allocation de solidarité spécifique
AUDIT : Alcohol use disorders identification test
BEP : Brevet d'étude professionnelle
BZD : Benzodiazépines
CASA : Collectif d'action des sans-abris
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU : Centre d'hébergement d'urgence
CIL : Correspondant Informatique et Libertés
CIRS : Cumulative illness rating scale
CIRS-SA : Cumulative illness rating scale - substance abuse version
CMU : Couverture maladie universelle
CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL : Conseil national d'informatique et liberté
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM V : Cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie
DT : Délirium tremens
DTS : Désorientation spatio-temporelle
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité
ET : Ecart type
IDE : Infirmière diplômée d'état
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
LAM : Lits d'accueil médicalisés
LHSS : Lits halte soins santé
MMSE : Mini Mental State Examination
MoCA : Montreal Cognitive Assessment

PA : Paquets années

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

Q MAT : Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac

RSA : Revenu de solidarité active

SASSON : Association savoyarde de l'accueil des secours et d'orientation

SDF : Sans domicile fixe

SFA : Société Française d'alcoologie

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

USC : unité de soins continus

USP : unité de soins palliatifs

RESUME

Contexte : La *Maison Villeneuve* est un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) à bas seuil d'exigence, ouvert récemment en Savoie. Elle accueille des anciens SDF, qui n'avaient pas accès aux structures d'hébergement classiques à cause de leur addiction à l'alcool notamment. Le suivi médical n'a pas été pensé à sa création.

Objectif : Evaluer l'état de santé et le parcours de soin des résidents, afin de proposer des pistes pour améliorer la prise en charge sanitaire.

Méthode : Etude descriptive observationnelle incluant les résidents vivants ayant séjourné au mois 12 mois et ceux décédés après leur admission. Les données étaient recueillies sur dossiers et à partir d'entrevues individuelles où les résidents ont répondu aux tests MoCA, AUDIT et QMAT. Le score CIRS a été utilisé pour obtenir un score de multi morbidité.

Résultats : 16 résidents en vie (âge moyen 51,2 ans) et 6 décédés (âge moyen 49,7 ans) ont été inclus. 15 résidents (68.2%) ont vécu plus de 10 ans à la rue.

20 (91%) d'entre eux avaient un trouble de l'usage d'alcool selon le DSM V.

Pour les résidents vivants, les résultats moyens aux scores CIRS et CIRS SA étaient 16.4 et 13.3. 14 (87.5%) avaient une altération de leurs fonctions cognitives.

L'admission à Villeneuve a divisé par 3.2 le nombre moyen de venues aux urgences ($p=0.037$) et a multiplié par 3.6 les hospitalisations post urgence ($p<0.0001$).

Discussion : Les résidents, ont un âge physiologique qui les rend comparable à une population gériatrique. La dépendance alcoolique est le principal déterminant des troubles somatiques et cognitifs. La *Maison Villeneuve* par sa bienveillance a un effet positif sur leur santé, elle rationalise leur parcours de soins.

Conclusion : Ces personnes ne rentrant pas dans les critères d'admission des structures de droit commun (addictologie, handicap psychique, gériatrique...), l'évolution en cours vers une mixité de l'équipe avec du personnel soignant est à poursuivre.

Mots Clés : personnes sans abris, troubles dus à l'abus d'alcool, parcours de soins, évaluation.

ABSTRACT

Background: Villeneuve's house is a low-threshold shelter and social reintegration center, which opened recently in Savoy. It receives old homeless people, who have no access to conventional housing structures because of their alcohol addiction. Medical monitoring was not thought when it has been created.

Objective: To evaluate resident's health status and care pathway, in order to suggest solutions to improve care.

Method: Descriptive observational study including living residents who stayed at least 12 months and died after their admission. Data were collected from records and individuals interviews where residents answered the MOCA test, AUDIT and QMAT survey. The CIRS score was used to obtain a score of multi morbidity.

Results: 16 residents alive (mean age 51.2 years) and 6 dead persons (mean age 49.7 years) were included. 15 residents (68.2%) have lived over 10 years in the street.

20 (91%) of them had alcohol use disorder according to the DSM V.

For the living residents, with average results and scores CIRS CIRS SA were 16.4 and 13.3.

14 (87.5%) had impaired cognitive functions.

The admission in Villeneuve divided by 3.2 the average number of emergency comings ($p = 0.037$) and multiplied by 3.6 the post-emergency hospital admissions ($p < 0.0001$).

Discussion: Residents have a physiological age that makes them comparable to a geriatric population. Alcohol dependence is the main determinant of somatic and cognitive disorders. Villeneuve's house by his caring has a positive effect on their health, it streamlines their care pathway.

Conclusion: These persons do not fall within the eligibility criteria of ordinary structures (addiction medicine, mental disability, geriatric ...), the current trend towards a mixed team with caregivers is to continue.

Keywords: homeless persons, alcohol-induced disorders, care pathways, assessment.

1. INTRODUCTION

1.1 Précarité sociale et santé

La précarité a été définie dans le rapport sur la *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* par J. Wresinski en 1987 : "c'est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence et quand elle devient persistante (...) " [1].

Les inégalités sociales de santé correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur.

Parmi les déterminants de santé (biologiques, environnementaux, comportementaux et réponse sanitaire), les facteurs sociaux sont les principales causes d'inégalité de santé.

Le sans abritisme apparaît comme un facteur de risque indépendant de mortalité [2].

L'étude menée par le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, un des laboratoires de l'Inserm) sur la mortalité des personnes sans domicile fixe (SDF), a montré, que sur la période 2008-2010, l'âge de décès des personnes sans domicile était de 49 ans en moyenne, contre 77 ans au sein de la population générale en France, soit un écart de 28 ans entre ces deux populations. Chez les SDF, environ 90 % des décès surviennent avant 65 ans, contre 25% dans la population générale [3].

L'alcool, le tabac et des carences nutritionnelles associés aux conditions de vie très dures, ont un impact direct sur la santé des SDF. L'absence de logement étant leur préoccupation première, la santé est souvent laissée de côté. La modicité de leurs moyens financiers et l'absence de couverture maladie les amènent à consulter tardivement ou renoncer aux soins.

Le psychiatre J Furtos décrit le *syndrome d'auto-exclusion*, qui intervient également dans le rapport aux soins des personnes en grande précarité : « pour survivre, le sujet est obligé de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité. Pour ne pas souffrir, il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. Pour vivre il s'empêche de vivre. » Le sujet vit dans un monde paradoxal et il faut comprendre ces comportements paradoxaux, qui peuvent expliquer une réaction thérapeutique négative : plus on les aide, plus ils vont mal [4].

1.2 Housing first et bas seuil d'exigence

La plupart des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) interdit les conduites d'alcoolisation dans leurs murs.

Généralement, une consommation problématique d'alcool est observée chez les personnes privées de logement depuis de nombreuses années.

L'alcool peut être un facteur de désociabilisation, chez cette population qui présente des fragilités d'ordre familiales, psychiatriques, etc et surtout une « béquille » pour affronter la rudesse du quotidien.

Mais comment lui apporter une aide sociale et médicale ?

Le modèle du « *Housing First* » vient apporter des éléments de réponse.

Lancé par Sam Tsemberis, psychologue clinicien new-yorkais, le modèle *Housing First* a été mis en place à partir de 1992 par l'organisation sans but lucratif « *Pathways to Housing* » [Les chemins vers le logement].

Cette démarche part d'un constat partagé par nombre de professionnels de la santé et du social qui interviennent auprès des personnes SDF. Ce n'est pas seulement d'un toit dont ils ont besoin pour se rétablir mais d'un « chez soi », qui procure intimité, sécurité et stabilité.

Les objectifs sont de :

- donner accès à un logement pour les personnes sans-abri, même si elles abusent d'alcool ou de substances, au principe que le logement est un droit fondamental,
- réduire les dommages liés à la vie dans la rue, à la consommation d'alcool et de drogues. Il s'agit bien de diminuer les préjudices causés par les consommations et non d'exiger l'abstinence.
- proposer un suivi adapté aux besoins de chacun mené par une équipe pluridisciplinaire [5].

Aux Etats-Unis, le modèle *housing first* est de plus en plus populaire auprès des décideurs au regard des résultats obtenus, y compris en matière de réduction des coûts financiers. Dans le Massachusetts, par exemple, l'organisation « Denver logement » offre des logements à travers cette approche à plus de 200 individus sans-abri chroniques. L'étude menée en 2006 y a montré une réduction significative de l'utilisation des services d'urgence par les bénéficiaires de ce programme ainsi qu'une amélioration de leur état de santé [5].

En France, ce concept se développe avec des CHRS à « bas seuil d'exigence » (ou « haut seuil de tolérance ») pour donner un toit à tous ceux qui ne peuvent pas entrer dans des structures classiques à cause de leurs addictions, de leurs chiens ou de la violence de leur comportement [6].

A ce jour on en recense une dizaine en France.

En Rhône Alpes, il y a par exemple, *La Villa Medicis*, à Avignon créée par le CASA (Collectif d'Action des Sans-Abris) en fonctionnement depuis 2003, et *Le Carteret* à Lyon ouvert depuis 2006 [7].

Leurs modes de fonctionnements et leurs structures matérielles sont variables.

1.3 La *Maison Villeneuve*

La *Maison Villeneuve* est un CHRS à bas seuil d'exigence, fondé par l' Association Savoyarde de l'Accueil des Secours et d'Orientation (SASSON).

Elle a ouvert ses portes dans le bassin chambérien en 2012, à Saint Albans Leysse pour accueillir des personnes en situation de grande précarité, pour la plupart SDF depuis 5 voire plus de 10 ans [8]. La création de cette maison résultait d'un constat : les services publics (police, pompiers) étaient sollicités de manière démesurée pour un petit nombre de SDF. Les sollicitations provenaient le plus souvent de passants et non des SDF eux mêmes. Ce petit groupe accaparait ainsi les structures d'urgences médicales et sociales.

La demande émanant du préfet était de rationaliser l'utilisation des services publics, c'est-à-dire assurer la sécurité publique et non la santé des personnes concernées.

En conséquence, la question sanitaire n'a pas été soulevée et donc le suivi médical n'a pas été pensé à l'ouverture de la *Maison Villeneuve*.

Ce lieu de vie n'est pas médicalisé, les résidents sont encadrés par des éducateurs, avec une présence 24 heures sur 24.

La prise en charge médicale est plutôt désorganisée. Lourdes comorbidités, absence de soignants sur place et souvent ambivalence vis à vis des soins, la compliquent. Les interlocuteurs sont nombreux (médecins de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé [PASS], généralistes de ville, psychiatres de ville et de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité [EMPP], urgentistes, SOS médecins).

L'idée de cette étude a émergé devant la souffrance et une perte de sens des travailleurs socio-éducatifs de la *Maison Villeneuve*, notamment au moment où plusieurs résidents sont décédés. Pour la plupart, ils sont issus du milieu de l'insertion et se retrouvent impuissant devant des personnes très affaiblies physiquement.

Il a alors été proposé de collecter des données objectives sur la santé des résidents.

Elles permettront :

- d'avoir une base objective pour chercher des pistes afin d'améliorer leur santé,
- d'avancer la réflexion sur l'avenir de la *Maison Villeneuve*, en prenant en compte cet aspect.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectifs

Objectif principal : évaluer l'état de santé et le parcours de soins des résidents.

Objectifs secondaires :

- estimer l'impact de la structure sur leur parcours de soin,
- évaluer la possibilité d'un changement de leur comportement lié à l'alcool.

2.2 Méthode

Une étude descriptive observationnelle a été menée au sein de la *Maison Villeneuve*.

Les données ont été recueillies :

- suite à des entretiens individuelles avec les résidents,
- à partir de dossiers.

2.3 Population étudiée

La population était constituée des résidents de la *Maison Villeneuve*.

Les critères d'inclusion étaient :

- âge de plus de 18 ans,
- résident en vie ayant séjourné au minimum 12 mois dans la structure,
- résidents décédés après leur admission à "*Villeneuve*",
- accord pour participer à l'étude, pour les résidents en vie.

2.4 Recueil des données

Un cahier d'observation a été préparé pour chaque résident. (Annexe n° 1)

Il y avait un seul investigateur, interne en médecine générale affecté à la PASS du centre hospitalier Métropole Savoie.

Le recueil des données provenant de plusieurs sources s'est déroulé en deux phases :

- **lors d'entretiens individuelles** avec les résidents, au sein de la structure.

Cela pouvait être dans un bureau ou dans leur chambre. Le moment était choisi en fonction de leur disponibilité, de préférence en début de journée. En effet, il était nécessaire qu'ils ne soient pas en état d'alcoolisation aigüe.

Ils ont été interrogés sur leur consommation d'alcool et autres toxiques à l'aide de questionnaires détaillés plus loin et une évaluation de leurs troubles cognitifs a été faite.

- **à partir de dossiers** : dossiers médicaux du centre hospitalier Métropole Savoie et dossiers personnels disponibles au sein de la structure. Données complétées si besoin par l'éducateur référent du résident ou par la chef de service de la structure.

L'interrogation des résidents pour les informations d'ordre sociales et médicales, n'a pas semblé pertinente, du fait de l'importance de leurs troubles cognitifs.

Les données ont été recueillies au cours du mois d'avril 2015.

2.5 Choix des tests

2.5.1 Données relative à l'alcool

Les données relatives au trouble de l'usage de l'alcool ont été évaluées à partir de plusieurs tests :

- **the Alcohol Use Disorders Identification Test (test AUDIT)**. Il a de bonnes caractéristiques intrinsèques et extrinsèques [9] (Annexe 2).

Cet outil de repérage a été recommandé par la Société Française d'Alcoologie (SFA), car supérieur au test CAGE [10].

L'AUDIT semblait pertinent pour estimer la probabilité de dépendance à l'alcool pour l'année précédente chez les patients présentant une consommation abusive d'alcool [11].

- le **DSM V** (cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie) a été utilisé pour définir les résidents souffrant de trouble de l'usage d'alcool. (Annexe 3)

- le **questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q MAT)** [12] a été utilisé pour évaluer la motivation pour un arrêt de l'alcool. (Annexe 4)

Ce test a été choisi car aucun n'a été validé concernant l'alcool.

2.5.2 Etat de santé

L'échelle **Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)** a permis d'établir un score de multi morbidité. (Annexe 5)

Il a été développé par Linn BS et al. en 1968 en Floride et modifié par Miller MD et al à Pittsburgh, qui publient le premier manuel d'utilisation en 1991.

Le CIRS se compose de 14 items correspondant aux 14 principaux systèmes, chaque pathologie y est pondérée, de gravité 0 à 4. On obtient ainsi le score final cumulé (entre 0 et 56).

La passation peut être faite en présence du patient ou sur dossier médical. Elle doit être réalisée par un médecin ou une infirmière entraînée.

En 2003, une revue de la littérature, désigne l'échelle CIRS comme un index fiable et valide [13].

Initialement développé en gériatrie, il a été montré par Parmelee PA et al. en 1995 sur une population gériatrique institutionnalisée qu'il existait une bonne corrélation entre le score final et la mortalité prédite à 2 ans et le risque d'hospitalisation dans l'année [14]. Plus récemment, Salvi F et al ont montré que le score CIRS permettait de prédire la mortalité et les ré-hospitalisations à 18 mois chez des patients âgés admis en service de médecine aigüe [15].

Ce score a aussi été validé en 2004 sur une population de patients consultant leurs médecin généraliste. Il a une bonne fiabilité inter juge et une très bonne reproductibilité au test retest [16].

Le **CIRS-SA (substance abuse version)**, comprenant que les 13 premiers items (exclusion des troubles psychiatriques et des addictions, item 14) a été validé pour une population souffrant d'addiction [17]. Il évite un biais en ne comptabilisant pas le trouble de l'usage d'alcool comme une pathologie cotée sévère dans l'item 14 de l'index CIRS.

Pour l'évaluation des fonctions cognitives, le test **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** était utilisé. Ce test de repérage, validé pour les patients atteints d'addictions, a été recommandé par la SFA.

Ce test a d'abord été développé dans une population gériatrique, il a été montré qu'il était plus sensible que le Mini Mental State Examination (MMSE) pour dépister les troubles cognitifs [18].

Il se compose de 14 questions et cible les domaines suivants : attention, langage, compétences visio-constructives, fonctions exécutives, calcul, orientation et mémoire. (Annexe 6)

Le test se déroule en 10 minutes environ.

S'il n'y avait pas de trouble de l'usage d'alcool, le **MMSE** était utilisé [19]. (Annexe 7)

Les résultats ont été ajustés en fonction du niveau de scolarité.

Le niveau de dépendance physique a été coté avec la **grille AGGIR**. (Annexe 8)

2.6 Analyse statistique

Les données pour chaque résident ont été recueillies de manière manuscrite.

La saisie des données anonymes a été faite avec Exel 2007.

Les valeurs ont été exprimées en effectif, pourcentage, moyenne et écart type (ET).

Pour comparer des données quantitatives, le test du Khi2 (lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs ou égal à 5) et le test de Student ont été utilisés. Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p=0.05$).

2.7 Ethique

Les résidents ont été informés de l'étude qui était menée :

- par une note d'information affichée au sein de la structure et distribuée aux résidents (Annexe 9),
- oralement par la chef de structure et l'investigateur.

Ils ont exprimé leur accord avant le recueil des données, qui restaient anonymes.

Une déclaration auprès du Conseil National d'Informatique et Liberté (CNIL) (via le Correspondant Informatique et Libertés (CIL)) a été validée sous le numéro 0852779.

3. RESULTATS

La structure comprend 17 places.

22 personnes ont été incluses : 16 résidents encore en vie, ayant résidé au minimum 12 mois à Villeneuve (14 hommes, 1 femme toujours à Villeneuve et 1 homme retourné à la rue) et les 6 personnes décédées après leur admission (5 hommes, 1 femme).

Les entretiens duraient en moyenne 30 minutes.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des résidents

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Hommes	20	90.9%
Femmes	2	9.1%
Age au recueil		
Moyenne (ET)	51.2(10.9)	
Min/Max	34/77	
Age, par tranche		
18-44 ans	7	31.8%
45-64 ans	13	59.1%
65 et plus	2	9.1%
Nationalité		
Française	17	77.3%
Union européenne	1	4.5%
Russie	1	4.5%
Afrique du nord-moyen orient	3	13.6%
Etat civil		
Célibataire	9	40.9%
Séparé(e)/divorcé(e)	12	54.5%
Veuf(ve)	1	4.5%
Marié(e)	0	0.0%
Scolarité		
Illettré(e)	1	4.5%
Collège	5	22.7%
CAP/BEP	14	63.6%
Bac ou plus	2	9.1%

Temps d'errance

De 0 à 4 ans	3	13.6%
De 5 à 10 ans	4	18.2%
De 10 à 20 ans	11	50.0%
Plus de 20 ans	4	18.2%

Provenance

Rue/Squat/CHU	14	63.6%
CHRS	5	22.7%
Logement personnel	3	13.6%

Durée de vie à Villeneuve (mois)

Moyenne (ET)	25.8(11.1)
Min/Max	7/41

Ressources financières

RSA/ASS	5	22.7%
AAH	14	63.6%
Retraite	3	13.6%

Mesure de protection

Aucune	6	27.3%
Curatelle simple	1	4.5%
Curatelle renforcée	13	59.1%
Tutelle	2	9.1%

Assurance maladie

SS+mutuelle	1	4.5%
CMU+mutuelle	15	68.2%
CMU+CMUc	6	27.3%

ALD

Oui	17	77.3%
Non	5	22.7%

3.2 Consommation d'alcool et autres toxiques

Tableau 2 : caractéristiques des consommations d'alcool de l'ensemble des résidents

	Effectif (22)	pourcentage
Age de début		
Moyenne (ET)	15.2 (4.5)	
Par tranche :		
Moins de 15 ans	10	45.5%
De 15 à 20 ans	11	50.0%
Plus de 20 ans	1	4.5%
Années de consommation excessives		
Moyenne (ET)	21.5 (9.7)	
Par tranche :		
Moins de 10 ans	1	4.5%
De 10 à 20 ans	11	50.0%
De 20 à 30 ans	4	18.2%
Plus de 30 ans	5	22.7%
Non concerné	1	4.5%
Fréquence des alcoolisations		
Quotidiennes	20	90.9%
Mensuelles	1	4.5%
Annuelles	1	4.5%
Unités d'alcool par journée habituelle		
0	2	9.1%
De 10 à 19	6	27.3%
De 20 à 29	9	40.9%
30 au moins	5	22.7%

Selon la classification DSM V , 2 résidents (un homme et une femme encore en vie) n'avaient pas de trouble lié à l'usage d'alcool.

Les 20 autres avaient un trouble, avec en moyenne 8,9 critères sur 12 (écart type 1.7, minimum 4 et maximum 11), dont 19 avec un trouble sévère.

Pour les 15 personnes en vie, encore à Villeneuve , les résultats au test AUDIT étaient :

- un score normal (4),
- un score en faveur d'un mésusage à l'alcool (12),
- 13 scores très élevés, évocateurs de dépendance (moyenne 26.7/40, ET 5.0, minimum 16 et maximum 37), pour les consommateurs quotidiens.

Tableau 3 : signes de dépendance physique pour les consommateurs quotidiens (20 résidents)

	Effectif(20)	pourcentage
Au moins un antécédent de crise convulsive de sevrage	9	45%
Au moins un antécédent de préDT ou DT	17	85%
Tremblements matinaux	15	75%
Délais réveil-première consommation :		
-dans l'heure	15	75%
-de 1 à 4h	5	25%
-plus tard	0	0%

En ce qui concerne les tentatives de sevrage (pour les 20 résidents souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool) :

- 11 n'ont jamais essayé (55%),
- 1 en a effectué un (5%),
- 8 ont eu recours au sevrage deux fois ou plus (40%).

Tableau 4 : résultat au questionnaire QMAT, pour les résidents encore à Villeneuve présentant un trouble de l'usage d'alcool

Résultat Q MAT	Effectif (13)	Pourcentage
0 (aucune envie de changer)	7	53.8%
1-6 (motivation insuffisante)	3	23.1%
7-13 (motivation moyenne)	2	15.4%
13 ou plus (bonne motivation)	1	7.7%

Les résultats au questionnaire Q MAT montrent que seulement 23.1% des résidents présentant un trouble de l'usage d'alcool envisagent d'arrêter.

Tableau 5: consommation d'autres toxiques

Toxiques	Effectif (22)	Pourcentage
Tabac		
Actif, dont :	19	86.4%
-moins de 20 PA	3	
-de 20 à 40 PA	9	
-plus de 40 PA	7	
Sevré	1	4.5%
Jamais	2	9.1%
Cannabis		
Actif quotidien	4	18.2%
Actif occasionnel	5	22.7%
Sevré	2	9.1%
Jamais	11	50.0%
Cocaïne		
Actif régulier	0	0.0%
Actif occasionnel	1	4.5%
Sevré	6	27.3%
Jamais	15	68.2%
Héroïne		
Actif	1	4.5%
Sous TSO équilibré	1	4.5%
Sevré	5	22.7%
Jamais	15	68.2%
BZD		
Actif	1	4.5%
Sevré	5	22.7%
Jamais	16	72.7%

3.3 Etat de santé des résidents vivants

Les résultats ci-après, portent sur les 16 résidents encore en vie.

3.3.1 Comorbidités et score de multi morbidité

Selon la cotation CIRS, en excluant les consommations d'alcool et de tabac comptabilisées en tant que tel dans les systèmes hépatique, psychiatrique et respiratoire :

- si l'on prend en compte les maladies de gravité moyenne au moins, le nombre moyen de pathologies par personne, était 4.7 (ET 2.5, min 0, max 9 pathologies) et 15 résidents (93.7%) répondaient aux critères de multi morbidité (coexistence de 2 maladies chroniques ou plus)
- pour les maladies de gravité sévère au moins, le nombre moyen était 2.9 (ET 1.7, min 0, max 6) et 11 résidents (68.5%) souffraient de multi morbidité.

En comptabilisant les problèmes de gravité moyenne au moins, et en excluant les consommations d'alcool et de tabac comme précédemment, les différents systèmes atteints, par fréquence décroissante étaient :

- psychiatrique : 15 résidents (93.7%) : 4 antécédents de tentatives de suicide, 4 troubles psychotiques, 1 trouble dépressif sévère, 1 trouble anxieux sévère, 6 troubles du comportements et agressivité, 14 troubles cognitifs,
- métabolique : 11 résidents (68.7%) : 11 dénutritions dont 5 sévères et 1 diabète de type 2,
- neurologique : 10 résidents (62.5%) : 6 épilepsies, 8 syndrome cérébelleux, 4 neuropathies des membres inférieurs,
- hépatique : 7 résidents (43.7%) : hépatopathies alcooliques,
- respiratoire : 6 résidents (37.5%) : 3 asthmes/broncho-pneumopathies chroniques obstructives, 3 antécédents de pneumopathies graves,
- digestif : 5 résidents (31.2%) : 2 pancréatites chroniques calcifiantes, 2 œsophagites et ulcères gastroduodénaux, 1 lésion d'hypertension portale,
- vasculaire : 5 résidents (31.2%) : 3 thrombopénies modérées, 2 athéromes,
- urinaire : 4 résidents (25%) : incontinence urinaire,
- orthopédique : 3 résidents (18.7%) : 1 cas de fractures multiples ostéoporotiques, 1 arthrose sévère, 1 maladie de Dupuytren sévère.

En plus de ces 3 résidents, 8 autres ont subi de nombreux traumatismes avec des lésions orthopédiques, qui ne sont pas comptabilisées dans le score CIRS car il s'agit de problèmes anciens et résolus (gravité 0).

- oto-rhino-laryngologique : 3 résidents (18.7%) : 2 cancer ou lésion suspecte, 1 surdité,
- cardiaque : 2 résidents (12.5%) : 1 fibrillation auriculaire et 1 malformation cardiaque congénitale,
- dermatologique : 1 résident (6.2%) : dermite du siège.

Aucun des résidents ne souffrait d'hypertension artérielle ou de problème rénal.

Tableau 6 : nombre moyen (ET) de système atteints selon les échelles CIRS et CIRS-SA

Résidents	Nombre de systèmes atteints, en moyenne	
	CIRS	CIRS SA
Total (16)	7.5(2.4)	6.5(2.4)
Par tranche d'âge :		
18-44 ans (4)	5.7(2.1)	4.7(2.1)
45-64 ans (11)	7.7(2.3)	6.8(2.3)
65 ans et plus (1)	10	9

Tableau 7 : score moyen des résidents aux échelles CIRS et CIRS SA

Résidents	Score moyen	
	CIRS	CIRS SA
Total (16)	16.4	13.3
Par tranches d'âges :		
18-44 ans (4)	12.5	9.5
45-64 ans (11)	17.5	14.4
65 ans et plus (1)	20	17

3.3.2 Troubles cognitifs

13 résidents vivants (81,2%) ont eu une évaluation de leurs fonctions cognitives: 11 tests MoCA et 2 tests MMSE ont été réalisés.

1 patient n'a pas pu être évalué, car parti de Villeneuve, mais souffrait de retard mental.

2 patients ont refusé, chez lesquels une désorientation temporo-spatiale a néanmoins été remarquée par l'investigateur et l'équipe éducatrice. Le refus était-il lié à la peur de l'échec?

2 avaient un résultat normal et 11 un résultat pathologique (dont 9 qui ont obtenu un score inférieur ou égal à 20, correspondant à un stade de démence modéré au moins)

Tableau 8 : évaluation des fonctions cognitives des résidents vivants

Fonctions cognitives	Effectif(16)	pourcentage
Normales (test ≥ 26)	2	12.5%
Altérées	14	87.5%
Dont :		
- retard mental	1	6.2%
- absence de test, mais DTS constatée	2	12.5%
- test pathologique	11	68.7%

3.3.3 Dépendance physique

12 résidents (75%) appartenaient au groupe GIR 5-6, 2 (12.5%) au groupe GIR 3-4 et 2 (12.5%) au groupe GIR 2-1.

12 personnes (75%) n'avaient pas la capacité d'effectuer des déplacements à l'extérieur de la *Maison Villeneuve* ou d'utiliser les moyens de communication seuls. Ces 2 Items ne sont pas pris en compte dans le calcul du groupe GIR.

9 résidents (56.2%) bénéficiaient d'une aide à domicile. 5 uniquement pour des tâches ménagères. Les 4 autres avaient en plus une aide pour la toilette, dont 3 quotidiennement.

3.4 Mortalité

Au moment du recueil des données, 6 décès ont été recensés depuis l'ouverture de Villeneuve. L'âge moyen au décès était de 49.7 ans (ET 11.8), le plus âgé avait 68 ans et le plus jeune 34 ans.

Les décès sont survenus en moyenne 21 mois (ET 8.2, min 7 et max 32) après l'entrée.

4 ont eu lieu au sein de Villeneuve, 2 dans un hôpital.

3 décès étaient secondaires à une insuffisance hépatique terminale sur cirrhose.

1 décès était lié à une double intoxication éthylique aigüe et médicamenteuse.

Les causes exactes des 2 autres décès n'ont pas été déterminées (décès par arrêt cardio-respiratoire).

3.5 Parcours de soin

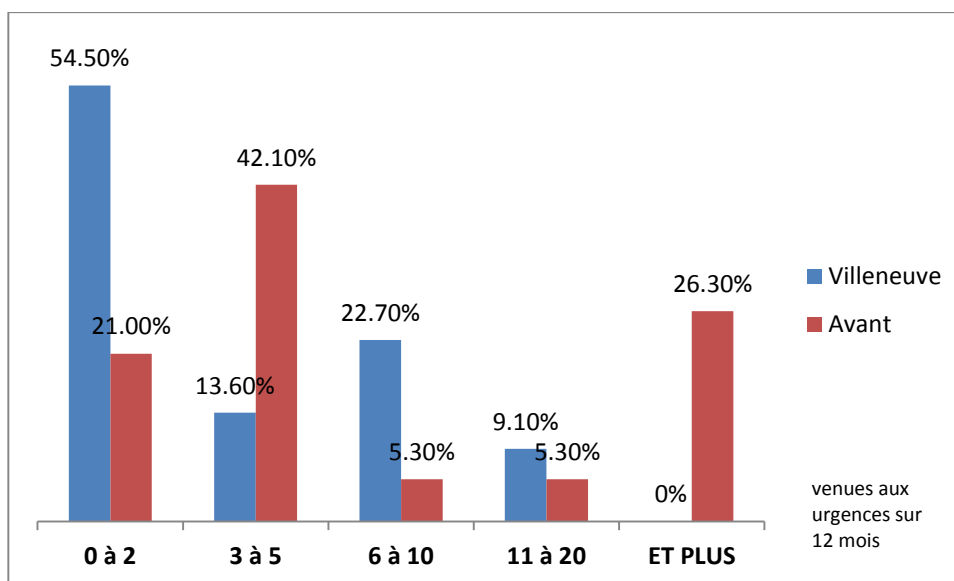
3.5.1 Recours aux urgences

Pour l'effectif total, sur les 12 derniers mois de vie à Villeneuve, chaque résident s'était rendu 4.1 fois aux urgences en moyenne (ET 4.6, minimum 0 et maximum 17 venues).

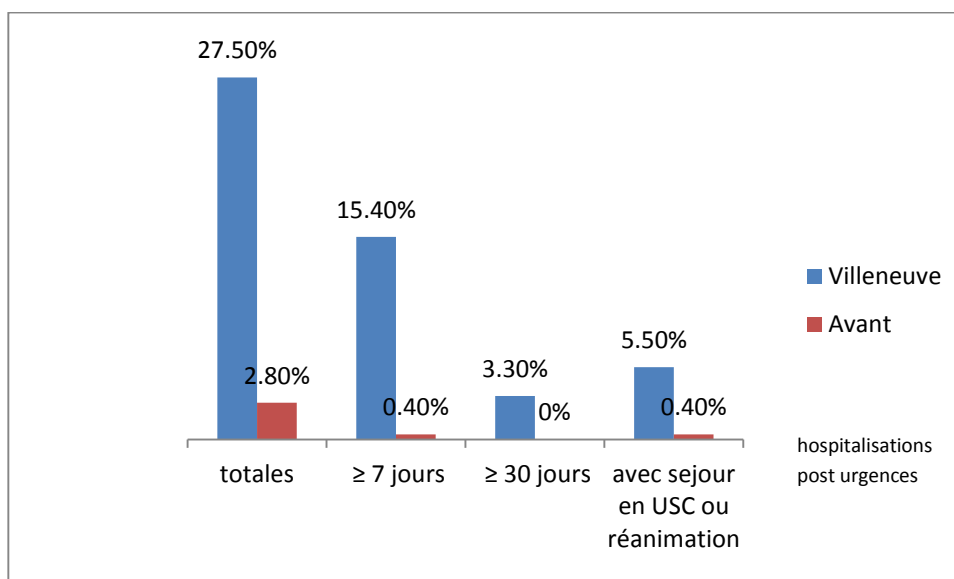
Sur les 12 mois précédents l'admission à Villeneuve, chaque résident s'était rendu 13 fois aux urgences en moyenne (ET 18.4, minimum 0 et maximum 75 venues).

L'admission à Villeneuve a divisé par 3.2 le nombre de venues aux urgences sur 12 mois ($p=0.037$).

Graphique 1 : comparaison des répartitions du nombre de venues aux urgences (par tranches) des résidents, sur les 12 derniers mois de vie à Villeneuve et les 12 mois précédant l'admission à Villeneuve, en pourcentage de l'effectif



Graphique 2 : comparaison des pourcentages d'hospitalisations post-urgences des résidents sur les 12 derniers mois de vie à Villeneuve et sur les 12 mois précédant l'admission à Villeneuve



Le taux d'hospitalisation des résidents suite aux venues aux urgences était de 27.5% sur les 12 derniers mois de vie à Villeneuve, contre 2.8% sur les 12 mois précédant leur admission dans la structure.

Les hospitalisations post urgence étaient 3.6 fois plus nombreuses dans la dernière année de vie à Villeneuve que dans l'année précédant l'admission ($p < 0.0001$).

3.5.2 Consultation médicales ambulatoires

Tableau 9 : effectif et pourcentage des résidents ayant eu recours au médecin sur les 12 derniers mois et sur le dernier mois de vie à Villeneuve

	Sur 12 mois		Sur 1 mois	
	Effectif (22)	%	Effectif (22)	%
Total	21	95.4%	16	72.7%
Généraliste/PASS	20	90.9%	13	59.1%
Spécialiste (ensemble)	18	81.1%	5	22.7%
Dont :				
Addictologue	4	18.2%		
Psychiatre	5	22.7%		
Autre	15	68.2%		

Au cours des 12 derniers mois, en moyenne chaque résident a consulté 10.9 fois un médecin (ET 6.2, minimum 0, maximum 27), dont 5.4 fois un médecin généraliste en ville ou à la PASS (ET 3.6, minimum 0, maximum 14).

L'équipe avait initié un suivi par un médecin généraliste de ville pour 13 des 22 résidents (59.1%). Le suivi se passait effectivement en ville pour seulement 5 d'entre eux.

Les échecs de mise en place d'un médecin traitant en ville s'expliquaient par :

- un suivi psychiatrique lourd déjà en place, pour 2 personnes,
- une absence de demande de soins de la part du patient, pour 2 personnes,
- des difficultés de la part de l'équipe pour la continuité du lien structure-hôpital pour des patients aux pathologies sévères, préférant la PASS comme premier recours, pour 4 résidents.

3.5.3 Hospitalisations

Tableau 10 : effectif et pourcentage des résidents ayant été hospitalisés sur les 12 et 6 derniers mois de vie à Villeneuve

Nombre d'hospitalisations	Sur 12 mois		Sur 6 mois	
	Effectif (22)	%	Effectif (22)	%
Au moins 1	16	72.7%	11	50%
Au moins 2	9	40.9%	5	22.7%
Au moins 3	5	22.7%	2	9.1%

En moyenne sur les 12 derniers mois chaque résident a été hospitalisé 1.9 fois (ET 2.0, minimum 0 et maximum 6 fois). 46.5% des hospitalisations duraient plus de 7 jours et 9.3% plus de 30 jours.

Sur l'ensemble des hospitalisations, 58.1% faisaient suite à une venue aux urgences.

4. Synthèse et discussion autour des résultats en comparaison avec la littérature

4.1 Limites de l'étude

Il existe des points faibles méthodologiques, qui reflètent bien la population étudiée, très marginalisée.

En premier lieu, le travail ciblait une structure à bas seuil d'exigence. La capacité d'hébergement limitée de Villeneuve explique le nombre réduit de sujets inclus dans l'étude. Les chiffres sont donc à analyser avec prudence.

Ensuite, il existe des données manquantes et donc un biais de mesure.

Les données recueillies ont seulement été celles trouvées au sein des dossiers médicaux du centre hospitalier Métropole Savoie et de la *Maison Villeneuve*. Nous n'avons pas contacté les médecins de ville qui ont suivi certains des résidents.

L'état de santé perçu est un critère très souvent présent dans les études visant à évaluer l'état de santé d'une population. Il n'a pas été choisi d'interroger les résidents sur ce point là, car les troubles cognitifs étaient trop importants.

Certaines pathologies sont très probablement sous estimées. Par exemple, concernant l'athérome, tous les résidents n'ont pas bénéficié de doppler.

Depuis la réalisation de l'enquête, 3 résidents sont décédés.

- le premier à 38 ans, 42 mois après son entrée à Villeneuve, au sein de la structure. Le décès était dû à une hémorragie digestive secondaire à une pancréatite chronique calcifiante d'origine alcoolique.

- le deuxième à 60 ans, 40 mois après son entrée, au centre hospitalier Métropole Savoie. Le décès est survenu suite à une pneumopathie.

- le troisième à 53 ans, 44 mois après son admission, au centre hospitalier Métropole Savoie. Le décès était lié à une hémorragie cérébrale spontanée secondaire à une thrombopénie sur cirrhose éthylique.

Leurs scores CIRS, quelques mois avant leurs décès étaient respectivement de 17, 18 et 29.

Concernant les tests, l'AUDIT est normalement indiqué en dépistage, alors que pour la population étudiée, le trouble de l'usage d'alcool est déjà connu. Le QMAT a été utilisé, bien qu'il ne soit pas indiqué pour évaluer la motivation à un arrêt de l'alcool, car il paraissait intéressant de pouvoir établir un score sur un outil existant.

La grille AGGIR est habituellement employée pour évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée demandeuse de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), afin de déterminer le niveau d'aide dont elle a besoin. Il semblait utile de l'utiliser car la population s'apparente à une population gériatrique.

Le choix d'utiliser l'indice CIRS, peut être discuté car il est peu utilisé en pratique courante et difficile d'interprétation. On peut aussi lui reprocher de ne pas avoir de valeur seuil. Pourtant il semblait quand même le plus approprié car validé en soin primaire. L'existence de la version CIRS SA était applicable aux résidents, dépendants à l'alcool.

4.2 Caractéristiques des résidents de Villeneuve

Les données de la présente étude ont été comparées à celles de l'étude Samenta portant sur 840 SDF de la région parisienne en 2010 [20].

Les résidents de Villeneuve ont vécu dans la rue bien plus longtemps (12.9 ans en moyenne) que les 840 SDF parisiens (7 ans en moyenne), aucun n'a d'activité professionnelle au moment de l'enquête contre 28.6% dans l'enquête Samenta. Ils sont tous isolés sur le plan familial contre 65.4% dans cette même enquête.

Par contre, les résidents ont tous une couverture maladie, alors que 8% de l'échantillon parisien n'en a aucune. Cela s'explique par le travail fait par l'équipe de la *Maison Villeneuve*.

L'usage à risque d'alcool touche 4.5% des résidents contre 7.9% (10.9% des hommes et 2.5% des femmes) de l'échantillon de l'étude Samenta. La dépendance, elle, touche 90.9% des résidents (95% des hommes et 50% des femmes) contre 21% de l'échantillon parisien (27.3% des hommes et 7.3% des femmes).

Cette comparaison fait apparaître un degré de marginalisation très importante des résidents de Villeneuve.

Au fur et à mesure des décès, de nouveaux arrivants présentent un profil légèrement différent, avec beaucoup moins de temps passé dans la rue et une moindre désocialisation.

4.3 Etat de santé et mortalité

Le nombre élevé de bénéficiaires de l'AAH et reconnus en ALD démontre déjà une santé dégradée.

Cette population apparaît en plus mauvaise santé que l'ensemble de la population SDF [20] : 93.7% des résidents ont aux moins deux maladies chroniques, contre 7.1% dans l'étude Samenta (9% des hommes et 3.7% des femmes).

Sur le versant somatique, 2 pathologies sont surreprésentées à Villeneuve par rapport à la population SDF étudiée à Paris, l'épilepsie (respectivement 37.5% et 3% des populations) et les atteintes hépatiques (respectivement 43.7% et 2%).

Sur le versant psychiatrique, les chiffres sont de même ordre : respectivement chez les résidents et dans l'échantillon parisien, on dénombre 37.5% et 31.5% de pathologies psychiatriques actuelles (25% et 13.2% de troubles psychotiques, 6.2% et 6.7% de troubles de l'humeur sévère, 6.2% et 12.2% de troubles anxieux).

Ces comparaisons sont à regarder avec prudence car l'étude Samenta est basée sur des données déclaratives.

L'étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) de 2003 sur la santé des sans domicile usagers des services d'aide [21] montre que la prévalence des pathologies chez les SDF croît avec leur durée de vie dans la rue. Cela peut expliquer pourquoi la santé de la population étudiée est plus dégradée que les données de la littérature disponibles sur la santé des SDF.

Les scores CIRS et CIRS SA ont été comparés à ceux d'une étude canadienne, réalisée en 2003 portant sur 980 personnes en soins primaires [22].

Tableau 11 : comparaison des scores CIRS et CIRS SA des résidents aux résultats de l'étude canadienne

Tranches d'âge :	Résidents de Villeneuve (16)		Etude canadienne (980)
	CIRS SA	CIRS	CIRS
18-44 ans	9.5	12.5	5.4
45-65 ans	14.4	17.5	8.8
Plus de 65 ans	17	20	13

Au regard de ces chiffres (tableau 11), même en excluant les pathologies psychiatriques et addictives (dont la plupart des résidents souffrent, avec une gravité de niveau 3 dans la classification CIRS), on peut comparer notre population, bien que plus jeune, à une population gériatrique.

L'importance des troubles cognitifs rapproche également les résidents d'une population gériatrique.

Les comorbidités des résidents sont pour la plupart en lien avec leur consommation d'alcool : pathologies psychiatriques secondaires ou à l'origine des alcoolisations, maladies du foie et du système digestif, dénutrition, et pathologies neurologiques.

L'alcool est un facteur de risque connu d'hypertension artérielle, pourtant aucun résident n'en souffrait. La proportion de troubles neurologiques est très élevée (37.5% des résidents), citons, notamment : [23]

- traumatismes crâniens (et leurs conséquences) secondaires à des rixes ou des chutes sous l'emprise d'alcool,
- crises d'épilepsie sur ivresse aigue, sevrage ou crises idiopathiques,
- syndromes cérébelleux par dégénérescence alcoolique,
- poly neuropathies alcooliques,
- démences alcooliques et syndromes de korsakoff.

50% des décès observés sont consécutifs à une cirrhose éthylique.

Une meta analyse sur la mortalité des personnes avec dépendance ou abus d'alcool a retrouvé un risque relatif de décès par cirrhose de 14.75 (IC 9.7-24.9) pour les hommes et 27.6 (IC 16.7-45.6) pour les femmes [24].

En comptabilisant les 9 décès (6 survenus avant l'enquête et 3 après), la moyenne d'âge se situe à 49.9 ans.

L'âge moyen de décès des SDF étant autour de 49 ans, l'âge de décès des résidents concorde avec les données de la littérature.

Un des objectifs de Villeneuve est que les personnes puissent ne plus mourir dans la rue, ce qui est donc atteint.

4.4 parcours de soins

Selon les données de l'enquête direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) réalisée en 2012, le taux de recours à un généraliste pour la population générale durant l'année écoulée s'établirait à 92% (86 % pour les médecins généralistes et 71% pour les spécialistes), sur la même année, chez les SDF, il serait de 85% (tous médecins confondus) et de 48% sur le dernier mois [25].

L'étude de l'Insee de 2003 rapporte un chiffre similaire [21].

La fréquence des consultations médicales des résidents de Villeneuve est plus proche de celle de la population générale que de celle des SDF.

D'après l'étude sur le recours aux soins des sans-domicile de la DRESS [25] et de l'INSEE [21], près d'un tiers au moins des SDF interrogés a été hospitalisé au moins une fois durant l'année écoulée. Dans plus de 72 % des cas, il s'agissait d'hospitalisation en urgence.

Concernant les résidents de Villeneuve, près de deux tiers d'entre eux ont été hospitalisés au moins une fois sur les 12 derniers mois.

On remarque également que si nos résidents sont plus hospitalisés que les SDF en général, ils ne sont moins en urgence (58.1%).

Cela peut s'expliquer par leur très mauvais état de santé et par leur facilité d'accès aux soins du fait de l'étaillage au sein de la *Maison Villeneuve*.

En comparant leurs venues aux urgences avant et après l'entrée à Villeneuve, on constate que celles ci ont beaucoup diminué mais le taux d'hospitalisation post-urgences a, lui, augmenté.

On peut donc penser que la structure a un effet protecteur :

- moins d'ivresse sur la voie publique avec moins d'appel de passants aux pompiers qui emmènent alors les personnes aux urgences,
- moins de recours aux urgences non justifiés médicalement (lié à l'isolement social notamment),
- les éducateurs parviennent à orienter le patient vers un médecin au lieu des urgences et à différer les plaintes.

Même avec des tentatives de mise en place d'un suivi par un médecin généraliste en ville, le suivi médical de premier recours se fait essentiellement à la PASS.

Cela est bien compréhensible. D'abord, au vu de leur état de santé, les 10 à 20 minutes d'une consultation chez un médecin de ville semblent dérisoires.

De plus, pour cette population précaire très marginalisée, faire le pas vers un soignant est souvent une épreuve. Les résidents sont attachés aux médecins de la PASS qui sont des interlocuteurs anciens. Ils ont pu aussi les rencontrer au Point Santé (permanence médicale à l'accueil de jour) pendant leurs longues années de vie dans la rue.

La PASS n'est pas dédiée à ce public, mais aux personnes n'ayant pas de droits à la sécurité sociale, comme une passerelle avant l'obtention de la CMU ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME). Elle ne doit pas être le lieu d'un suivi au long court. Dans ce cas, les délais d'attente pour les personnes sans droits augmentent alors.

Une proposition serait le passage au sein de la structure d'un médecin généraliste libéral, habitué à ce public, qui pourrait être le médecin traitant de l'ensemble des résidents. Il pourrait intervenir 1 à 2 fois par semaine et participer aux réunions d'équipe. Bien sûr les résidents seraient libres de choisir un médecin différent.

4.5 prise en charge des résidents de Villeneuve et soins palliatifs, quelques similitudes

Le prise en charge des résidents, autant sur le plan socio-éducatif que médical, se rapproche sur plusieurs points des soins palliatifs.

La *Maison Villeneuve* est une structure à bas seuil d'exigence où les résidents sont accueillis avec leurs addictions et où l'abstinence d'alcool n'est pas un objectif.

La question de sevrage se pose quand même. En effet, Les comorbidités des résidents sont très souvent secondaire à leur consommation d'alcool.

Pour la majorité des résidents, le sevrage n'est pas un projet (score Q MAT faible) et pour la moitié d'entre eux, la question de l'arrêt ne s'est même jamais posée (aucun essai de sevrage médicalisé par le passé). Les troubles mnésiques constatés vont à l'encontre d'une démarche de soin.

Dans ce sens leur prise en charge médicale peut trouver des similitudes avec le monde des soins palliatifs.

Les soins palliatifs ont pour objectif de soulager les symptômes physiques, la souffrance psychologique et spirituelle. La démarche palliative respecte deux grands principes : le non abandon et la non souffrance. C'est mettre en œuvre "tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire".

Les patients pris en charge en unités de soins palliatifs (USP) sont complexes, sur le plan médical, social, psychologique et éthique. Une prise en charge globale est nécessaire.

La vulnérabilité définit la situation des patients en phase palliative. Poly pathologies, dénutrition, fin de vie, souffrance psychologique, perte d'autonomie psychique. D'ailleurs, les soignants des USP empruntent facilement au monde du social le terme de précarité pour décrire les situations complexes et instables de leurs patients.

La *Maison Villeneuve* répond au principe de non abandon et les résidents de Villeneuve, peuvent aussi être considérés comme vulnérables.

Les soins palliatifs offrent un regard bienveillant et respectueux. Ils se préoccupent plus de la qualité de la vie qui reste, que de la mort à venir.

Avec cette attention, les soignants donnent du sens à la vie.

Il existe une alliance thérapeutique où l'on va respecter les choix et préférences du patient.

Cette acceptation réciproque est aussi présente pour les résidents de Villeneuve : malgré leurs troubles cognitifs, leur liberté de ne pas vouloir arrêter l'alcool est respectée. Les éducateurs et les soignants acceptent de les prendre en charge malgré la poursuite de l'alcool. Les résidents acceptent leur aide. Jusqu'ici ces personnes étaient exclues des centres d'hébergements classiques. Souvent méprisées, elles se sentaient perçues comme inutiles, pesant sur la société. Ce respect permet de ré humaniser ces personnes.

Les soins palliatifs ont été reconnus par l'ensemble du monde médical qu'après avoir surmonté des obstacles. Après les trente glorieuses, ces années d'incroyable essor économique, en médecine la finalité était de guérir à tout prix, lutter contre la mort. Les soins palliatifs ont émergés dans les années 1970. Ils ont alors suscité des réactions très vives de rejet. Les soins palliatifs étaient considérés comme un échec. Autour de 1980, le terme de "mouroir" était utilisé pour décrire les USP.

Peu à peu les USP ont réussi à s'imposer dans le paysage médical. Les acteurs des soins palliatifs ont réussi à faire évoluer les mentalités et montrer l'intérêt de leur discipline. Le soin, au sens de prendre soin [26].

Le métier d'éducateur renvoi à un projet d'autonomie, de réinsertion et de progrès. Aider la personne à mieux vivre, se reconstruire, à trouver un logement, un emploi, retisser un lien social. Ces projets sont de l'ordre du "curatif".

A Villeneuve, ils se retrouvent face à un accompagnement avec des objectifs moindres, mais tout aussi nobles. Retrouver un chez soi, vivre mieux le temps qu'il reste, mourir entouré, dans une maison et non dans la rue. Cet accompagnement est plutôt d'ordre palliatif.

Les réflexions médicales récentes sur le soin, avec la distinction et complémentarité des soins curatifs et palliatifs peuvent être transposées au monde social. Le travail fait par les acteurs des soins palliatifs devraient être fait auprès des éducateurs. Cela pourrait redonner du sens à leur travail.

Certains professionnels médicaux et éducateurs intervenant auprès des résidents de Villeneuve pensaient que les résidents mourraient plus vite que s'ils étaient restés à la rue où ils étaient dans une perpétuelle lutte, contre le froid, la faim, la solitude, la violence. A Villeneuve, comme ils n'ont plus besoin de se battre, ils baisseraient les bras.

De fait il ne peut s'agir que d'une hypothèse. Pour le prouver il faudrait réaliser un étude randomisé, éthiquement impossible.

L'âge moyen de survenue des décès des résidents ne va pas dans ce sens car similaire à l'âge de décès moyen des SDF retrouvé dans la littérature.

Concernant les soins palliatifs, ce même débat a existé. Une étude randomisée concernant les patients atteints de cancer pulmonaire métastatique a montré l'inverse. Les patients ayant reçu, en parallèle des traitements oncologiques classiques, des soins palliatifs avaient une meilleure qualité de vie et une survie plus longue que les patients n'ayant reçu que les traitements classiques [27].

4.6 quelle structure pour cette population?

En vue de la santé dégradée des résidents, on peut se poser la question si cette structure est bien adaptée. Rappelons que le versant médical n'avait pas été considéré lors de la création de Villeneuve. D'un point de vue matériel on constate que les choses sont difficiles ; par exemple, il existe seulement 3 chambres au rez-de-chaussée alors qu'un résident est en fauteuil roulant et 4 présentent de sévères troubles de la marche avec nécessité d'un déambulateur.

Des mesures ont été prises :

- initialement l'équipe était formé de 4 moniteurs-éducateurs, désormais 2 aides médico-psychologiques sont aux cotés de 2 moniteurs éducateurs,

- une infirmière (IDE) détachée des lits halte soins santé (LHSS) de Chambéry passe une fois par semaine pour un suivi médical, préparation des piluliers, tenue et mise à jour des dossiers médicaux, soutien aux éducateurs pour les problèmes médicaux, lien avec les médecins de la PASS,
- une infirmière psychiatrique de l'EMPP est présente 1 fois par semaine et propose un suivi aux résidents,
- un projet est en cours avec l'Agence régionale de santé. L'ARS finance une étude sur le parcours de soin des résidents, qui sera réalisé par une IDE coordinatrice. Elle sera présente 2 demi-journées par semaine à Villeneuve et interviendra en lieu et place de l'IDE actuellement détachée des LHSS.

Quel type de structure pourrait convenir à cette population? Plusieurs hypothèses sont formulées ici :

- Lits d'accueil médicalisés (LAM).

Ce dispositif est mis en place depuis 2009 pour permettre aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adapté. C'est en quelque sorte, un prolongement de ce que sont les LHSS, mais alors destinés aux personnes dont les pathologies ne sont pas bénignes, et nécessitant un suivi thérapeutique à plus ou moins long terme.

Les structures LAM sont encadrées législativement : selon le décret 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » [28] :

- les LAM ont un médecin responsable et des IDE présentes vingt-quatre heures sur vingt-quatre,
- la capacité est de 15 à 25 lits. Si elle dispose de moins de 18 lits, la structure est obligatoirement sur un même site qu'une structure LHSS,
- la structure doit comporter au moins une salle de soin et un cabinet médical,
- la durée du séjour n'est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.

Ce type d'accueil pourrait convenir à une partie des résidents, les plus fragiles.

-Le profil des résidents pourrait correspondre à une structure d'addictologie.

Les soins de suite et de réadaptation en addictologie sont destinés à des personnes sevrées ou dans une démarche de soins, accueillis pour une durée limitée.

Les communautés thérapeutiques proposent des soins résidentiels avec hébergement collectif. Elles sont fondées sur une prise en charge où un groupe de résidents-pairs est le moteur du soin et de l'entraide. Elles accueillent les personnes dont la prise en charge en ambulatoire se révèle insuffisante ou non pertinente. La durée de séjour peut être de 6 voire 12 mois.

Les CHRS à orientation addictologie accueillent des personnes ayant des problématiques d'addiction, en situation d'exclusion et s'inscrivent dans une filière en articulation étroite avec le soin. Ils déploient les missions traditionnelles des CHRS ainsi qu'un accompagnement spécifique sur les addictions, tourné dans un objectif d'abstinence.

Le projet d'abstinence est toujours l'objectif principal, donc les résidents ne remplissent pas les critères d'admission.

- Il existe des analogies entre la prise en charge des résidents et la démarche des soins palliatifs, mais bien sûr les USP ne pourraient pas leur correspondre.

- Les structures d'hébergement pour adulte handicapé :

Les foyers de vie s'adressent aux personnes qui ne peuvent pas travailler, y compris en milieu protégé. Les personnes doivent bénéficier d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale. Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés sont destinés à l'hébergement et l'entretien des adultes handicapés qui exercent une activité professionnelle. Ils peuvent varier au niveau de la formule d'hébergement et de l'encadrement, qui peut laisser une part plus ou moins importante à l'autonomie sociale. Ces foyers ne sont pas médicalisés. Les prestations médicales, en cas de besoin, sont réalisées par des médecins libéraux.

Ces foyers pour adultes avec un handicap psychique pourraient convenir aux résidents si l'on regarde la forte proportion de résidents percevant l'AAH et étant sous mesure de protection juridique.

La gestion de l'alcool serait certainement problématique.

- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Un EHPAD est dédié à l'accueil des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique et qui ne peuvent plus être maintenues à domicile.

Les résidents ne seraient probablement pas acceptés car trop jeunes. Pourtant leur état de santé et leurs troubles cognitifs les rapprochent d'une population gériatrique.

Le problème de l'alcool serait encore un obstacle.

Comme illustration, une évaluation gériatrique avait été demandée pour un des résidents d'une cinquantaine d'années poly-pathologique, dénutri, avec une démence sévère et des troubles de la marche. Elle a été refusée à cause de son âge et de ses troubles cognitifs qui étaient dus à l'alcool.

Les résidents partagent des traits communs avec les personnes accueillies dans les structures du droit commun (addictologie, handicap, gériatrie), mais pourtant ne rentrent pas dans leurs critères d'admission. Ne serait-ce pas la même la définition de l'exclusion?

La SASSON, association en charge de la *Maison Villeneuve*, a d'ores et déjà fait une démarche auprès de l'ARS pour un changement de statut d'une partie de la capacité d'accueil en structure LAM. Cela permettrait l'intervention du médecin actuellement responsable des LHSS d'assurer le suivi médical.

La prise en charge des résidents pourrait alors suivre 2 axes fondamentaux, qui correspondent à cette population : le bas seuil d'exigence et le soin, même si ce dernier sera parfois d'ordre plus palliatif que curatif.

TITRE :

**La santé des résidents d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à bas seuil d'exigence.
Evaluation et propositions.**

CONCLUSION

La *Maison Villeneuve* est un centre d'hébergement et de réinsertion sociale à bas seuil d'exigence, qui a ouvert en 2012 à Saint Albans Leysse en Savoie.

L'objectif est d'offrir un logement aux personnes sans-abri, n'ayant pas accès aux structures d'hébergement classiques à cause de leurs addictions, de leurs animaux ou de la violence de leur comportement. Elle a été impulsée par la préfecture pour rationaliser les interventions publiques (police, pompiers, services d'urgences...) qui se multipliaient pour cette population. Cela impliquait l'acceptation de la consommation d'alcool dans les murs.

A l'ouverture, la question sanitaire n'a pas été soulevée et donc le suivi médical n'a pas été pensé. Les travailleurs socio-éducatifs, issus du milieu de l'insertion se retrouvent impuissants devant des personnes très affaiblies physiquement, avec un risque de perte de sens.

C'est dans ce contexte qu'il a alors été proposé de collecter des données sur la santé et le parcours de soin des résidents.

En effet, une base objective est nécessaire pour chercher des pistes afin d'améliorer leur santé et d'avancer la réflexion sur l'avenir de la *Maison Villeneuve*, en tenant compte de cet aspect.

Une étude descriptive observationnelle incluant les résidents vivants ayant séjourné au mois 12 mois et ceux décédés après leur admission, a été menée au printemps 2015. Les données ont été recueillies sur dossiers et à partir d'entrevues individuelles où les résidents ont répondu aux tests MoCA, AUDIT et QMAT. Le score CIRS a été utilisé pour obtenir un score de multi morbidité.

La dépendance alcoolique est le principal déterminant des troubles somatiques et cognitifs des résidents.

Ils sont physiquement très fragiles, avec un âge physiologique bien plus élevé que leur âge réel, comme le montrent les résultats au score CIRS. Sur de nombreux points, ils peuvent s'apparenter aux patients de gériatrie.

Le taux de mortalité est important, mais l'âge moyen des décès est comparable à celui retrouvé dans les études des personnes décédées dans la rue, et la fin de vie est ici humanisée.

L'admission à Villeneuve a un effet bénéfique sur leur parcours de soin : division par 3,2 du nombre moyen de venues aux urgences ($p=0.037$) et multiplication par 3,6 les hospitalisations post urgence ($p<0.0001$).

Malgré des tentatives pour que les résidents puissent avoir individuellement un médecin traitant de ville, le suivi se fait encore généralement à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Une hypothèse pour le suivi médical serait le rattachement à Villeneuve d'un médecin généraliste référent, qui serait médecin traitant des résidents, tout en leur laissant la possibilité de choisir individuellement un autre médecin pour ceux qui le souhaiteraient. Le médecin référent pourrait intervenir au sein de la structure 1 à 2 fois par semaine et participer aux réunions d'équipe.

En effet, les cadres administratifs des structures d'hébergement dans les champs du handicap, des personnes âgées ou de l'addictologie ne permettent pas d'intégrer ces publics. On ne peut donc que poursuivre le travail engagé en l'orientant vers une médicalisation plus adaptée.

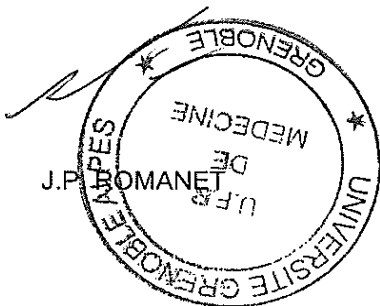
L'association en charge de *La Maison Villeneuve* a d'ores et déjà fait une démarche auprès de l'Agence Régionale de Santé pour un changement de statut d'une partie de la capacité d'accueil en structure Lits d'Accueil Médicalisé, qui permettrait notamment l'intervention du médecin actuellement responsable des Lits Halte Soins Santé.

La prise en charge des résidents pourrait alors suivre 2 axes fondamentaux, qui correspondent à cette population : le bas seuil d'exigence et le soin, même si ce dernier sera parfois d'ordre plus palliatif que curatif.

3

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 01/03/2016

LE DOYEN



LE PRESIDENT DE LA THESE

A handwritten signature in black ink, appearing to be "P. Imbert".

PROFESSEUR P. IMBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport au conseil économique et social. Journal officiel de la République Française. 1987 Fév 28;(6)25.
2. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. Int J Epidemiol. 2009;38:877-883.
3. La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010. La lettre de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale. 2013 sept;(3):3.
4. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. Mental'Idées. 2007 Sept;(11)27-31.
5. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport à la Ministre de la santé et des sports. Paris: La Documentation française. 2010:148-156.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000014.pdf>
6. Fourny I, Aubrée L. L'accès à l'habitat des personnes sdf en situation de grande précarité. Les cahiers du logement. Fondation Abbé Pierre. 2013 Fév;10-37.
7. Burlet L. Le bas seuil d'exigence : une solution pour sortir les SDF de la rue ? Lien social, l'actualité sociale autrement. 2012 Jan 5;(1044).
8. Conseil Général de Savoie (page consultée le 16/12/2014) Savoieactu.com Le nouveau centre d'accueil de la SASSON [en ligne]
http://savoieactu.typepad.fr/mon_weblog/2014/11/le-nouveau-centre-daccueil-de-la-sasson.html.
9. Gache P, Michaud P, Landry U et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. Alcohol Clin Exp Res. 2005 Nov;29(11):2001-2007.
10. Aubin HJ, Gillet C, Rigaud A. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et addictologie. 2015;37(1)16-18.
<http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>.
11. Rubinsky AD, Kivlahan DR, Volk JR, Maynard C, and Bradley KA. Estimating Risk of Alcohol Dependence Using Alcohol Screening Scores. Drug Alcohol Depend. 2010 Avr 1;108(1-2): 29–36.
12. Aubin HJ, Lagrue G, Legeron P et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) : Construction et validation. Alcoologie et addictologie. 2004 ;26(4) :311-316.
13. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity : a critical review of available methods. J Clin Epidemiol. 2003 Mar;56(3):221–229.

14. Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR et Lawton MP. Validation of the Cumulative illness rating scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc.* 1995 Fev;43(2):130-137.
15. Salvi F, Miller MD, Grilli A et al. A Manual of Guidelines to Score the Modified Cumulative Illness Rating Scale and Its Validation in Acute Hospitalized Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Oct;56(10):1926-1931.
16. Hudon C, Fortin M, Vanasse A. Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context. *J Clin Epidemiol.* 2005;58:603–608.
17. Castillo C, Bulbena A, Serras E et al. Medical Assessment in Drug Addicts : Reliability and Validity of the Cumulative Illness Rating Scale (Substance Abuse Version). *European Addiction Research.* 2004;10(3)112-117.
18. Copersino ML, Fals-Stewart W, Fitzmaurice G, Schretlen DJ, Sokoloff J et Weiss RD. Rapid Cognitive Screening of Patients with Substance Use Disorders. *Alcohol Exp Clin Psychopharmacol.* 2009 Oct; 17(5): 337–344.
19. Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. *Presse Méd.* 1999 Jui 12;28(21):1141-1148.
20. Laporte A, Douay C, Détrez MA, Le Masson V, Le Méner E, Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Paris: Observatoire du Samu social de Paris et Inserm; 2010. 225 p www.inserm.fr/content/download/8550/63979/version/1/.../samenta.pdf
21. De La Rochère B. La santé des sans domicile usagers des services d'aide. *INSEE.* 2003 Avr;(893)1-4.
22. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. *Annals of family medicine.* 2005 Mai;3(3):223-228.
23. Vuadens P et Bogousslavsky J. Complications neurologiques liées à l'alcool. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Neurologie,* 17-161-B-10, 1998, 8 p.
24. Roerecke M, Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2014 Juin;43(3):909-916.
25. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en 2012. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* 2015 Nov 17;(36-37):662-670.
26. Verspieren P. L'invention des soins palliatifs. Hirsch E. Face aux fins de vie et à la mort. Ethique, société, pratiques professionnelles. 3ème ed. Paris: Vuibert;2009 Jui:173-175.

27. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010 Août 19;363(8):733-742.

28. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées «lits halte soins santé» (LHSS) et «lits d'accueil médicalisés» (LAM) : paragraphe 12.

Annexe 1

Cahier d'observation

Date du jour : ../../..

1. Caractéristiques sociodémographiques

2. Consommation de toxiques

2.1 Alcool

2.2 Autres toxiques

3. Etat de santé des résidents vivants

3.1. Comorbidités et échelle CIRS

3.2 Troubles cognitifs

3.3 Dépendance physique

4. Résidents décédés : mortalité

5. Parcours de soins

5.1 Recours aux urgences et hospitalisations non programmées

5.2 Consultations médicales ambulatoires

5.3 Hospitalisations programmées

1. Caractéristiques socio-économiques

- Age :
- Sexe :
- Nationalité :
- Etat civil :
 - célibataire
 - séparé(e) ou divorcé(e)
 - veuf(ve)
 - marié(e)
- Niveau d'étude :
 - jamais été à l'école
 - primaire
 - collège
 - CAP/BEP
 - Bac ou plus
- Temps d'errance avant l'admission à Villeneuve, en année :
- Provenance avant Villeneuve :
 - rue/squat/centre d'hébergement d'urgence (CHU)
 - CHRS
 - logement personnel
- Durée de vie à Villeneuve, en mois :
- Ressources financières :
 - Revenu de solidarité active (RSA)/ Allocation de solidarité spécifique (ASS)
 - Allocation aux adultes handicapés (AAH)
 - Salaire/Retraite
- Mesure de protection :
 - aucune
 - curatelle simple
 - curatelle renforcée
 - tutelle
- Assurance maladie :
 - SS+ mutuelle
 - CMU+ mutuelle
 - CMU + CMUc
 - SS ou CMU seul
 - aucune
- ALD (oui/non) :

2. Consommation d'alcool et autres toxiques

2.1 Alcool

- Nombre d'unités moyennes par jour ordinaire :
- Fréquence des consommations :
- Age de début :
- Nombre d'années de consommation excessive :
- résultat test AUDIT (pour les résidents encore à La *Maison Villeneuve* au moment de l'enquête) :

Pour les consommateurs quotidiens, excessifs :

- Signes de dépendance physique :
 - délais du premier verre après le réveil (heure) :
 - tremblements matinaux
 - au moins un antécédent de delirium tremens (DT) ou de préDT
 - au moins un antécédent de crise convulsive de sevrage
- Volonté de changer :
résultat échelle Q MAT (pour les résidents ayant eu un test AUDIT pathologique) :
antécédent de sevrage médicalisé, en nombre :

2.2 Autres toxiques

- Tabagisme :
 - non
 - sévré
 - actif, quantification en PA :
- Cannabis :
 - non
 - sévré
 - actif occasionnel
 - actif quotidien
- Cocaïne :
 - non
 - sévré
 - actif occasionnel
 - actif régulier
- Héroïne :
 - non
 - sévré
 - sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) équilibré
 - actif
- Benzodiazépines (BZD) :
 - non
 - sévré
 - actif

3. Etat de santé des résidents vivants

3.1 Comorbidités et échelle CIRS

Voir en annexe 5 le manuel de cotation.

	0	1	2	3	4
Système cardiaque					
HTA					
Système vasculo-hématopoïétique					
Appareil respiratoire					
ORL et ophtalmologie					
Appareil gastro-intestinal supérieur					
Appareil gastro-intestinal inférieur					
Système hépatique					
Système rénal					
Appareil génito-urinaire					
Téguments, musculo-squelettiques					
Système nerveux					
Système endocrinien					
Troubles psychiatriques					

0 : aucun problème

1 : problème actuel léger ou antérieur important

2 : atteinte ou morbidité modérée et/ou nécessitant un traitement de 1ère ligne

3 : pathologie sévère et/ou atteinte constante et invalidante et/ou maîtrise des problèmes chronique difficile

4 : pathologie extrêmement sévère et/ou traitement immédiat requis et/ou défaillance d'un organe et/ou incapacité fonctionnelle grave (les pathologies sont précisées dans le tableau).

- CIRS score :

- CIRS SA score :

3.2 Troubles cognitifs

Test réalisé lors de l'entrevue en l'absence d'évaluation de moins de 12 mois

- test MoCA :

 résultat :

 date de réalisation :

- ou test MMSE :

 résultat :

 date de réalisation :

3.3 Dépendance physique

- Groupe GIR :

- aides à domicile :

aucune

pour les tâches ménagères uniquement

tâches ménagères et aide à la toilette

aide à la toilette et autres mesures d'hygiène, passage quotidien

4. Résidents décédés : Mortalité

- Age du décès :

- Lieu du décès :

- Délais du décès après l'admission à Villeneuve :

- Cause du décès :

5. Parcours de soin :

5.1 Recours aux urgences et hospitalisations non programmées

Sur les 12 derniers mois de vie à Villeneuve

- nombre de venues aux urgences :
- nombre d'hospitalisations après une venue aux urgences
 - de plus de 24h :
 - de plus de 7 jours :
 - de plus de 30 jours :
 - avec passage à l'USC ou en réanimation :

Sur les 12 mois précédents l'entrée à Villeneuve

- nombre de venues aux urgences :
- nombre d'hospitalisations après une venue aux urgences
 - de plus de 24h :
 - de plus de 7 jours :
 - de plus de 30 jours :
 - avec passage à l'unité de soins continus (USC) ou en réanimation :

5.2 Consultations médicales ambulatoires

- Nombre de recours au médecin généraliste (de ville ou au sein de la PASS)
 - au cours des 12 derniers mois :
 - au cours du dernier mois :
- Nombre de recours aux médecins spécialistes
 - au cours des 12 derniers mois :
- Suivi par médecin généraliste en ville
 - pas d'essai
 - essai de suivi par un médecin de ville
 - Si essai,
 - suivi effectif par un médecin de ville
 - suivi en fait par la PASS
 - En cas d'échec, causes de l'échec :

5.3 Hospitalisations programmées

- Nombre d'hospitalisations programmées sur 12 mois
 - de plus de 24h :
 - de plus de 7 jours :
 - de plus de 30 jours :
- Nombre d'hospitalisations programmées sur 6 mois
 - de plus de 24h :
 - de plus de 7 jours :
 - de plus de 30 jours :

Annexe 2

Questionnaire AUDIT (acronyme de Alcohol use disorders test)

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois ou moins | 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois | 2 |
| <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine | 3 |
| <input type="checkbox"/> Au moins 4 fois par semaine | 4 |

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 3 ou 4 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 5 ou 6 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 7 ou 8 | 3 |
| <input type="checkbox"/> 10 ou plus | 4 |

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque | 4 |

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque | 4 |

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque | 4 |

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque | 4 |

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque | 4 |

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 |
| <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque | 4 |

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non | 0 |
| <input type="checkbox"/> Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | 2 |
| <input type="checkbox"/> Oui, au cours de l'année | 4 |

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non | 0 |
| <input type="checkbox"/> Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | 2 |
| <input type="checkbox"/> Oui, au cours de l'année | 4 |

Interprétation du résultat :

Le score s'échelonne de 0 à 40.

- score supérieur ou égal à 7 chez l'homme (sensibilité 82.5%, spécificité 98.2%) et supérieur ou égal à 6 chez la femme (sensibilité 81.2%, spécificité 93.7%) : évocateur d'un mésusage actuel d'alcool [9].

- score supérieur à 13 chez l'homme (sensibilité 70.1%, spécificité 95.2%) et chez la femme (sensibilité 94.7%, spécificité 98.2%) : en faveur d'une dépendance [9].

Annexe 3

Cinquième édition du DSM ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM V)

Les notions d'abus et de dépendance du DSM IV sont abandonnés.

L'expression « troubles liés à l'usage de substances » est définie par l'existence d'au moins deux des critères suivants sur une période d'un an :

- consommation importante ou sur période plus longue que prévue
- efforts infructueux d'arrêt
- chronophagie
- craving
- altération des obligations
- persistance d'usage malgré problème qu'il cause
- abandon des autres activités
- situations dangereuses
- tolérance
- sevrage

La sévérité se côte par tranches :

- légère si 2-3 symptômes,
- modérée si 4-5 symptômes,
- sévère au-delà.

Annexe 4

Q-MAT, questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac

1. Pensez-vous que dans 6 mois ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vous fumerez toujours autant ? | 0 |
| <input type="checkbox"/> Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? | 2 |
| <input type="checkbox"/> Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? | 4 |
| <input type="checkbox"/> Vous aurez arrêté de fumer ? | 8 |

2. Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout | 0 |
| <input type="checkbox"/> Un peu | 1 |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup | 2 |
| <input type="checkbox"/> Énormément | 3 |

3. Pensez-vous que, dans 4 semaines :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vous fumerez toujours autant ? | 0 |
| <input type="checkbox"/> vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? | 2 |
| <input type="checkbox"/> vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? | 4 |
| <input type="checkbox"/> vous aurez arrêté de fumer ? | 6 |

4. Vous arrive t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Quelquefois | 1 |
| <input type="checkbox"/> Souvent | 2 |
| <input type="checkbox"/> Très souvent | 3 |

Total /20

Interprétation des résultats :

- Score ≤ 6 : motivation insuffisante
- Score entre 7 et 13 : motivation moyenne
- Score > 13 : bonne et très bonne motivation

L'analyse de la valeur prédictive de ce score sur le succès du sevrage tabagique est en cours.

Ce guide d'interprétation est donné à titre indicatif et s'appuie sur la seule expérience des experts ayant établi et validé cette échelle.

Annexe 5

Manuel de directives pour la cotation de l'échelle « Modified cumulative illness rating scale (CIRS)»

Manuel CIRS, traduit par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Suisse (ANQ) version 10/2013c.
Fabio Salvi, MD, Mark D. Miller, MD, Adele L. Towers, MD, Valeria Morichi, MD, and Paolo Dessì-Fulgheri, MD ; Guidelines for Scoring the Modified Cumulative Illness Rating Scale; J Am Geriatr Soc. 2008 Oct;56(10) ; Appendix S1.

1-Règles générales pour l'évaluation de la sévérité

- 0 – Aucune pathologie n'affecte ce système ou problèmes médicaux antérieurs sans importance clinique.
- 1 – Problème actuel léger ou problème antérieur important.
- 2 – Atteinte ou morbidité modérée et/ou nécessitant un traitement (de première ligne).
- 3 – Pathologie sévère et/ou atteinte constante et invalidante et/ou maîtrise des problèmes chroniques difficile (schéma thérapeutique complexe).
- 4 – Pathologie extrêmement sévère et/ou traitement immédiat requis et/ou défaillance d'un organe et /ou incapacité fonctionnelle grave.

DEGRE 0

Pas de problème, ou blessures légères cicatrisées; maladies infantiles antérieures (varicelle) ; interventions chirurgicales mineures (syndrome du tunnel carpien complètement guéri, césarienne) ; fractures simples guéries ; autres pathologies antérieures sans récurrences ni séquelles, résiduelles ou avec complication (pneumonie).

DEGRE 1

Toute pathologie médicale actuelle qui engendre un léger inconfort ou une invalidité, ou des exacerbations occasionnelles, n'ayant qu'un impact mineur sur la morbidité (asthme contrôlé par bronchodilatateurs en réserve, brûlures d'estomac occasionnelles soulagées par antiacides en réserve). Les problèmes médicaux actuellement inactifs, mais importants de par le passé (calcul rénal) ou qui ont requis une intervention chirurgicale majeure (hystérectomie, cholécystectomie, appendicectomie).

DEGRE 2

Problèmes médicaux qui requièrent un traitement quotidien ou une thérapie de première ligne (asthme contrôlé par corticothérapie inhalée, reflux gastro-œsophagien traité à l'aide d'une médication quotidienne, l'ostéoarthrite nécessitant des AINS quotidiens, etc.) et/ou engendrent une invalidité ou une morbidité modérées.

DEGRE 3

Problèmes chroniques qui ne sont pas contrôlés par un traitement de première ligne (comme asthme requérant une corticothérapie continue, angine symptomatique malgré les régimes médicaux, insuffisance cardiaque avec symptômes ou

hypertension incontrôlée malgré un schéma thérapeutique complexe) et/ou invalidité significative constante, sans pour autant être sévère.

DEGRE 4

Toute affection aiguë qui nécessite un traitement ou une hospitalisation immédiate (angor instable, infarctus aigu du myocarde, AVC, mais aussi obstruction vésicale) et/ou pathologies extrêmement sévères; défaillance d'un organe (maladie rénale au stade terminal nécessitant une dialyse, maladie pulmonaire obstructive chronique traitée par oxygénothérapie, insuffisance cardiaque terminale) ; déficience sensorielle sévère (cécité ou surdité quasi totale, usage d'un fauteuil roulant) et/ou qualité de vie gravement affectée, incapacité fonctionnelle sévère ; trouble délirant (organique).

COTATION DES TUMEURS MALIGNES

Degré 1: Cancer diagnostiqué dans un passé lointain sans signes de récurrences ou de séquelles au cours des 10 dernières années ou cancer de la peau excisé de par le passé, sans séquelles majeures (autres que mélanome).

Degré 2: Pas de signes de récurrences ou de séquelles au cours des 5 dernières années.

Degré 3: Chimiothérapie requise, radiothérapie, traitement hormonal ou intervention chirurgicale pour un cancer au cours des 5 dernières années.

Degré 4: Malignité récurrente ou métastatique (autre que pour les glandes lymphatiques) ou stade de traitement palliatif.

Ces cotations doivent être faites pour une tumeur cancéreuse spécifique dans la catégorie d'organes appropriée.

2- Systèmes d'organes

En présence de plusieurs problèmes dans le même système, seul le plus sévère est coté.

2.1 Système cardiaque (cœur uniquement)

Dans cette catégorie, seules les maladies cardiaques et coronaires sont prises en compte (non vasculaires) : maladies coronariennes, insuffisance cardiaque, valvulopathies, maladies cardiaques dues à l'hypertension, endocardites, myocardites, péricardites, arythmies (extrasystoles, blocs de branche, fibrillation auriculaire, port d'un pacemaker), tumeurs malignes cardiaques. L'impact fonctionnel doit aussi être pris en compte, par exemple, l'insuffisance cardiaque NYHA II a une valeur différente selon si les personnes sont dépendantes ou indépendantes.

0. Pas de problème

1. IM passé (> de 5 ans) ; angine occasionnelle [à l'effort] ; valvulopathie asymptomatique

2. ICC compensée par médicaments (NYHA I-II) ; médicaments anti-angineux quotidiens ; hypertrophie du ventricule gauche, fibrillation auriculaire, bloc de branche, médicaments anti-arythmiques quotidiens (même pour la prophylaxie); pacemaker implanté en raison d'une bradycardie asymptomatique (surveillée par ECG Holter); valvulopathie nécessitant un traitement médical

3. IM antérieur (< 5 ans) ; test d'effort anormal; état (antérieur) angioplastie coronaire percutanée, greffe de pontage coronarien ou autres chirurgies cardiaques (remplacement de valve) ; ICC modérée (NYHA II-III) ou traitement médical

complexe; bloc bi fasciculaire ; pacemaker implanté en raison d'une syncope cardiogénique ; épanchement péricarde ou péricardite
4. Syndrome coronarien aigu, angor instable ou IM aigu ; ICC intraitable (NYHA III-IV aigu ou chronique) ; limitation marquée des activités normales de la vie quotidienne en raison du statut cardiaque.

2.2 Hypertension artérielle

Seule la sévérité de l'hypertension est à prendre en considération ; tenir compte des lésions organiques (complications) dans les catégories respectives.

0. Tension normale

1. Hypertension limite ; hypertension compensée par la restriction de sel et une perte de poids, pas de médicaments (quand la thérapie médicamenteuse est indiquée mais que le patient ne prend pas de médicaments, le score est au moins de 2)
2. Antihypertenseurs quotidiens : hypertension contrôlée par la prise d'un comprimé (également combinaison à dose fixe)
3. Hypertension contrôlée par la prise de deux ou plusieurs comprimés
4. Hypertension artérielle maligne, ou hypertension non contrôlée par un schéma thérapeutique complexe

2.3 Système vasculo-hématopoïétique

Maladie artérielle : athérosclérose carotidienne, maladie artérielle périphérique (MAP), anévrismes (tous les sites) ; maladie veineuse : insuffisance veineuse, varices, thrombose veineuse profonde (TVP), embolie pulmonaire, hypertension pulmonaire primaire ; hématopoïèse : anémie, leucopénie, thrombopénie, tumeur maligne hématologique ; lymphopoïèse : œdème chronique lymphatique, lymphome, maladie de la rate et du thymus ; maladie immunologique: lupus érythémateux systémique, sclérose systémique (sclérodermie), sarcoïdose, hypersensibilité.

0. Pas de problème

1. Insuffisance veineuse, varices, lymphoedèmes ; sténose carotidienne <70% ; hémoglobine 10-12 g / dl chez les femmes, 12-14 g / dl chez les hommes ; anémie liée à une maladie inflammatoire chronique
2. TVP antérieure ; un symptôme d'athérosclérose (claudication, bruit de souffle, amaurose fugace, absence du réflexe de pédalage) ou médicaments quotidiens (antiplaquettaires) ; MAP classification de Fontaine IIa-IIb ; sténose carotidienne > 70%; anévrisme aortique <4 cm ; hémoglobine 8-10 g / dl chez les femmes, 10-12 g / dl chez les hommes ; l'anémie due à une carence en fer, en vitamine B12 ou en folates, ou à une insuffisance rénale chronique ; nombre total de globules blancs (Leucocytes) 2'000-4'000 / mm³ ; thrombopénie modérée (50'000-150'000/mm³)
3. TVP récente (<6 mois) ; deux ou plusieurs symptômes d'athérosclérose (voir ci-dessus) ; MAP classification de Fontaine III ou angioplastie récente / antérieure (avec ou sans pose de stent) ; hémoglobine <8g/dl chez les femmes, <10 g / dl chez les hommes ; anémie dysérythroïdétique ; leucocytes <2'000/mm³ ; thrombopénie sévère (<50'000/mm³)
4. Embolie pulmonaire (aiguë ou récente/antérieure) ; athérosclérose requérant une intervention chirurgicale (p.ex. anévrisme aortique >4 cm, sténose carotidienne symptomatique >70%, MAP classification de Fontaine IV ou amputation pour raisons vasculaires, etc.) ; chirurgie vasculaire récente/antérieure

2.4 Appareil respiratoire

Cette catégorie comprend les BPCO, l'asthme, l'emphysème, les maladies pulmonaires restrictives interstitielles, les tumeurs malignes du poumon et de la plèvre, la pneumonie, ainsi que le tabagisme. Le tabagisme représente un risque cardiovasculaire respiratoire important. Il est donc considéré comme une maladie, et est classé en fonction du nombre de paquets années.

0. Pas de problème

1. Episodes récurrents de bronchite aiguë ; asthme en cours de traitement à l'aide d'inhalateurs lorsque nécessaire; fumeur >10 paquets de cigarettes /ans, mais <20

2. Diagnostic instrumental de BPCO ou maladie pulmonaire interstitielle (radiographie, mesure de la capacité totale, spirométrie) ; inhalateurs quotidiens en réserve (≤ 2 classes pharmacologiques) ; deux ou plusieurs épisodes de pneumonie au cours des 5 dernières années ; fumeur ≥ 20 , mais <40 paquets de cigarettes /ans

3. Dyspnée d'effort due à une capacité respiratoire limitée, insuffisamment contrôlée par médication quotidienne; prise de stéroïdes oraux en raison d'une maladie pulmonaire ; inhalateurs en réserve quotidiens (3 classes pharmacologiques) ; pneumonie aiguë traitée en ambulatoire

4. Supplémentation en oxygène chronique ; insuffisance respiratoire requérant une assistance ventilatoire, ou épisode antérieur (au moins un) ; pneumopathie aiguë requérant une hospitalisation.

2.5 Ophtalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx et larynx)

Pour simplifier la complexité potentielle de cette catégorie, il a été décidé d'attribuer le score en fonction de la sévérité de l'invalidité générée par les maladies sensorielles (degré d'autonomie et de communication limitées), et de ne pas coter chaque type de pathologie. Les déficiences sensorielles devraient être cotées après la correction instrumentale (verres correcteurs, prothèses auditives, etc.)

Yeux: glaucome, cataractes, dégénérescence maculaire (rétinopathie diabétique/hypertensive), toute autre pathologie.

Oreilles : otites, vertiges, toute cause de déficience auditive

Nez & pharynx : rhinite, pharyngite, polypes nasaux, sinusite, tumeurs malignes

Larynx : dysphonie, laryngite aiguë et chronique, tumeurs malignes

0. Pas de problème

1. Vision corrigée à l'aide de lunettes ; perte auditive légère ; sinusite chronique

2. Difficulté à lire le journal ou à conduire malgré le port de lunettes ; aide auditive requise ; plaintes naso-sinusales chroniques requérant un traitement ; vertiges/étourdissements nécessitant une médication quotidienne

3. Malvoyance sévère, cécité partielle (besoin d'assistance pour sortir, incapacité à lire un journal) ; troubles auditifs sévères (la communication est limitée malgré l'usage d'une prothèse auditive) ; dysphonie laryngée (pas de dysarthrie neurologique)

4. Cécité fonctionnelle/surdité : incapacité à lire, à reconnaître un visage familier, à mener une conversation même si la personne n'est pas complètement aveugle ou sourde «organiquement » ; laryngectomie (toutes les causes, en particulier les tumeurs malignes) ; intervention chirurgicale requise pour les vertiges ; aphonie due à une atteinte du larynx

2.6 Appareil gastro-intestinal supérieur

Cette catégorie comprend le tractus intestinal, de l'œsophage au duodénum, ainsi que les canaux pancréatiques : dysphagie, RGO, hernie hiatale, diverticule œsophagien, tout type de gastrite (aussi envisager l'éradication de H. Pylori ou non), ulcère gastrique / duodénal, pancréatite aiguë ou chronique, tumeurs malignes (y compris lymphome gastrique).

0. Pas de problème

1. Hernie hiatale, RGO ou gastrite requérant une médication en réserve ; ulcère antérieur (>5 ans) ; traitement d'éradication de H. Pylori antérieur (>5 ans)

2. Inhibiteurs de la pompe à protons/anti-acides quotidiens ; ulcère gastrique ou duodénal documenté ou traitement d'éradication de H. Pylori dans les 5 ans

3. Ulcère gastrique ou duodénal actif ; test de recherche de sang occulte dans les selles positif ; tout trouble de la déglutition ou dysphagie ; pancréatite chronique requérant la prise d'enzymes digestives supplémentaires ; épisode antérieur de pancréatite aiguë

4. chirurgie gastrique antérieure en raison d'un cancer ; antécédents d'ulcère perforé (chirurgie gastrique indépendante du cancer, suture gastrique) ; méléna/rectorragies abondantes provenant du tube digestif supérieur ; pancréatite aiguë.

2.7 Appareil gastro-intestinal inférieur

Comprend le reste du système gastro-intestinal, de l'intestin grêle à l'anus : maladie de Whipple, diverticulose, côlon irritable, tumeurs malignes. La constipation est également cotée, selon le type de laxatifs utilisés et la fréquence, ou l'historique de l'impaction.

0. Pas de problème, appendicectomie antérieure, réparation herniaire antérieure (sans complications)

1. Constipation gérée par médication en réserve ; hémorroïdes actifs ; hernie intestinale requérant une intervention chirurgicale ; réparation herniaire antérieure avec complications (adhérences intestinales, laparocèle, etc.) ; syndrome du côlon irritable (quelques symptômes)

2. Constipation requérant des laxatifs mucilagineux quotidiens ou des émoullients fécaux ; diverticulose (diverticulite antérieure) ; maladie intestinale inflammatoire en rémission traitée à l'aide de médicaments (>5 ans)

3. Fécalome / diverticulite au cours de la dernière année ; prise quotidienne de laxatifs stimulants (irritants) ou osmotiques ou lavements ; inflammation intestinale chronique en rémission traitée à l'aide de médicaments (<5 ans)

4. Poussée active de diverticulite ; maladie inflammatoire active ; impaction actuelle ; saignement actif provenant du tube digestif inférieur

2.8 Système hépatique (foie et voies biliaires)

Comprend le foie, la vésicule biliaire, les voies biliaires, le système portal : hépatite aiguë et chronique (virale, alcoolique, toxique, auto-immune, idiopathique), cirrhose, hypertension portale, hémochromatose, cirrhose biliaire primitive, lithiase biliaire, angiocholite, tumeurs malignes primaires. Le système hémato-biliaire étant difficile à évaluer à l'aide d'un examen corporel, se référer aux résultats de laboratoire.

0. Pas de problème

1. Hépatite antérieure (valeurs des transaminases actuellement normales) ; cholécystectomie
2. Lithiase biliaire ; hépatite chronique ou hépatite antérieure (<5 ans) ou toute autre maladie du foie (hémochromatose, cirrhose biliaire primitive) avec transaminases modérément élevées (3 fois dans les valeurs normales) ; consommation abusive d'alcool dans les 5 ans (à coter dans « 2.14 Troubles psychiatriques», également)
3. Hépatite chronique ou toute autre maladie du foie avec un taux de transaminases nettement supérieur (>3 fois les valeurs normales) ; bilirubine élevée
4. Cholécystite aiguë ; toute obstruction des voies biliaires ; hépatite/ cirrhose du foie

2.9 Système rénal (uniquement les reins)

Cette catégorie inclut les reins : calculs rénaux, insuffisance rénale aiguë/chronique, glomérulonéphrite ; syndrome néphrotique ; pyélonéphrite active/chronique, néphropathie diabétique ou hypertensive (albuminurie/protéinurie), carcinome rénal. Ne pas tenir compte de la protéinurie de Bence-Jones (myélome multiple).

0. Pas de problème

1. Calcul rénal asymptomatique ; présence de calculs rénaux au cours des dix dernières années ; pyélonéphrite dans les 5 ans; kystes rénaux sans hématurie
2. Créatinine sérique >133 µmol/l, mais <266 µmol/l sans diurétique ou traitement antihypertenseur (surtout inhibiteurs de l'ECA ou bêta-bloquants SRAA) ; calculs rénaux nécessitant une médication quotidienne
3. Créatinine sérique >266 µmol/l ou >133 µmol/l conjuguée à des diurétiques, des antihypertenseurs ou à un traitement au bicarbonate ; pyélonéphrite active ; syndrome néphrotique ; symptômes de colique traités en ambulatoire
4. Dialyse nécessaire ; symptômes de colique nécessitant une hospitalisation

2.10 Appareil génito-urinaire

Uretères, vessie, urètre.

Organes génitaux, prostate, testicules, pénis, vésicules séminales.

Utérus, ovaires. Glande mammaire est cotée sous « 2.13 Système endocrinométabolique»

Cette catégorie comprend tous les déficiences des voies génito-urinaires : calculs de l'uretère ou vésicaux, hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), infections du tractus urinaire (ITU), prolapsus, résection endoscopique de la prostate (TURP) etc. L'incontinence urinaire et le cathéter à demeure doivent également être pris en compte.

0. Pas de problème

1. Incontinence d'effort ; HBP sans symptômes urinaires ; hystérectomie ou ovariectomie (fibrome utérin, néoplasme bénin)
2. Frottis pathologiques (ou 2 anomalies consécutives) ; fréquentes ITU (3 ou plus au cours de l'année écoulée) chez les femmes ou ITU actuelles ; incontinence urinaire (pas d'incontinence due à l'effort) chez les femmes ; HBP avec symptômes urinaires (fréquence, urgence, miction retardée) ; statut post TURP; tout processus de dérivation urinaire ; cathéter à demeure ; calculs vésicaux

3. Cancer de la prostate in situ (p.ex. découverte fortuite au cours d'une TURP) ; saignements vaginaux ; carcinome cervical in situ ; hématurie (toutes causes confondues) ; incontinence urinaire (pas d'incontinence due à l'effort) chez les hommes; polypes vésicaux
4. Rétention urinaire aiguë ; infection urinaire actuelle

2.11 Téguments musculo-squelettiques

Il s'agit d'une catégorie très vaste, y compris: arthrose, ostéoporose, tout type de fracture osseuse ; tumeur primitive (os, muscle, tissu conjonctif, peau), distinction d'un mélanome par rapport aux autres cancers de la peau localisés ; polyarthrite rhumatoïde et polymyalgie rhumatismale ; blessures musculaires (coiffe des rotateurs, longue portion du biceps) ; escarres; tout type de maladie dermatologique. Les scores de cette catégorie sont strictement corrélés à l'invalidité qu'elles engendrent.

Coter la sévérité de chaque maladie en fonction du degré d'invalidité causé par cette maladie dans la catégorie concernée, sans tenir compte de l'invalidité engendrée par d'autres maladies. Par exemple : un patient souffrant à la fois d'arthrose et d'hémiplégie suite à un AVC présente un degré d'invalidité élevé. Il convient néanmoins coter 2 pour l'invalidité due à l'arthrose (dans cette catégorie) et 4 pour l'invalidité causée par l'AVC (dans la catégorie Système neurologique) ; pour un patient souffrant à la fois d'une polyarthrite rhumatoïde déformante et d'un AVC antérieur sans symptômes résiduels persistants, vous devez coter 4 pour l'invalidité due à l'arthrose (dans cette catégorie) et 2 pour l'invalidité causée par l'AVC (dans la catégorie Système neurologique).

Les fractures et/ou arthro-prothèses (à la fois récentes et anciennes) doivent être cotées selon le degré d'invalidité engendré (en tenant compte des symptômes résiduels également), afin d'éviter toute confusion relative à la classification des différentes fractures ou articulations. Il en va de même pour les maladies musculaires.

0. Pas de problème

1. Requier une médication en réserve contre l'arthrose (AINS) ou limitation modérée des IADL en raison d'une pathologie articulaire ; cancers de la peau excisés (sauf mélanome) ; infections cutanées requérant un traitement aux antibiotiques dans l'année
2. Médicaments anti-arthrosiques quotidiens (AINS) ou utilisation d'appareils fonctionnels ou limitation modérée des AVQ (arthro-prothèse antérieure ou fracture traitée engendrant un faible degré d'invalidité) ; ostéoporose sans fracture vertébrale ; médication quotidienne contre les maladies chroniques de la peau (même locales, comme psoriasis ou escarres) ; mélanome non métastatique ; médication quotidienne contre la polyarthrite rhumatoïde (à l'exception des stéroïdes) avec faible degré d'invalidité
3. Arthrose avec faible degré d'invalidité pour les AVQ ; traitement chronique aux stéroïdes contre les affections arthritiques ou les déformations articulaires ou les articulations gravement atteintes ; ostéoporose avec fractures par tassement vertébral
4. Patient confiné à un fauteuil roulant en raison d'une maladie ostéomusculaire ; graves déformations articulaires ou dont l'usage est sévèrement altéré ; ostéomyélite

2.12 Système nerveux central et périphérique

Cette catégorie comprend les pathologies «somatiques» du système nerveux central et périphérique : tout type d'AVC, de maladies neurodégénératives (maladie de Parkinson et parkinsonisme, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, etc.), myélopathies, traumatismes avec effets neurologiques, épilepsie primaire ou secondaire, neuropathies (diabétique, alcoolique, toute autre étiologie), tumeurs primaires, maux de tête chroniques (migraine), insomnie, etc. La sévérité et le pronostic de la maladie doivent être soigneusement cotés, ainsi que l'incapacité fonctionnelle causée par la maladie.

La maladie d'Alzheimer et la démence ne devraient pas être classés dans cette catégorie (maladies psychiatriques et comportementales) : la maladie d'Alzheimer doit être répertoriée sous les troubles psychiatriques. Lorsque la démence est d'origine vasculaire et/ou mixte et/ou découle d'autres troubles neurologiques (ex: maladie de Parkinson), le degré de gravité dans les deux catégories «Système neurologique» et «Troubles psychiatriques» devrait être coté de manière adéquate, en tenant compte de l'AVC et l'encéphalopathie par infarctus multiples responsable de la déficience cognitive (score 3 pour l'AVC avec symptômes résiduels persistants, score 4 pour l'encéphalopathie par infarctus multiples).

0. Pas de problème (ou quelques convulsions fébriles dans l'enfance)

1. Maux de tête fréquents nécessitant des médicaments en réserve sans répercussions sur les AVQ ; AIT antérieur (un événement) ; épilepsie antérieure non traitée actuellement, pas de crise depuis plus de 10 ans

2. Maux de tête chroniques requérant une médication quotidienne (également à des fins prophylactiques) ou engendrant une incapacité fonctionnelle importante régulière au niveau des AVQ (repos au lit, incapacité de travail, etc.) ; AIT actuel ou plus d'un AIT antérieur ; AVC antérieur sans symptômes résiduels importants; maladies neurodégénératives de gravité modérée (voir ci-dessus), traitées et bien contrôlées ; épilepsie contrôlée par médication

3. AVC antérieur avec légère dysfonction résiduelle (hémiparésie, dysarthrie) ; toute intervention neurochirurgicale; maladies neurodégénératives de gravité modérée (voir ci-dessus), insuffisamment contrôlées par médication ; épilepsie en cours de traitement, mais accompagnée de crises périodiques

4. AVC aigu ou AVC antérieur avec dysfonction résiduelle sévère (hémiparésie, aphasie, démence vasculaire sévère) ou plus d'un AVC antérieur (encéphalopathie par infarctus multiples) ; maladies neurodégénératives graves (voir ci-dessus) entraînant une incapacité au niveau des AVQ ; coma neurologique

2.13 Système endocrino-métabolique et seins (infections systémiques et intoxications également)

Cette catégorie englobe le diabète de type 1 et de type 2 (tenir compte des lésions organiques et de l'hypertension dans les catégories respectives), l'obésité et la dyslipidémie (hypercholestérolémie) ; elle comprend également la hypo-et l'hyperthyroïdie, l'hypo et l'hyperparathyroïdisme, les maladies des glandes surrénales (maladie de Cushing ou d'Addison), l'hypogonadisme, l'hypopituitarisme, etc. Les tumeurs, bénignes (telles que des nodules thyroïdiens) et malignes (comme le cancer de la thyroïde ou des glandes surrénales, vipome, etc.) sont également incluses.

Même s'il s'agit de glandes exocrines, les seins ont été intégrés dans cette catégorie puisque les auteurs n'ont pas été à même d'en trouver une plus adéquate; elle inclut donc le cancer du sein également.

En outre, elle comprend : troubles électrolytiques, sepsis, infections systémiques (comme la tuberculose, la syphilis, le sida) cotés en fonction de leur gravité et de l'incapacité fonctionnelle engendrée (voir indications générales) et les intoxications chroniques (aux métaux) ou aiguës (aux pesticides ou au carbone monoxyde).

0. Pas de problème

1. Diabète et / ou dyslipidémie contrôlés par un régime alimentaire ; obésité modérée (IMC 30-35 kg/m²) ; hypothyroïdie en traitement hormonal substitutif (L- thyroxine) ; hyperthyroïdie causée par un adénome de Plummer, traitée chirurgicalement

2. Diabète traité par hypoglycémifiants oraux ou insuline (taux d'hémoglobine A1c <7 %) ; dyslipidémie bien contrôlée par médication quotidienne (c- LDL inférieur à la cible recommandée en fonction du risque cardiovasculaire global individuel); obésité modérée (IMC 35-45 kg/m²) ; hyperthyroïdie (Basedow, Plummer) en traitement médicamenteux ; hyperparathyroïdie asymptomatique ou traitée chirurgicalement ; maladie fibrokystique du sein

3. Malgré le traitement, diabète mal contrôlé (taux d'hémoglobine A1c 7-8,5 % , complications) ; dyslipidémie mal contrôlée (c- LDL supérieur à l'objectif recommandé en fonction du risque cardiovasculaire global individuel ; par exemple, c- LDL >2,59 mmol/l chez les patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde ou d'AVC) ; obésité morbide (IMC >45 kg/m²); hyperparathyroïdie symptomatique (hypercalcémie p.ex.) ; traitement hormonal substitutif des glandes surrénales ; perturbation électrolytique requérant une hospitalisation

4. Diabète non contrôlé (hémoglobine A1c >8,5%) ou coma acidocétosique diabétique ou coma hyperosmolaire non cétosique au cours de l'année écoulée ; dyslipidémie générique non maîtrisée ; défaillance surrénale aiguë au cours du traitement hormonal

2.14 Troubles psychiatriques et comportementaux

Cette catégorie comprend à la fois la démence et les troubles du comportement associés (psychose, anxiété, dépression, agitation) et tous les troubles existants et/ou ne découlant pas de la démence psychiatrique. Etant donné qu'il s'agit du seul élément à analyser l'état mental du patient (tous les autres renvoient à l'état physique), son évaluation est très importante, en tenant compte de toute information provenant de l'évaluation gériatrique globale.

0. Pas de problème psychiatrique actuel ou antérieur

1. Maladie psychiatrique actuelle ou antérieure mineure : traitement psychiatrique antérieur (occasionnel) sans hospitalisation ; épisode dépressif sévère et/ou prise d'antidépresseurs il y a plus de 10 ans sans hospitalisation ; prise occasionnelle de tranquillisants légers (par exemple benzodiazépine, même si utilisés comme somnifères) ; légère déficience cognitive (MMSE 25-28)

2. Antécédents de dépression sévère (selon les critères du DSM-IV) au cours des 10 dernières années (traitée ou non) ; démence légère (MMSE 20-25) ; admission antérieure en service psychiatrique pour divers motifs ; antécédents d'abus de substances (il y a plus de dix années, y compris alcoolisme)

3. Dépression actuelle sévère (selon les critères du DSM-IV) ou plus de deux épisodes dépressifs majeurs au cours des 10 dernières années ; démence modérée

(MMSE 15-20); prise quotidienne d'anxiolytiques (également utilisés comme somnifères) ; à l'heure actuelle ou de par le passé, dix années de toxicomanie ou de dépendance (selon les critères DSM-IV) ; requiert une médication antipsychotique quotidienne ; tentative de suicide antérieure

4. Maladie mentale actuelle nécessitant une hospitalisation psychiatrique, une institutionnalisation, ou une prise en charge ambulatoire intensive (urgences psychiatriques, comme p.ex. tentative de suicide ou dépression sévère ou suicidaire, psychose aiguë ou décompensation aiguë d'une psychose chronique, toxicomanie sévère ; agitation dû à une démence sévère) ; démence sévère (MMSE < 15) ; délire (confusion aiguë ou état mental altéré pour des raisons médicales (organiques) : le cas échéant, également coder le degré de gravité de la cause médicale dans la catégorie appropriée)

Annexe 6

Montreal Cognitive Assessment (MoCA), version française 7.1.

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF				Copier le cube 		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS ___/5
[]		[]		[] Contour [] Chiffres [] Aiguilles				
DÉNOMINATION								
						[]		___/3
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.		VISAGE VELOURS ÉGLISE MARGUERITE ROUGE		Pas de point		
		1 ^{er} essai						
		2 ^{ème} essai						
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2						___/2
		Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB						___/1
		Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt						___/3
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []						___/2
		Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] ____ (N≥11 mots)						___/1
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle						___/2
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES VISAGE VELOURS ÉGLISE MARGUERITE ROUGE [] [] [] [] []		Points pour rappel SANS INDICES seulement				___/5
Optionnel		Indice de catégorie [] Indice choix multiples []						
ORIENTATION		[] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville						___/6
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL ___/30		
Administré par : _____						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans		

Interprétation du résultat :

Test pathologique si résultat inférieur à 26.
 Sensibilité : 83.3%, spécificité : 72.9%.

Annexe 7

Mini Mental State Examination (MMSE)

Orientation	/ 10		
<hr/>			
Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____			
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :			
1. En quelle année sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>		
2. En quelle saison ?	<input type="checkbox"/>		
3. En quel mois ?	<input type="checkbox"/>		
4. Quel jour du mois ?	<input type="checkbox"/>		
5. Quel jour de la semaine ?	<input type="checkbox"/>		
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.			
6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*	<input type="checkbox"/>		
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?	<input type="checkbox"/>		
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**	<input type="checkbox"/>		
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?	<input type="checkbox"/>		
10. A quel étage sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>		
<hr/>			
Apprentissage	/ 3		
Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.			
11. Cigare	Citron	Fauteuil	<input type="checkbox"/>
12. Fleur	Clé	Tulipe	<input type="checkbox"/>
13. Porte	Ballon	Canard	<input type="checkbox"/>
Répéter les 3 mots.			
<hr/>			
Attention et calcul	/ 5		
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*			
14.	93	<input type="checkbox"/>	
15.	86	<input type="checkbox"/>	
16.	79	<input type="checkbox"/>	
17.	72	<input type="checkbox"/>	
18.	65	<input type="checkbox"/>	
Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**			
<hr/>			
Rappel	/ 3		
Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?			
11. Cigare	Citron	Fauteuil	<input type="checkbox"/>
12. Fleur	Clé	Tulipe	<input type="checkbox"/>
13. Porte	Ballon	Canard	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
Langage	/ 8		
Montrer un crayon.	22. Quel est le nom de cet objet ?*	<input type="checkbox"/>	
Montrer votre montre.	23. Quel est le nom de cet objet ?**	<input type="checkbox"/>	
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***			<input type="checkbox"/>
Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :			
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,	<input type="checkbox"/>		
26. Ploiez-la en deux,	<input type="checkbox"/>		
27. Et jetez-la par terre. »****	<input type="checkbox"/>		
Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :			
28. « Faites ce qui est écrit ».	<input type="checkbox"/>		
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :			
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****	<input type="checkbox"/>		
<hr/>			
Praxies constructives	/ 1		
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »		<input type="checkbox"/>	

Interprétation du résultat :

Comptez 1 point par bonne réponse. Score global sur 30.

Pathologique si inférieur à 26, à nuancer en fonction du niveau socioculturel.

Annexe 8

Grille AGGIR

Remplir suivant les critères chaque items ci dessous:

- acte réalisé **Spontanément**
- acte réalisé **Totalement**
- acte réalisé **Habituellement**
- acte réalisé **Correctement**

1. Cohérence : se comporter de façon sensée

2. Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux

3. Toilette : hygiène corporelle

- Haut
- Bas

4. Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter

- Haut
- Boutonnage
- Bas

5. Alimentation : manger les aliments préparés

- Se servir
- Manger

6. Elimination : assurer l'hygiène et l'élimination

- Urinaire
- Fécale

7. Transferts : se lever, s'asseoir, se coucher

8. Déplacements à l'intérieur du logement avec ou sans canne, déambulateur, ...

9. Déplacements à l'extérieur du logement à partir d'une porte d'entrée sans aide

10. Communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, téléalarme)

Résultat :

- A si oui pour les 4 critères
- B si oui pour 1 à 3 critères
- C si non pour tous les critères

Le GIR est calculé à partir des lettres A, B et C pour les items 1 à 8.

La dépendance est croissante du GIR 6 (autonomie totale) au GIR 1 (état grabataire)

Annexe 9

Information écrite donnée aux participants de l'étude

Interne en médecine générale à la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de Chambéry, j'effectue un travail de recherche dans le cadre de mes études, pour l'élaboration de ma thèse d'exercice : *La santé des résidents d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale à bas seuil d'exigence. Evaluation et propositions.*

Ce travail porte sur la prise en charge médicale des résidents de la *Maison Villeneuve*. Vous y participerez à partir du moment où vous avez résidé au minimum 12 mois dans la maison.

Il s'agit d'un travail observationnel.

L'objectif est d'évaluer votre état de santé et votre suivi médical. Je chercherai des informations à partir des dossiers sociaux de la SASSON, des dossiers médicaux du centre hospitalier de Chambéry. Si des informations me manquent, je les demanderai à vos éducateurs.

Je vous recevrai individuellement en consultation, pour réaliser quelques tests simples, pour évaluer votre consommation d'alcool, votre mémoire et votre dépendance.

Les données vous concernant seront recueillies uniquement après avoir eu votre accord.

Toutes les données recueillies seront anonymisées.

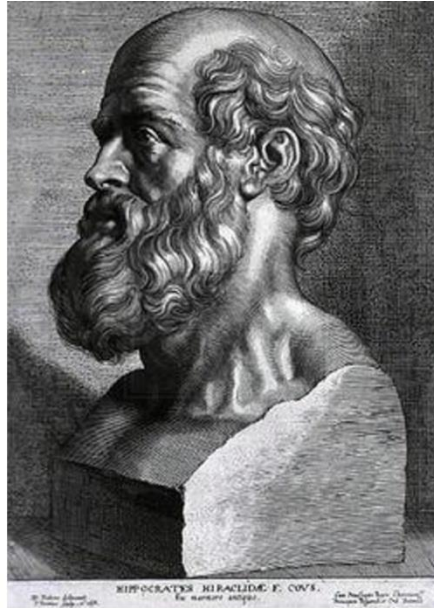
L'objectif est d'améliorer votre prise en charge sur le plan médical, qui est parfois compliquée, avec l'intervention de plusieurs médecins.

Le risque est que ce travail n'arrive pas à des conclusions car il porte sur un petit nombre de personnes.

En tant que participants à cette étude, vous avez des droits : accès aux données personnelles recueillies, rectification, opposition, refus, déclaration du fichier à la CNIL et contact de votre éducateur référent pour faire exercer vos droits.

Je reste à votre disposition en cas de questions.

COCHET Claire, interne de la PASS



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.