



HAL
open science

État de santé des patients sans domicile fixe du centre d'accueil d'urgence Leydet à Bordeaux : quels éléments peuvent rendre compte de leur particulière vulnérabilité ?

Stanislas Verwaerde

► To cite this version:

Stanislas Verwaerde. État de santé des patients sans domicile fixe du centre d'accueil d'urgence Leydet à Bordeaux : quels éléments peuvent rendre compte de leur particulière vulnérabilité ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01970264

HAL Id: dumas-01970264

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970264>

Submitted on 4 Jan 2019

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N° 189

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

Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2018

Par VERWAERDE Stanislas

Né le 12/03/1990 à La Rochelle

Etat de santé des patients sans domicile fixe
du centre d'accueil d'urgence Leydet à Bordeaux.

Quels éléments peuvent rendre compte de leur particulière vulnérabilité ?

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Jury

Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Docteur Nicolas ROUSSELOT	Rapporteur
Professeur Fabrice BONNET	Jury
Professeur Laurent MAGOT	Jury
Docteur Augustin JOANNES	Jury
Docteur Christophe ADAM	Jury

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, *Médecin généraliste, Professeur des Universités, Université de Bordeaux.*

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre encadrement élevant et rigoureux au cours de mon dernier stage d'internat. Votre travail au service des étudiants de l'université et au bon développement de notre formation mérite notre reconnaissance.

Aux membres du jury,

Monsieur le Docteur Nicolas Rousselot, *Médecin généraliste, Chef de clinique assistant, Université de Bordeaux.*

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Merci pour tes précieux conseils, le temps consacré à relire et corriger cette thèse et pour ton engagement universitaire.

Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet, *Praticien Hospitalier en Médecine Interne au CHU de Bordeaux. Professeur des Universités, Université de Bordeaux. Responsable du Diplôme Universitaire Santé, Précarité, Solidarité.*

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Votre implication dans l'enseignement de la thématique de la précarité est précieuse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Laurent Magot, *Médecin généraliste, Professeur associé des Universités, Université de Bordeaux.*

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre participation à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

Monsieur le Docteur Augustin Joannes, *Médecin généraliste, Médecin coordinateur des Lits Haltes Soins Santé du centre Leydet.*

Merci d'avoir accepté de constituer ce jury. Soyez assuré de tout mon respect pour le travail que vous menez auprès des populations vulnérables.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Christophe Adam, *Médecin généraliste, Maître de Conférences Associé de médecine générale. Université de Bordeaux.*

Travailler à vos côtés fut très enrichissant. Merci de m'avoir fait découvrir la thématique de la précarité et de l'enthousiasme contagieux que vous mettez à la partager. Vous m'avez ouvert les yeux sur les multiples possibilités d'exercice de notre métier. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Aux médecins et aux équipes soignantes qui ont participé à ma formation avec une pensée particulière pour les Docteurs Baziadoly et El Mekaoui. Merci de m'avoir fait découvrir avec passion ce métier formidable. Vous m'avez transmis l'envie de soigner avec rigueur et exigence. Travailler à vos côtés est un vrai plaisir, soyez assurés de ma sincère amitié.

Au docteur « Zulie », merci tes multiples coups de pouces et le suivi des enfants.

Aux équipes du centre Leydet qui m'ont aidé à réaliser ce travail. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité. La qualité de votre travail auprès des populations vulnérables mérite d'être soutenue et reconnue.

Aux patients.

A ma famille,

A Marine, mon amour. Déjà 4 ans de mariage et 10 ans depuis la P1 ! La vie est magnifique à tes côtés, tu es absolument extraordinaire !

A Gabriel et Pia, nos deux merveilles, nos raisons d'être ! Un clin d'œil à ma biche et à ces longues soirées passées à travailler sur cette thèse avec toi dans mes bras!

A la famiiiiiiiille, en route vers de nouvelles aventures !

A mes parents. Un éternel merci pour l'éducation que vous m'avez donnée, pour votre amour et les moyens que vous avez mis en œuvre pour me permettre de mener à bien ces études.

A mes sœurs, frères, belles sœurs et beaux frères. Vous êtes formidables ! Merci pour votre amour et votre affection pour Tatan le Gogole !

A mes beaux parents et aux tontons flingueurs. Merci pour l'accueil que vous m'avez fait dans votre superbe famille et pour votre bienveillance.

A mes grands parents, pour les merveilleux exemples que vous êtes. Avec une pensée spéciale à grand-père bêtise avec qui j'aurai aimé discuté de ce travail.

A mes amis,

A la mif des mif, à la team caraboat, « aux copains SiSi la famille » et autres carabins ! Parce qu'on partage cette envie de soigner et qu'on a tout fait pour y arriver ensemble. Des souvenirs mémorables avec vous, vive les carabins !

Aux zoulous, aux potos de Breizh Zion. Mention spéciale à Rémich l'amich, Matthieu le mousse, Mike et Copain Pilote, merci pour votre fidélité.

A Pierrot, Fred et Raph, compagnons de sous-colle devant l'éternel ! Un big-up à mon doublant préféré pour ton amitié et tes références cinématographiques immensément respectables.

A Côme, Faustine et Maxence. Merci à vos parents de la confiance qu'ils m'accordent.

Aux Marie-Joëlle, parce qu'on ne pouvait pas de pas les citer

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX	6
TABLE DES FIGURES.....	6
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	7
TABLES DES ANNEXES.....	7
<u>1. INTRODUCTION</u>	9
<u>1.1. Comment évaluer l'état de santé d'une population ?</u>	9
1.1.1. Les trois aspects de la santé	9
1.1.2. Les inégalités sociales de santé.....	9
1.1.3. La lutte contre les inégalités sociales de santé.....	10
<u>1.2. Les patients sans domicile fixe</u>	12
1.2.1. La population des personnes sans domicile fixe.....	12
1.2.2. Les patients sans domicile fixe et la santé.....	14
<u>1.3. La notion de vulnérabilité</u>	16
1.3.1. Constats et interrogations autours de la lutte contre les ISS	16
1.3.2. Un concept novateur	16
1.3.3. Tentative de définition.....	17
1.3.4. Pourquoi chercher à évaluer la vulnérabilité d'un patient ?.....	18
1.3.5. Comment repérer la vulnérabilité d'un patient ?.....	19
<u>1.4. Hypothèses et objectifs</u>	20
1.4.1. Objectif principal.....	20
1.4.2. Objectif secondaire.....	20
<u>2. MATERIEL ET METHODES</u>.....	21
<u>2.1. Schéma d'étude</u>	21
<u>2.2. Population étudiée et critères d'inclusion</u>	21
2.2.1. Le centre d'accueil d'urgence Leydet	21
2.2.2. Critères d'inclusion.....	22
2.2.3. Critères d'exclusion.....	22

<u>2.3. Origine et nature des données recueillies : construction du questionnaire</u>	22
2.3.1. Recueil des éléments sociaux.....	22
2.3.2. Recueil des éléments médicaux	23
2.3.3. Recueil des éléments de vulnérabilité.....	24
<u>2.4. Recueil des données</u>	30
2.4.1. Réponses au questionnaire.....	30
2.4.2. Collection des données et analyses statistiques.....	30
<u>3. RESULTATS</u>	31
<u>3.1. Inclusion</u>	31
<u>3.2. Description sociale de la population incluse</u>	32
<u>3.3. Description médicale de la population incluse</u>	34
<u>3.4. Description des éléments de vulnérabilité de la population incluse</u>	36
<u>4. DISCUSSION</u>	39
<u>4.1. Déroulé de l'étude</u>	39
<u>4.2. Quelles sont les caractéristiques sociales de la population incluse ?</u>	40
<u>4.3. Quelles sont les caractéristiques médicales de la population incluse ?</u>	45
<u>4.4. Quels éléments de vulnérabilité semblent essentiels pour évaluer la vulnérabilité des personnes sans domicile fixe ?</u>	50
4.4.1. Les éléments majeurs de vulnérabilité	50
4.4.2. Les éléments mineurs de vulnérabilité.....	52
4.4.3. Conclusion et perspectives.....	54
<u>4.5. Schéma de l'étude</u>	57
4.5.1. Biais et limites.....	57
4.5.2 Forces de l'étude.....	57
<u>5. CONCLUSION</u>	58
<u>6. BIBLIOGRAPHIE</u>	59
<u>7. RESUME</u>	78

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Pathologies les plus représentées au sein de la population étudiée et comparaison avec la population générale.....	46
--	----

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Les principaux déterminants de santé.....	10
Figure 2: Diagramme de flux de la population étudiée.....	31
Figure 3. Répartition des patients inclus selon leur âge	32
Figure 4. Répartition des patients inclus selon leur situation matrimoniale	32
Figure 5. Répartition des patients inclus selon leur situation administrative sur le territoire français.....	32
Figure 6. Répartition des patients inclus selon leur protection sociale.....	33
Figure 7. Répartition des patients inclus selon leur niveau d'études.....	33
Figure 8. Répartition des patients inclus selon leur dernière profession exercée.....	33
Figure 9. Réponses à la question « Comment est votre état de santé générale ? »	35
Figure 10. Répartition des patients inclus selon leur référent médical.....	35
Figure 11. Résultats de l'évaluation de l'autonomie dans les actes de soins quotidiens	37
Figure 12. Réponses au questionnaire portant sur la spiritualité.....	38
Figure 13. Comparaison, avec la population générale, des diplômes obtenus	42
Figure 14. Comparaison, avec la population générale, de la dernière profession exercée.....	43
Figure 15. Comparaison, avec la population générale, de l'état de santé perçu.....	45
Figure 16. Comparaison, avec des patients sourds, de la capacité de communication	52
Figure 17. Comparaison, avec la population générale, de la capacité à entretenir une spiritualité positive.....	54

LISTE DES ABBREVIATIONS

AAH: Allocation aux Adultes Handicapés

ALD: Affection de Longue Durée

AME: Aide Médicale d'Etat

CAU : Centre d'Accueil d'Urgence

CMU-c: Couverture Maladie Universelle complémentaire

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISS: Inégalités Sociales de Santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PASS: Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMA: Protection Universelle MALadie

RSA: Revenu de Solidarité Active

SDF: Sans Domicile Fixe

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire utilisé pour l'étude.....65

Annexe 2. Résultats détaillés des caractéristiques sociales de la population étudiée.....71

Annexe 3. Résultats détaillés des caractéristiques médicales de la population étudiée.....73

Annexe 3 bis. Résultats détaillés des antécédents médicaux recueillis.....76

Annexe 4. Résultats détaillés des éléments de vulnérabilité étudiés.....77

SERMENT MEDICAL.....78

AVANT-PROPOS

Notre étude s'intéresse à la santé des patients sans domicile fixe.

Dans un premier temps nous définirons les différents thèmes abordés dans ce travail :

- La notion d'**état de santé** qui recouvre bien plus qu'un état de bien être physiologique et qui pose le problème des inégalités sociales de santé.

- La population des patients **sans domicile fixe**. Nous verrons les problématiques et les enjeux soulevés par ce terme.

- Le concept de **vulnérabilité**. Originale et novatrice, cette notion véhicule des idées intéressantes et prometteuses pour comprendre la santé de ces patients.

Dans un second temps, nous décrirons la méthode employée. Il s'agissait d'une étude transversale, sous forme d'entretiens semi-dirigés, de patients sans domicile fixe accueillis dans un centre d'hébergement d'urgence.

En troisième partie, nous exposerons les résultats aux différents objectifs fixés.

Enfin, la quatrième et dernière partie de ce travail s'attachera à discuter des résultats, des limites et des forces de l'étude. Nous tenterons de dégager des pistes concrètes, applicables dans ce centre d'hébergement d'urgence mais également en cabinet de médecine générale, afin de mieux comprendre la santé et la vulnérabilité des patients sans domicile fixe.

1. INTRODUCTION

1.1. Comment évaluer l'état de santé d'une population ?

1.1.1. Les trois aspects de la santé

La santé, telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est « *un état de complet bien-être **physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (1). Cette définition rend compte d'une réalité : la santé ne peut être réduite au seul bien-être biologique. Elle intègre une triple dimension de facteurs physiques, mentaux et sociaux qui concourent, ensemble, au bien-être d'une personne.

Ces trois composantes de la santé (physique, mentale et sociale) sont artificiellement séparées, pour mieux les étudier et les prendre en charge, mais sont en réalité intriquées à plusieurs niveaux. Dans la population de patients que nous allons étudier (les patients sans domicile fixe) le lien entre santé « sociale » et santé « physique » s'exprime clairement. Le paragraphe suivant vise à comprendre les mécanismes à l'origine de ce lien.

1.1.2. Les inégalités sociales de santé

Depuis la naissance d'un individu se développent des inégalités face à la santé et à la maladie qui impactent directement son espérance de vie. Elles sont de deux ordres:

- En premier lieu existent des inégalités d'ordre génétique ou physiologique entre les personnes (être un homme ou une femme, être jeune ou plus âgé, hériter ou non d'un patrimoine génétique défavorable...).

- En second lieu existent des inégalités liées à l'environnement social de la personne, ce sont les **inégalités sociales de santé** (ISS).

Si tous les hommes sont mortels, l'âge de décès ainsi que la qualité de vie de chacun ne sont pas les mêmes et dépendent, entre autres, de facteurs sociaux. Concrètement, on estime qu'un ouvrier aura, en moyenne, une espérance de vie de 7 années plus courte qu'un cadre et qu'il pourra espérer vivre jusqu'à 59 ans sans incapacité contre 69 ans pour un cadre (2).

Cette différence de morbi-mortalité touche chaque personne et obéit à une distribution dans la population générale qui suit un gradient social favorable aux catégories sociales les plus élevées (chaque catégorie sociale présentant un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur). Ce phénomène est appelé **gradient social des inégalités sociales de santé** (2).

Trois mécanismes principaux génèrent les ISS (2) :

- Le comportement des patients, relevant de leur choix personnels (addictions, conduites à risque, alimentation...)
- L'accès aux soins (lié à des contraintes géographiques, financières, politiques...)
- Le rôle de l'environnement au sens large. C'est à dire l'ensemble des éléments qui peuvent avoir une influence sur la santé d'une population (éducation, diplôme, emploi, conditions de travail, conditions de logement, conditions de vie dans l'enfance, intégration sociale...)

L'état de santé résulte donc, en partie, d'interactions entre une multitude de facteurs sociaux influençant le comportement individuel, l'accès aux soins et l'environnement. Ces facteurs sont appelés **déterminants de la santé** (3).

Ceux-ci sont multiples et n'agissent pas séparément; c'est la combinaison de leur effet qui influe sur la santé d'un individu. La figure ci-dessous présente un modèle illustrant la complexité et l'interdépendance des déterminants de la santé.

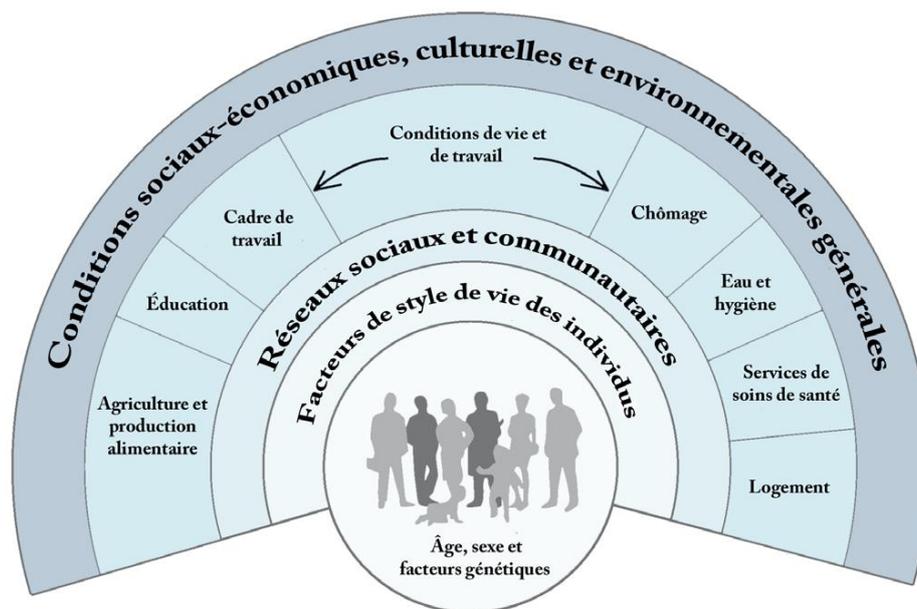


Figure 1. Les principaux déterminants de la santé.

Dahlgren, Göran and Whitehead, Margaret, 1991, *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Institute of Future Studies. Stockholm.

1.1.3. La lutte contre les inégalités sociales de santé

Afin de lutter contre les inégalités sociales de santé il est essentiel de comprendre comment « l'ordre social » peut se traduire en « ordre biologique ». C'est dans cet esprit que se situe notre travail. Nous chercherons à décrire et à analyser le lien entre la santé « physique » ou « biologique » et les déterminants de la santé d'une population particulièrement pénalisée par son environnement social : les personnes sans domicile fixe.

Cette lutte est tout d'abord un **impératif éthique**, une question de **justice sociale**. Il s'agit de permettre à chacun d'atteindre son plein potentiel de santé, sans en être amputé par des désavantages sociaux probablement évitables (2).

Loin d'être marginale, cette problématique touche l'ensemble de la population française selon un continuum, et constitue de nos jours **une question majeure de santé publique**.

En effet, la santé et l'espérance de vie se sont améliorées au cours des dernières décennies en France. Cependant, cette amélioration s'est principalement produite en faveur des personnes socio-économiquement favorisées. Selon le Haut Conseil de la santé publique, les inégalités sociales de santé ont même eu tendance à se creuser (4).

Un des points importants à prendre en compte dans la lutte contre les ISS est la **complexité** des mécanismes qui les génèrent. Aucune approche théorique ne pourra parfaitement en rendre compte. Les définitions de pauvreté ou de précarité que l'on proposera pour expliquer ces phénomènes seront vite dépassées par la multitude de situations pratiques rencontrées sur le terrain.

Ainsi, les solutions apportées aux ISS devront être **pluridisciplinaires** et accepter de ne pas pouvoir rendre de réponses protocolisées ou standardisées (2). En d'autres termes, elles ne peuvent se contenter de penser l'autre uniquement dans son appartenance à une population (précaire, pauvre...) mais devront le considérer d'abord dans son individualité.

Enfin la lutte contre les ISS ne doit pas dépendre seulement d'une bonne volonté ou d'une envie de charité, mais doit s'appuyer sur des **compétences professionnelles**. Celles-ci dépendront de la formation des acteurs de terrain et de la mise en place d'études rigoureuses. Sur ce point, le Haut Conseil de la santé publique a rappelé, dans son rapport de 2009 portant sur les ISS (4), que les évaluations scientifiques sur le sujet étaient encore très insuffisantes.

Conclusion :

Nous avons vu que l'étude de la santé d'une population ne peut se résumer aux seules problématiques biomédicales. Il est capital de prendre en compte l'environnement social du patient qui influe inévitablement sur sa santé. Cela passe par l'étude des inégalités sociales de santé lorsque, comme dans ce travail, nous étudions une population qui y est particulièrement exposée.

De tels travaux n'auront pas pour vocation d'apporter des solutions aux ISS mais de proposer un point d'éclairage à ces questionnements complexes.

« Le but de la recherche de méthode n'est pas de trouver un principe unitaire de toute connaissance, mais d'indiquer les émergences d'une pensée complexe, qui ne se réduit ni à la science, ni à la philosophie, mais qui permet leur intercommunication en opérant des boucles dialogiques » Edgar Morin, Sciences et conscience, 1982

1.2. Les patients sans domicile fixe

1.2.1. La population des personnes sans domicile fixe

- **De qui parle t-on?**

C'est au milieu des années 1980 que l'appellation « sans domicile fixe » (SDF) succède aux notions de vagabond, clochard ou encore de mendiant. Cette dénomination est largement utilisée aujourd'hui, aussi bien par les pouvoirs publics, que par les médias ou les professionnels du secteur.

Mais de qui parle t-on? Des personnes vivant à la rue depuis des années? Des personnes utilisant ponctuellement les services d'aides aux sans abris? Ou bien encore des personnes changeant régulièrement d'habitat sans avoir eux-mêmes de logement propre?

La première difficulté à laquelle nous pouvons être confrontés pour étudier la population des personnes sans domicile fixe vient de cette diversité de situations. Les études sur le sujet se sont multipliées en France ces dernières années, mais avec une **grande variété de définitions** (et donc de résultats). Selon la définition de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (5) : « *une personne est dite « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune...)* ». Il s'agit donc d'une population particulièrement mouvante et fluctuante dans les personnes qui la compose. Une personne pouvant être considérée comme sans domicile fixe un jour et ne plus appartenir à cette population le lendemain.

Loin d'être consensuelle, cette définition constitue malgré tout, un cadre de référence en France à ce jour et c'est à partir d'elle que nous organiserons notre travail.

- **Une population toujours plus nombreuse**

Il a toujours été difficile de dénombrer les personnes sans domicile fixe. Comme nous l'avons vu, il n'y a pas de définition claire et partagée. Selon celle retenue, le nombre de personnes classées comme « sans-domicile fixe », et leurs caractéristiques sociodémographiques vont changer. De plus, l'organisation pratique d'un recensement paraît compliquée. En effet, une part non négligeable des personnes sans domicile fixe ne se présente pas dans les réseaux d'aides (distribution de repas, logement...) où un décompte est alors possible.

Mais alors, quelle proportion reste inaccessible parce que cachée (dormant dans des parkings, des squats, dans des bois...)? Combien va-t-on en "oublier" par notre décompte ?

Nous retiendrons donc avec précaution ces derniers chiffres. En 2017, on pouvait compter 4 millions de personnes souffrant de mal logement en France dont 143 000 personnes privées de domicile (6). Si ces chiffres peuvent être débattus, deux résultats font tout de même consensus :

- La population des personnes sans domicile fixe correspond à **une part non négligeable de la population française.**

- Cette population ne cesse de grandir d'années en années (6).

- **Une population au cœur des préoccupations politiques actuelles**

La prise en charge de la pauvreté a considérablement évolué depuis les premiers siècles de notre ère, où la misère, souvent vécue avec fatalité, était soumise à la charité chrétienne. Aujourd'hui, l'action envers les plus pauvres est sortie d'un cadre uniquement charitable pour des politiques publiques fondées sur des connaissances et des compétences professionnelles (7).

Voici quelques exemples qui montrent que ces problématiques sont au cœur des préoccupations actuelles de santé publique :

- En janvier 2018, le Président de la République exprime la volonté et l'engagement du gouvernement « à apporter un toit à toutes celles et ceux qui sont aujourd'hui sans-abri ».

- En février 2018, la mairie de Paris lance un grand recensement des personnes sans abris. Des milliers de bénévoles quadrillent l'agglomération parisienne, tentant d'apporter une évaluation, la plus précise possible, du nombre de personnes sans domicile fixe. Plusieurs des questions posées à ces personnes portaient sur leur état de santé. («Avez-vous des problèmes de santé ?», «Avez-vous une couverture médicale ?», « Quand avez-vous vu un médecin pour la dernière fois ? »).

- En mars 2018, des élus parisiens ont dormi dans la rue en compagnie des personnes sans abris pour alerter sur leur sort.

- **Une population polymorphe**

Pour agir contre les ISS et promouvoir la santé des patients sans domicile fixe nous avons besoin d'un cadre et donc de définitions : qui appelle t-on « sans domicile fixe » ? Quelles sont les caractéristiques communes à ces patients ?

Ce qui ressort des études démographiques sur la population des personnes sans domicile fixe est un polymorphisme important. Nous sommes loin d'une population partageant de multiples points communs. En effet, il s'agit en réalité d'une population **très hétérogène** (homme, femmes, enfants, vieux ou jeunes, travaillant ou pas, cultures différentes...) avec une variété immense de situations sociales, économiques et sanitaires échappant à toute catégorisation (8,9).

Ce polymorphisme doit également être compris dans le temps (les personnes sans domicile fixe d'il y a 50 ans ne sont pas comparables à celles d'aujourd'hui) et dans l'espace. En effet, la répartition géographique de cette population est très irrégulière puisqu'elle obéit à de nombreux facteurs locaux: offre d'emplois, prix des loyers, proximités de dispositifs d'accueil et d'aides sociaux....

1.2.2. Les patients sans domicile fixe et la santé

- **Des problématiques spécifiques**

Les patients sans domicile fixe souffrent de problématiques de santé particulières. Trois éléments nous paraissent majeurs pour expliquer la spécificité de cette population.

Les patients sans domicile fixe ont un **mauvais état de santé**. Un chiffre résume à lui seul le risque sanitaire que courent ces personnes: leur espérance de vie serait estimée à 41 ans pour les femmes et 56 ans pour les hommes (8). (Les maladies et risques sanitaires spécifiques de ces patients seront développés plus largement dans une autre partie de ce travail).

Comme nous l'avons vu précédemment, cette dégradation de l'état de santé peut être expliquée en grande partie par les inégalités sociales de santé auxquelles font face ces patients.

Les personnes vivant à la rue souffrent d'un accès particulièrement difficile à une prise en charge médicale alors même qu'elles en ont foncièrement besoin. Ces difficultés peuvent être, entre autre, expliquées par **un système de soins non adapté à leur situation**. Deux exemples illustrent ce problème.

- Pour les patients sans domicile fixe, le recours au médecin généraliste est problématique. Le regard des autres personnes en salle d'attente peut être gênant, stigmatisant et générer de la honte voire une réticence à se rendre chez leur médecin. Pour les praticiens, cette mixité sociale qui s'exprime par des apparences physiques multiples dans la salle d'attente, peut être difficile à gérer. Certains professionnels iraient même alors jusqu'à refuser de soigner ces patients (10).

- En médecine traditionnelle la rencontre passe par la demande du malade. Nous comptons sur une certaine autonomie des patients, qu'ils prennent l'initiative de consulter quand ils le jugent nécessaire. Mais qu'en est-il lorsque ceux-ci nient la maladie (8) ? On constate en effet une faible part de consultation spontanée des patients sans domicile fixe, sauf sur le mode de l'urgence. Mais encore, cette urgence est souvent détectée par les professionnels et non par les patients, ce qui crée un certain décalage entre la nécessité de soins à apporter et le faible besoin exprimé (soulignant ainsi un nouveau décalage du système de soins avec la logique de ces patients) (11).

Enfin, le **rapport de ces patients à la santé peut être particulier**.

- Bien souvent, ils n'expriment par le soin comme une priorité. La santé « *n'est pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver* », comme le souligne un rapport annuel de Médecins du Monde (2008). Ceci les amène à consulter plus tardivement que la population générale pour les mêmes symptômes.

- Le rapport au corps est aussi différent. Certains auteurs parlent d'état de « glaciation » (8) ou de « divorce du corps » (10) pour exprimer cette dissociation que les patients sans domicile fixe peuvent faire entre leur esprit et leur corps. Ce corps semble peu à peu ne plus leur appartenir.

- Enfin, la relation de confiance à l'autre est souvent mise à mal par leur parcours de vie. Le rapport aux professionnels de santé s'en trouve alors très perturbé. Par exemple, les patients sans domicile fixe expriment souvent une réticence à être touchés, même par des soignants. (8)

• Enjeux autour de l'étude des patients sans domicile fixe

L'étude de la santé des patients sans domicile fixe constitue un véritable enjeu (12). En effet, la compréhension de la pauvreté en France reste très limitée et **les données épidémiologiques manquent** (9,10). L'état de santé des patients sans abris nécessite donc d'être mieux comprise pour adapter leurs prises en charge.

Cette quête de données épidémiologiques doit s'adapter à ce public particulier et à ses modes de fonctionnement. Nous avons relevé deux impératifs qui nous paraissent nécessaires pour guider des travaux sur le sujet.

En premier lieu, il paraît nécessaire d'**agir localement**. Comme nous l'avons vu, la population des patients sans domicile obéit à un polymorphisme géographique. De grandes études nationales ne pourraient pas rendre compte des spécificités et problématiques territoriales. En partant du réel des situations il serait alors possible d'envisager des solutions basées sur les besoins spécifiques des populations étudiées (9,13,14). La loi de modernisation de notre système de santé datant de 2016 oriente en ce sens en promouvant une organisation territoriale des parcours de soins centrés sur les inégalités sociales de santé (articles 65 et 74) (15).

En second lieu, il semble capital de développer une **politique de « l'aller vers »** (8). Il s'agit d'aller à la rencontre de ces patients et ne pas attendre que ceux-ci se présentent dans des structures de soins pour commencer à étudier leur santé (ce concept a d'ailleurs contribué à la création des permanences accès aux soins de santé –PASS- mobile).

En effet, les populations vulnérables peuvent être éloignées du soin pour plusieurs raisons (non exhaustives):

- la situation géographique de leur lieu de vie (souvent situé à la périphérie des agglomérations)
- la non-maîtrise de la langue française
- la non-compréhension des messages sanitaires

Pour remédier à cela, la loi de modernisation de notre système de santé prévoit de mettre en place une « *médiation sanitaire locale* » (article 90) (15). Les actions sont menées par des professionnels de la médiation en santé. Ils travaillent à la fois avec les populations locales et avec les professionnels du système de santé et jouent un rôle d'interface pour faciliter l'accès aux soins.

Conclusion :

Nous avons vu que la population des patients sans domicile fixe est très hétérogène. Néanmoins une étude populationnelle (c'est-à-dire en les considérant comme une population à part entière) peut se justifier par le rapport singulier qu'ils entretiennent avec la santé.

Nous sommes donc face à un dilemme. D'un côté le constat que des études populationnelles ne pourront jamais être satisfaisantes compte tenu de ce polymorphisme. De l'autre, elles paraissent nécessaires pour combler un « manque » épidémiologique, mais aussi pour fonder les actions publiques sur des preuves.

Par ailleurs, il nous semble important que de tels travaux aient une portée locale. Ils pourront apporter des solutions concrètes aux professionnels de santé qui sont au contact de ces patients.

1.3. La notion de vulnérabilité

1.3.1. Constats et interrogations autour de la lutte contre les ISS

Finalement, nous avons vu que la population des personnes sans domicile fixe est hétérogène et ne peut être considérée comme totalement distincte de la population dite « générale ». De part sa situation sociale à risque, nous savons qu'elle constitue malgré tout un groupe à risque à part entière de souffrir des ISS.

Dans la lutte contre les ISS nous retenons plusieurs constats :

- La question des ISS est **complexe**. Elle est sous-tendue par l'existence des déterminants de santé qui sont multiples et qui interagissent entre eux à la fois en cause et en conséquence.

- Les ISS ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Il existe un **gradient social** dans lequel s'inscrivent ces patients.

- Le cadre populationnel des personnes précaires ou pauvres dans lesquels sont « catalogués » les patients sans abris permettent de repérer les personnes les plus en difficultés mais ne nous semblent plus adaptés à la **diversité de situations que connaissent la population des personnes sans domicile fixe**. L'approche binaire « précaire » ou non, « pauvre » ou non, ne permet pas de rendre compte de la multitude des situations.

- La lutte contre les ISS doit faire intervenir l'autonomie des personnes et promouvoir leurs **capacités d'agir**.

Face à ces constats, nous avons choisi d'aborder l'étude des ISS de cette population sous un angle nouveau, celui de la vulnérabilité. Nous faisons l'hypothèse que ce concept permettrait de dépasser les problématiques exposées ci-dessus.

Cependant la définition même de la vulnérabilité ainsi que les critères permettant de considérer un patient comme particulièrement vulnérable ou non ne sont pas connus.

Notre travail s'inscrit donc dans ce vaste chantier. Celui de pouvoir réussir à évaluer la vulnérabilité d'un patient sans domicile fixe.

1.3.2. Un concept novateur

Le concept de vulnérabilité semble s'imposer dans le champ médico-social pour étudier, rendre compte et agir sur les ISS comme en témoigne, **l'accélération fulgurante du nombre de travaux sur le sujet ces dernières années** (16). Nous pouvons citer, par exemple, l'intitulé d'un travail de recherche de l'agence nationale de recherche en 2008 intitulé « Vulnérabilité, à l'articulation du sanitaire et du social » ou le thème de l'observatoire national de l'enfance en danger (ONED) en 2014 : « Vulnérabilité, identifications des risques de l'enfance » (17).

1.3.3. Tentative de définition

La notion de vulnérabilité est définie par le dictionnaire Larousse comme « *celui qui peut être blessé, qui se défend mal* » (17). Elle est employée dans de multiples domaines (sciences de l'environnement et gestion des catastrophes naturelles, sciences physiques, en matière juridique...) et renvoie toujours aux notions de risque et d'anticipation.

Dans le domaine médico-social qui nous intéresse, la notion de vulnérabilité souffre encore d'un flou sémantique majeur (16). En effet, la population incluse dans cette définition ainsi que ses critères diagnostiques restent vagues et débattus.

D'un point de vue purement conceptuel, nous retiendrons quelques grandes caractéristiques.

La vulnérabilité est (16) :

- **Universelle.** Elle touche chaque personne, chaque patient.
- **Individuelle.** Face à une même exposition certains seront plus touchés que d'autres.
- **Graduée.** Chaque patient est vulnérable selon un degré plus ou moins important: la vulnérabilité est un continuum (au même titre qu'il existe un gradient social pour expliquer les ISS).
- **Réversible.** On peut agir sur la vulnérabilité et l'atténuer.
- **Relationnelle et contextuelle.** Nous ne sommes vulnérables que dans un contexte donné et en fonction des protections dont nous bénéficions.
- **Potentielle.** Elle exprime l'incertitude, le possible. La vulnérabilité est une « blessure » qui peut advenir.

Cet ensemble fait du concept de vulnérabilité une idée particulièrement pertinente pour l'action sanitaire et sociale.

Les limites avec d'autres concepts plus anciens et ancrés dans le langage médico-social peuvent, à première vue apparaître flous. Pourtant les différences existent. La vulnérabilité n'est pas :

- **L'exclusion**

Ce terme utilisé dans les années 1960, pour désigner une frange spécifique du prolétariat, a été pratiquement abandonné. On lui reproche une trop grande stigmatisation mais aussi sectorisation des personnes désignées (17).

- **La pauvreté**

La pauvreté reflète uniquement la réalité économique d'une situation (En France, par exemple, il correspond à un revenu inférieur à 60% du revenu médian) et ne prend pas en compte d'autres critères sociaux essentiels comme le logement, l'emploi... (18).

- **La fragilité**

C'est un terme qui se rapproche de celui de vulnérabilité. Il est très utilisé en sciences gériatriques pour désigner un état à risque de dépendance. Cependant, contrairement, à la vulnérabilité, la fragilité n'est que peu réversible. De plus, sa définition s'appuie sur des critères d'évaluation essentiellement biomédicaux (et très peu sociaux) (16).

- **La précarité**

C'est l'autre terme majeur utilisé en sciences médico-sociales. Il n'existe pas de définition unique. Le haut comité de santé publique considère la précarité « *comme le résultat d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économiques, sociales, familiales* » et met en avant la notion de rupture de trajectoire (19). Peu d'outils de dépistage font consensus pour dépister la précarité. Le plus connu est le score EPICES (20) : les réponses aux 11 questions construisent un score continu de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum), avec un seuil de précarité fixé à 30.

La principale différence avec la vulnérabilité (même si la frontière peut paraître encore mince) est cet effet seuil (fixé arbitrairement) qui va à l'encontre de l'idée d'une universalité de la vulnérabilité. De plus, l'évaluation de la précarité ne s'appuie que sur l'évaluation de quelques capacités (elles-mêmes présentées de façon très binaires) (logement, moyens financiers, relation sociale) des patients à mobiliser par eux-mêmes des ressources (17).

Cette évolution des termes et de concepts autour des personnes en difficultés rend compte d'une mutation profonde de la société et de la médecine quant à sa manière de prendre en charge les patients (17). Alors qu'on désignait il y a 50 ans certaines personnes comme des « exclus » de la société, nous nous considérons aujourd'hui comme tous potentiellement atteignables par une situation difficile, nous sommes devenus tous vulnérables.

1.3.4. Pourquoi chercher à évaluer la vulnérabilité d'un patient ?

Pour le moment on connaît les populations les plus vulnérables : les femmes enceintes, les personnes handicapées, les migrants... Mais si les femmes enceintes sont plus vulnérables que la population générale (puisqu'elles sont exposées à davantage de risques, de pathologies...), le sont-elles toutes avec le même degré ? Evaluer la vulnérabilité d'un patient c'est **sortir d'un cadre populationnel** et avoir **une lecture personnalisée** de son parcours de soin.

Dans certaines institutions il est nécessaire d'établir un degré de vulnérabilité pour pouvoir comparer les personnes entre elles et les « hiérarchiser ».

- Ainsi l'Office Français de l'Immigration (OFI) a établi des critères de vulnérabilité pour pouvoir hiérarchiser les demandeurs d'asile et faire bénéficier aux plus vulnérables, d'une priorisation de leur demande (21). Il s'agit d'évaluer les solutions d'hébergement de la personne et d'apprécier ses besoins d'assistance (handicap, grossesse, problème de santé).

- Dans un centre d'hébergement d'urgence, l'évaluation de la vulnérabilité d'un individu permet d'éclairer les décisions de prolongation ou non d'accueil dans la structure.

En soins primaires on perçoit les avantages que l'on pourrait tirer d'une évaluation de la vulnérabilité. Chaque patient est vulnérable puisqu'il est exposé à un risque: la mort par la maladie. Mesurer la vulnérabilité d'un individu c'est évaluer les faiblesses mais aussi les capacités qu'il peut mettre en jeu lorsque ce risque (ici la maladie) apparaît ou se rend plus incisif.

Le praticien pourrait agir en amont de l'arrivée de la maladie (**médecine préventive**) et de façon adaptative (**médecine personnalisée**) en prenant en compte, dans ses décisions, le degré de vulnérabilité de son patient (17). Cette évaluation permettrait par exemple d'adapter des prises en charge de pathologies chroniques en proposant des soins « sur-mesure » (et non seulement protocolisés), centrés sur les vulnérabilités et les capacités individuelles. Ce mouvement participe à l'évolution moderne de la médecine, à savoir une individualisation des prises en charge et une participation active des patients (comme en témoigne la mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires, de directives anticipées, de chimiothérapies individualisées...).

1.3.5. Comment repérer la vulnérabilité d'un patient ?

Repérer la vulnérabilité c'est repérer le « talon d'Achille » d'un patient. C'est repérer les éléments de son environnement social qui augmenteront les effets néfastes d'une pathologie (et creuseront de fait les ISS) (22).

La vulnérabilité d'un patient pourra être appréciée en prenant en compte à la fois ses **facteurs de vulnérabilité** (qui accentuent la vulnérabilité) et son corolaire: ses **capacités** (qui diminuent la vulnérabilité et qui renvoient au concept de résilience - c'est-à-dire à la capacité à faire face à une situation difficile-) (22).

Il serait illusoire (et même dangereux) d'imaginer un score rationnel et objectif capable de répondre de manière définitive à une question aussi vaste et individuelle que celle de la vulnérabilité.

En effet, il faut admettre l'évaluation de la vulnérabilité d'un individu comportera toujours une part de **subjectivité**. Cette dimension de subjectivité est dépendante du dialogue pluridisciplinaire, de l'expérience des professionnels de santé et de son appréciation propre de la situation. Complémentaires et indissociables, les évaluations dites objectives et subjectives permettront d'apprécier avec le plus de justesse possible une réalité qui restera, de toute façon insaisissable, celle de la vulnérabilité d'un patient.

Notre travail, s'inscrit dans la recherche de la définition de la part "objective" de la vulnérabilité. Il s'agit de dégager les éléments de l'univers social d'un patient qui pourront le mieux la révéler.

Conclusion :

Le concept de vulnérabilité semble particulièrement adapté pour rendre compte des difficultés mais aussi des capacités d'agir des patients sans domicile fixe.

Des études sur le sujet pourraient permettre d'éclaircir sa définition et ses caractéristiques tout en gardant à l'esprit qu'elles ne répondront jamais à l'ensemble de la problématique posée par l'évaluation de la vulnérabilité d'un patient.

1.4. Hypothèses et objectifs

1.4.1. Objectif principal

De nombreuses études ont décrit la santé des patients sans domicile fixe. Cependant, aucune étude sur l'état de santé des patients accueillis spécifiquement dans le centre d'accueil d'urgence de Leydet à Bordeaux n'a encore été réalisée, bien qu'il soit le plus important dispositif d'accueil d'urgence du département de la Gironde.

Notre hypothèse principale était que les patients accueillis au centre d'accueil d'urgence Leydet à Bordeaux présentaient des caractéristiques et besoins médico-sociaux qui leurs étaient propres.

Notre objectif principal était donc d'étudier l'état de santé de ces patients, en prenant soin d'explorer à la fois des éléments biomédicaux mais aussi sociaux. Ceci répond à la nécessité (développée précédemment) de poursuivre les études sur la santé des patients sans domicile fixe en agissant localement et en allant directement à la rencontre de cette population (politique de « l'aller-vers »).

Il s'inscrit dans un objectif plus large. Celui de proposer une aide médicale et sociale qui soit adaptée aux patients hébergés spécifiquement dans ce centre.

Remarque : Nous n'étudierons pas spécifiquement la composante « mentale » de la santé, des patients du centre Leydet (pour reprendre le triptique de la définition de l'OMS sur la santé (1)) En effet, nous pensons qu'une telle étude doit être guidée par une étude qualitative préalable et ne peut s'intégrer au schéma d'étude que nous avons choisis.

1.4.2. Objectif secondaire

De nombreux indicateurs permettent de repérer les patients en difficultés. Cependant, leurs capacités d'agir et le caractère universel des difficultés qu'ils rencontrent sont rarement pris en compte. Le concept novateur de la vulnérabilité, bien que souffrant d'un manque de définition, nous paraît particulièrement apte à rendre compte de ces éléments.

Aucune étude n'a encore permis de retrouver les critères principaux de vulnérabilité des patients sans domicile fixe.

Notre hypothèse secondaire était que la population accueillie dans un centre d'accueil d'urgence souffrait d'une vulnérabilité particulière.

Notre objectif secondaire était de repérer les principaux déterminants de la santé qui peuvent rendre compte de leur particulière vulnérabilité par rapport à la population générale.

Il s'agit également de pouvoir aider les professionnels exerçant dans des centres d'hébergements d'urgence à repérer les personnes particulièrement vulnérables et à guider les décisions de prise en charge.

Cet objectif s'inscrit dans une démarche plus large, celle de permettre à un praticien d'apprécier la vulnérabilité d'un patient en consultation.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Schéma d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive et transversale.

2.2. Population étudiée et critères d'inclusion

La population étudiée est celle des personnes accueillies dans le centre d'accueil d'urgence Leydet à Bordeaux.

2.2.1. Le Centre d'Accueil d'Urgence (CAU) Leydet (23)

Le Centre d'Accueil d'Urgence Leydet est situé au sein du quartier Nansouty à Bordeaux. Il offre un accueil et un hébergement collectif à des hommes et de femmes sans domicile fixe. Il s'agit du principal centre d'accueil d'urgence de la Gironde.

- **Organisation de l'accueil**

L'accueil se fait selon deux modalités :

- L'accueil d'urgence (« Urgence 10 nuits »)

Il s'agit d'un accueil inconditionnel, orienté par le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO 115) sous la forme d'un cycle de 10 nuits. Au total, 23 places sont disponibles dont 2 sont réservées aux besoins du SAMU social.

- L'accueil en urgence accompagnée (« UA »)

Il propose un hébergement 24h/24h et un accompagnement socio-éducatif pour une durée de 3 mois. Sur la structure, 41 places sont disponibles.

- **L'offre médicale et paramédicale**

L'équipe du CAU Leydet est constituée entre autre de:

- 3 travailleurs sociaux
- 1 psychologue (à temps partiel)
- 1 sage-femme (à temps partiel)

Une équipe, composée d'un(e) infirmière(e) et d'un médecin, intervient pour un autre dispositif d'accueil de l'établissement: les Lits Halte Soins Santé (LHSS). En cas de nécessité, ils peuvent se rendre disponibles.

Enfin, une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) assure de manière hebdomadaire une consultation, une permanence infirmière et l'animation d'un atelier d'éveil corporel.

2.2.2. Critères d'inclusion

Toutes les personnes accueillies au centre d'accueil d'urgence Leydet (en urgence accompagnée ou « en urgence 10 nuits ») entre le 29 janvier et le 11 février 2018 (soit 14 jours au total).

2.2.3. Critères d'exclusion

Sont exclues de notre étude, les personnes:

- refusant de répondre au questionnaire
- ne comprenant pas le français

2.3. Origine et nature des données recueillies: construction du questionnaire

Les données ont été recueillies, lors d'entretiens individuels, par la réponse à un questionnaire dont la construction est détaillée ci-après.

Les différentes versions de ce questionnaire ont été discutées et corrigées au cours de deux réunions (réunissant la directrice de l'établissement, le médecin coordinateur, des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés, des infirmiers et des surveillants). Il a ensuite été testé sur 5 personnes accueillies au centre d'accueil d'urgence.

Ces différentes étapes nous ont amenés à revoir notamment la formulation de certaines questions et l'ordre de celle-ci. Sa version finale est présentée en annexe. (Annexe 1)

2.3.1. Recueil des éléments sociaux (objectif principal)

L'objectif de cette première partie était de rendre compte de manière précise de la situation sociale des patients accueillis au centre d'accueil d'urgence Leydet.

- **La partie 1** renseignait les éléments usuels (Nom, Prénom, Date de naissance et sexe). Bien que le questionnaire fût anonyme, nous avons besoin de pouvoir, quand cela était possible, vérifier les informations récoltées. Nous avons donc choisis de renseigner les premières lettres du nom et prénom pour plus de discrétion.
- **La partie 2** informait sur la situation matrimoniale. Le choix des réponses est tiré d'études épidémiologiques usuelles de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Conscients que les situations matrimoniales sont variables et superposables (exemple: être veuf mais en concubinage), nous avons choisis de décrire la situation actuelle. Enfin nous voulions connaître le nombre d'enfants à charge c'est-à-dire ceux dont les parents ont encore la charge matérielle et la surveillance.
- **La partie 3** renseigne sur d'éventuelles mesures de protection juridique selon un panel de situations décrites sur le site officiel de l'administration publique.

- **La partie 4** informe sur la nationalité et la situation des personnes sur le territoire français. La liste exhaustive des réponses possibles est tirée des études de l'INSEE puis vérifiée et complétée avec l'aide des travailleurs sociaux du centre d'accueil d'urgence Leydet.
- **La partie 5** renseigne sur la couverture maladie actuelle. Les réponses proposées ont également été validées par des travailleurs sociaux.
- **La partie 6** informe sur l'environnement professionnel des personnes interrogées (diplôme, profession, source et montants des revenus actuels). Encore une fois, les modèles de réponses proviennent d'études épidémiologiques de grandes échelles de l'INSEE.
- **La partie 7** aborde un domaine plus original touchant à la numérisation de la médecine. Nous souhaitons connaître le statut "numérique" de la personne c'est à dire sa compétence pour utiliser un ordinateur et savoir s'il disposait d'un téléphone portable. Les questions sont tirées du dernier rapport national sur le numérique (24).

Les réponses étaient (quand cela était possible), complétées et corrigées à partir du dossier administratif à disposition des équipes du centre (Relevé d'identité, bulletin de salaire, justificatif de protection sociale...) Il nous a paru intéressant de comparer les réponses déclarées à celles retrouvées dans ces dossiers administratifs afin d'évaluer si les patients inclus avaient une bonne connaissance de leur propre situation sociale.

2.3.2 Recueil des éléments médicaux (objectif principal)

L'objectif de cette partie était de décrire de la façon la plus exhaustive possible la situation médicale des patients accueillis au Centre d'Accueil d'Urgence de Leydet.

Le recueil des antécédents médicaux a été réalisé par un médecin. Les réponses proposées ne sont bien sûr pas exhaustives et correspondent à celles les plus fréquemment décrites dans une population de SDF (8). Le nombre d'Affection longue durée (ALD) était précisé, de même que le nombre d'hospitalisations (au moins 24h passées dans une structure hospitalière) au cours de l'année écoulée.

Il a été demandé aux patients d'estimer leur état de santé. Cette question bien que subjective semble être un bon indicateur de morbi-mortalité (25).

Nous avons choisis de nous intéresser à l'accessibilité des soins dentaires et visuels de ces patients. En effet de nombreuses études font part de négligence sur ces deux points de santé par ce public (26,27).

Il nous a paru intéressant de connaître le référent médical des personnes accueillies. C'est à dire le professionnel de santé auquel ils font le plus souvent appel.

Une partie de ce questionnaire est dédié aux addictions (alcool, tabac, drogues diverses). En effet ces comportements à risques sont souvent rencontrés chez les personnes sans domicile fixe (28).

Enfin, la dernière partie de ce questionnaire consacrée au recueil des données médicales explore la situation des patients interrogés face à la médecine préventive (dépistage et vaccination).

Comme pour le recueil des éléments sociaux, nous avons complété et comparé les réponses données par les patients à celles retrouvées dans des documents plus objectifs (lettres de spécialistes, compte rendus d'hospitalisation, ordonnances...). Nous voulions savoir si les patients avaient une bonne connaissance de leur propre situation médicale.

2.3.3. Recueil des éléments de vulnérabilité (objectif secondaire)

L'objectif de cette troisième partie du questionnaire était de rechercher quels déterminants de santé pouvaient rendre compte de la particulière vulnérabilité d'un patient sans domicile fixe.

Nous avons choisis d'étudier 6 thématiques pouvant participer à rendre compte de cette notion vulnérabilité et qui nous paraissaient être les plus pertinentes :

- 2 facteurs de vulnérabilité :
 - le renoncement aux soins pour des raisons financières
 - l'exposition à des violences subies

- 4 capacités :
 - la capacité à communiquer
 - la capacité à être autonome dans les actes de soins quotidiens
 - la capacité à mobiliser un soutien social
 - la capacité à entretenir une spiritualité positive

Pour chacune d'entre elle, nous détaillerons ci-après les raisons de ce choix ainsi que la méthode utilisée permettant d'évaluer son impact au sein de la population étudiée.

A noter que l'ordre de présentation de ces éléments de vulnérabilité est aléatoire.

- **Le renoncement aux soins pour raisons financières**

Dans ses principes fondamentaux, la sécurité sociale prévoit l'égalité d'accès aux soins pour tous. En pratique, on le sait, la France connaît des inégalités grandissantes dans l'accès et l'utilisation des services de santé.

L'accès aux soins sous-entend (2), une accessibilité géographique, culturelle (exemple de l'opposition des témoins de Jéhovah à la transfusion sanguine), psychosociale (en considérant les troubles mentaux de la santé comme une entrave aux soins), administrative (liées aux lourdeurs administratives du système de protection sociale), politique, financière ou fonctionnelle (c'est-à-dire l'organisation pratique des hôpitaux, des cabinets libéraux).

Liens entre l'accès aux soins et la santé

Il paraît évident qu'un obstacle dans l'accès aux soins pour un patient provoque chez lui une dégradation de son état de santé. On pense par exemple, à l'accessibilité géographique à un service d'urgence en cas de nécessité vitale.

Evaluation de l'accès aux soins

Comme nous l'avons vu, l'accès aux soins est déterminé par une multitude de conditions. Il serait trop long et trop complexe d'évaluer toutes ces composantes au sein d'un même questionnaire. Il nous semble que l'évaluation de l'accessibilité financière aux soins permettrait de rendre compte d'un maximum de facettes de l'accès aux soins en générale. En effet, l'accessibilité financière aux soins dépend, entre autre (29) du pouvoir d'achat et du statut social. Ces 2 aspects recourent implicitement l'accessibilité géographique d'habitation, fonctionnelle ou encore politique.

Tous les 2 ans depuis 1992, l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) publie les résultats d'une étude sur le renoncement aux soins pour raisons financières. La question qui est posée est « *Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?* ».

Les résultats servent d'indicateur d'évaluation des politiques publiques mais aussi d'indicateur de suivi d'efficacité de la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

La question de l'IRDES est donc largement validée et semble pertinente pour notre étude. Afin d'évaluer la capacité d'un patient à avoir accès aux soins, nous choisissons la question suivante :

« Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ».

Les réponses possibles étaient: OUI ou NON

Nous comparerons les réponses entre la population étudiée et la population générale.

- **L'exposition à des violences subies**

En 2002, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié un rapport mondial sur la violence et la santé (30) en plaçant la violence subie comme l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde. Elle définit la violence comme « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations* ».

On distingue différents types de violences :

- trois selon l'auteur de l'acte : auto-infligée, interpersonnelle et collective.
- quatre selon la nature de l'acte violent : physique, sexuelle, psychologique et privation.

Liens entre violence subie et l'état de santé

La violence est universelle et fréquente, chaque patient peut y être confronté. Cependant, certains patients semblent plus exposés: les personnes atteintes de handicap physique ou psychologique, les enfants, les femmes et les personnes âgées, les migrants... (30,31)

Les effets sur la santé (31) sont multiples: séquelles physiques ou psychologiques (état de stress post-traumatique, dépression, anxiété, idées suicidaires...).

Evaluation de la violence subie

Le diagnostic de violence subie est difficile. Les symptômes sont peu spécifiques et les victimes, souvent prises de sentiments de honte ou de culpabilité, éprouvent des difficultés à en parler librement.

Il existe 2 méthodes de repérage des violences subies (31) :

- Une méthode indirecte. Il s'agit de pouvoir distinguer, parmi les troubles et traumatismes évoqués par le patient, ceux qui sont dus à la violence (32). Cette méthode nécessite une bonne connaissance du patient et est soumise aux aléas d'interprétation du praticien. En ce sens, elle ne nous paraît peu concevable avec le format de notre étude.

- Une méthode directe. Elle consiste à rechercher de manière claire l'exposition à des violences par un interrogatoire direct du patient (32). Une enquête de 2007, menée à l'hôpital Saint Antoine à Paris a cherché à dépister l'exposition à des violences chez des migrants par méthode directe (31). Elle a utilisé la question suivante auprès de 136 migrants : *"Au cours de votre vie, avez-vous été exposé à des violences? Si oui, actuellement, vous sentez-vous en danger?"*. Le taux de réponse a été excellent (87.5%), témoignant d'une très bonne acceptation de la part des patients.

Cette méthode nous paraît donc valide, simple, reproductible et adaptée à la population de notre étude. Pour dépister la violence subie, comme facteur de vulnérabilité d'un patient, nous avons utilisé donc la question suivante:

**« Au cours de votre vie, avez-vous été exposé à des violences?
Si oui, actuellement, vous sentez-vous en danger? »**

Les réponses possibles étaient: OUI ou NON

Nous comparerons les réponses entre la population étudiée, la population générale et la population incluse dans l'étude décrite ci-dessus (31).

- **La capacité à communiquer**

La communication est le processus de transmission et de mise en commun de l'information. Communiquer c'est donc à la fois pouvoir comprendre mais également se faire comprendre.

Liens entre communication et état de santé

Dans le soin, la communication est un outil capital, aussi bien pour le soignant que pour le patient. La Haute Autorité de Santé a bien insisté en 2013 sur l'importance de cette communication entre le médecin et le patient (33,34). Un défaut de communication entrainerait des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques et serait, plus largement, une perte de chance pour le patient.

Evaluation de la communication

Les obstacles à la communication sont nombreux: langue étrangère, variabilités socioculturelles, faible niveau d'étude.... L'évaluation de la capacité de communication d'un patient est donc très vaste. Il s'agit de mesurer la capacité à formuler des phrases, à écouter avec attention, à comprendre des termes médicaux ou encore de pouvoir se remémorer des informations.

L'Echelle Communication de l'Adulte Sourd (ECOMAS) (35) évalue les difficultés de communication d'un adulte sourd dans des situations pratiques. Elle se compose de 8 domaines cotés en 5 grades (de 0 à 4) pour un score totale entre 0 et 32 (plus le score est élevé, plus le patient présente de bonnes capacités de communication). Sa validité est très bonne. Un de ces domaines nous a paru particulièrement intéressant pour évaluer la capacité de communication d'un patient, celui évaluant l'autonomie de la communication dans la vie quotidienne. Son intitulé exact est visible au sein du questionnaire (Annexe 1)

Nous avons comparé les résultats entre la population étudiée et celle qui a servi à la construction de cette échelle.

- **La capacité à être autonome dans les actes de soins quotidiens**

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne à effectuer, sans aide, les activités de la vie quotidienne (qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales) et de s'adapter à son environnement. Le concept de dépendance regroupe donc une multitude de situations différentes. Il peut s'agir, par exemple, de la dépendance physique d'une personne âgée ou de la dépendance psychique d'une personne sous tutelle.

Liens entre l'autonomie et l'état de santé

Le lien entre l'autonomie et l'état de santé paraît évidente. Une personne dépendante physiquement (handicap moteur par exemple) sera sûrement plus vulnérable en cas de danger immédiat qu'une personne valide.

Evaluation de l'autonomie dans les actes de soins quotidiens

Nous avons cherché à évaluer l'autonomie des patients sans domicile fixe pour des tâches quotidiennes pouvant entrer dans un processus de soin (comme pouvoir appeler un médecin ou se rendre à son cabinet, prendre des médicaments seul...) Il existe une multitude d'échelles permettant d'évaluer la dépendance (et son corolaire, l'autonomie) d'une personne.

L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) évalue l'utilisation des outils usuels de la vie quotidienne. Elle est largement validée et utilisée en médecine gériatrique. Nous retirerons les items portant sur le ménage, le linge et la cuisine de notre questionnaire. En effet, le lien direct avec le soin nous paraît moins flagrant que pour les autres items. De même, nous procéderons à une retranscription de certains items afin de créer un auto-questionnaire, s'adressant directement au patient. A chaque réponse on attribue un score de 1 pour une autonomie totale (il s'agit de la première proposition de chaque question) ou de 0 (pour un défaut d'autonomie, même minime). La version finale du questionnaire d'autonomie dans le soin utilisée pour notre étude est présentée dans le questionnaire final (Annexe 1).

- **La capacité à engager un soutien social**

Le soutien social traduit l'idée que les relations sociales peuvent être à l'origine d'un soutien moral ou d'un échange de ressources utiles dans des situations stressantes (comme peut l'être la maladie).

Liens entre soutien social et état de santé

Un grand nombre de travaux (36) ont montré des liens entre le soutien social et la santé mais les mécanismes sous-jacents sont encore mal compris. Parmi les hypothèses (36) étudiées pour expliquer ce lien, on peut retenir que le soutien social:

- générerait un apaisement physique
- réduirait le niveau d'anxiété et de dépression
- réduirait des comportements à risque
- permettrait de faire face plus facilement à des difficultés
- réduirait l'affectivité négative de la maladie, de la souffrance

Evaluation de la capacité à engager un soutien social

Le concept de soutien social peut s'évaluer via plusieurs approches :

- Une approche structurale. Elle s'intéresse aux aspects quantitatifs objectivables d'un réseau social (taille, densité, proximité des relations...) et leur impact sur le bien-être des patients. Mais l'existence d'un réseau social ne suffit pas à garantir au patient une aide en cas de besoins.

- Une approche fonctionnelle. Elle s'intéresse au rôle, à la qualité et aux finalités des relations sociales. On y distingue:

- Le concept de soutien social reçu. Il s'agit d'évaluer *a posteriori* l'aide apportée par les relations sociales du patient. Cependant, cette évaluation nécessite d'avoir, pour le patient, connu ces situations difficiles et de se remémorer le comportement exact de son entourage.

- Le concept de soutien social perçu. Ici le patient estime *a priori* l'aide que son entourage pourrait lui apporter. L'évaluation du soutien social perçu nous paraît plus adaptée à notre étude et à notre objectif : déterminer si le soutien social peut-être considéré comme un élément majeur de vulnérabilité des personnes sans domicile fixe.

Il existe une quarantaine d'outils destinés à l'évaluation du soutien social. Parmi eux, le questionnaire SSQ-6 permet de rendre compte de la capacité d'un patient à engager un soutien social. De plus il est validé en langue française et suffisamment court pour être ajouté à notre questionnaire.

Nous avons apporté quelques adaptations. Dans le questionnaire original, les auteurs préconisent de citer le nom des personnes pouvant apporter une aide. Par soucis de simplification nous avons procédé uniquement à une quantification chiffrée (de 0 à 9 ou plus) des personnes pouvant apporter de l'aide. Enfin, nous avons fait le choix de ne pas retenir les sous-questions évaluant la satisfaction par rapport au soutien obtenu afin de limiter le biais de mémorisation et par soucis de simplification de l'étude. La version finale du questionnaire de soutien social utilisé pour notre étude est présentée dans le questionnaire final. (Annexe 1)

Nous avons comparé ensuite le score obtenu dans la population étudiée à celui obtenu en population générale.

- **Capacité à entretenir une spiritualité positive**

La spiritualité est un concept difficile à définir, qui se comprend dans une époque et dans une culture données. L'objet de ce travail n'est pas de rapporter l'ensemble des définitions de ce concept subjectif, individuel et multidimensionnel mais d'en comprendre le sens général.

On parle de spiritualité pour désigner « *un ensemble de croyance et d'attitudes qui donnent un sens et un but à la vie par un sentiment de connexion au soi, aux autres, à l'environnement naturel, à une puissance supérieure et/ou à d'autres forces surnaturelles.* » Emblen (1992).

Le concept de spiritualité n'est pas celui de la religion, mais il l'engloberait et la dépasserait largement. On retiendra donc que de tout temps, chaque homme entretient une "quête de sens" qui l'amène à surpasser sa condition individuelle. C'est cette quête de sens que l'on peut désigner par spiritualité.

Liens entre spiritualité et état de santé

Les individus, selon les circonstances de la vie (et notamment face à la maladie), peuvent avoir tendance à se tourner vers la spiritualité pour trouver du sens, des objectifs à leur vie ou pour rechercher un soutien qui leur permettra de faire face (37). De nombreuses études (37) ont montré que la spiritualité semble bénéfique aussi bien sur la santé physique et mentale que sur la qualité de vie en générale.

L'OMS a pris conscience dès 1990 de la nécessité de s'intéresser à la question de la spiritualité dans la prise en charge des patients. Ainsi, elle inclue, à son échelle d'évaluation globale de la qualité de vie (WHOQOL-100), la spiritualité en tant que domaine à part entière (38).

En France, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé inclue en 2004, la prise en compte de la spiritualité dans le soin et recommande que « *la personne malade et ses proches soient reconnus dans leurs convictions* » (39).

Evaluation de la spiritualité

Pour notre étude, nous avons choisis d'évaluer la capacité d'un patient sans domicile fixe à entretenir une spiritualité positive par l'échelle WHOQOL-SRPB. Celle-ci explore l'optimisme, le sens de la vie, l'émerveillement, la paix intérieure, la plénitude, la puissance spirituelle, la connexion à un être transcendant et la foi.

Ces concepts sont multiculturels, et peuvent être adaptés à toutes les croyances spirituelles, religieuses ou idéologiques. En effet, dans cette échelle, la spiritualité est bien distincte de la religion. Les auteurs considérant que les personnes agnostiques et athées peuvent avoir une vie spirituelle riche. Enfin cette échelle a été validée dans plus de 15 pays (et notamment en langue française (40)) et a des caractéristiques statistiques très satisfaisantes.

L'intitulé de cette échelle est visible en annexe, au sein du questionnaire finale (Annexe 1).

Nous avons comparé les scores obtenus dans la population étudiée à ceux obtenus en population générale.

Remarque : Notre étude ne rend pas compte d'un élément majeur de vulnérabilité des personnes sans domicile fixe : leur absence de logement. Beaucoup d'auteurs (41) rejoignent l'idée que cette problématique du mal-logement est au centre de leur vulnérabilité. Compte tenu de notre schéma d'étude, nous savions que tous les patients accueillis au centre Leydet avaient ce point commun. Aussi nous avons choisis de nous concentrer sur des facteurs de vulnérabilité moins évidents.

2.4. Recueil des données

2.4.1. Réponses au questionnaire

Les réponses au questionnaire étaient recueillies au cours d'entretiens individuels d'une trentaine de minutes menés, en langue française, par l'auteur de l'étude. Avant de débiter, le consentement de chaque patient inclus était recherché et des informations sur les objectifs de l'étude étaient données.

2.4.2. Collection des données et analyses statistiques

Les données ont été collectées sous forme numérique, grâce au logiciel *Excel*. Leurs exploitations étaient anonymes.

3. RESULTATS

3.1. Inclusion

Au total, 47 patients ont été inclus dans l'étude sur les 77 éligibles.

Parmi les patients exclus de l'étude :

- Cinq (5) ont refusé de participer.
- Vingt et un patient (21) n'ont pu être interrogés puisque ne parlant pas français.
- Deux (2) se sont présentés trop alcoolisés à l'entretien.
- Deux (2) n'ont pu être interrogés puisque leurs horaires de présence sur le centre étaient incompatibles avec l'étude (présents seulement entre minuit et 6h00 du matin).

Ci-dessous, le diagramme de flux présentant les patients éligibles et inclus dans notre étude ainsi que leur répartition selon leur orientation dans le centre (en urgence 10 nuits ou en urgence accompagnée).

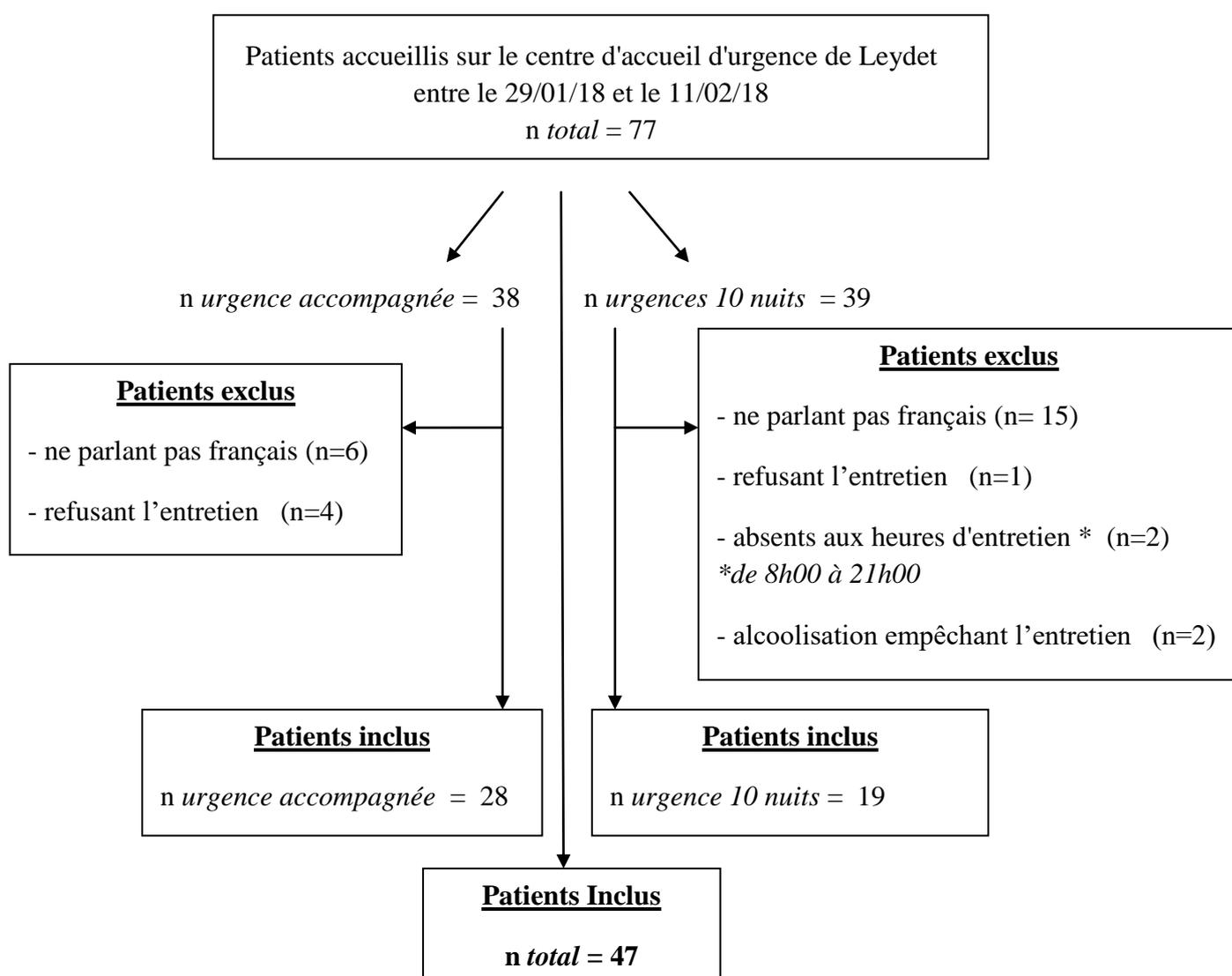


Figure 2: Diagramme de flux de la population étudiée

3.2. Description sociale de la population incluse

Parmi les patients inclus dans l'étude, plus de 80% étaient des hommes.

Une majorité d'entre eux avait entre 46 et 65 ans (figure 3) pour une moyenne d'âge de 50,3 ans. La plupart était célibataire (figure 4), avec un nombre moyen d'enfant à charge de 0,6.

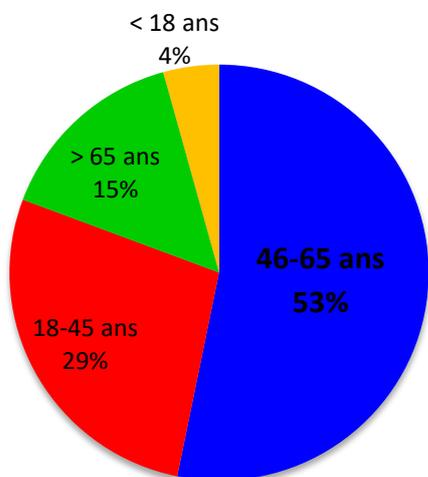


Figure 3. Répartition des patients inclus selon leur âge

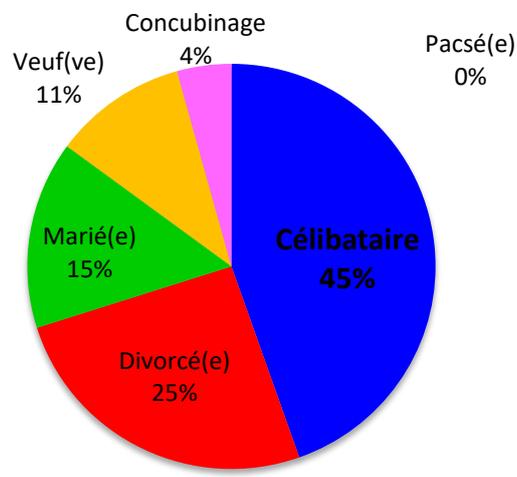


Figure 4. Répartition des patients inclus selon leur situation matrimoniale

Près d'un quart d'entre eux (24 %) bénéficiait d'une protection juridique. Elle correspondait pour une grande majorité (68 %) à une mise sous curatelle.

Plus de la moitié (53%) n'était pas français et provenait essentiellement de pays européens ou africains. Leur situation sur le territoire était plus diversifiée comme en témoigne le graphique ci-dessous :

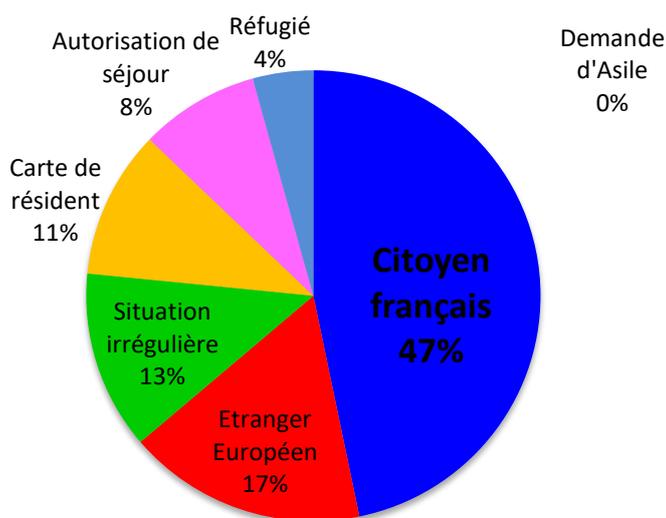


Figure 5. Répartition des patients inclus selon leur situation administrative sur le territoire français

L'immense majorité (96%) des patients interrogés bénéficiaient d'un remboursement au moins partiel de leur frais de santé. Ils bénéficiaient d'une couverture maladie selon différents modèles.

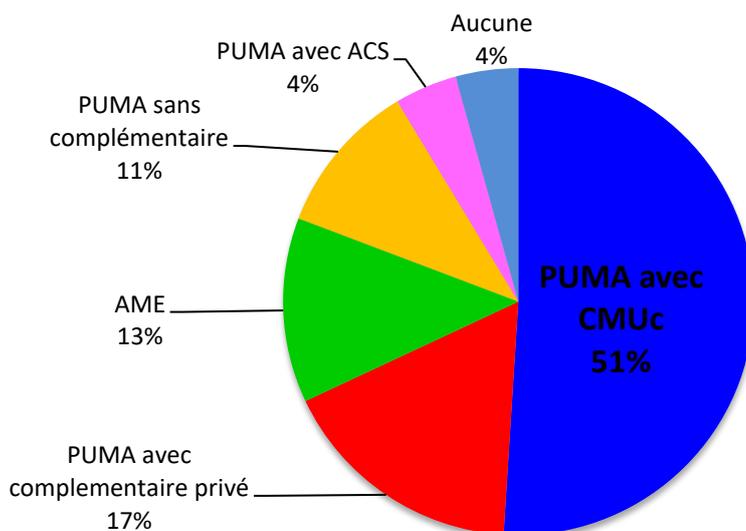


Figure 6. Répartition des patients inclus selon leur protection sociale

Sur le plan financier, les patients interrogés percevaient des revenus mensuels moyens de 597 euros, provenant d'un emploi pour seulement 17% d'entre eux. Les autres bénéficiaient d'aides sociales (19 % du RSA, 17% de l'AAH, 9 % de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et 13 % d'une retraite). Enfin, un quart ne percevaient strictement aucune source de revenus. On pouvait estimer (aux vues des dossiers et avec l'aide des travailleurs sociaux) qu'une personne sur 6 ne recevait pas des aides sociales auquel il aurait eu droit.

Le niveau d'études et les professions exercées étaient très variables :

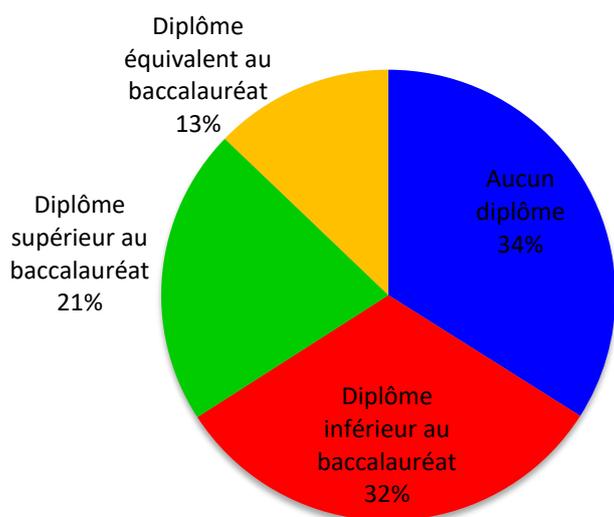


Figure 7. Répartition des patients inclus selon leur niveau d'études

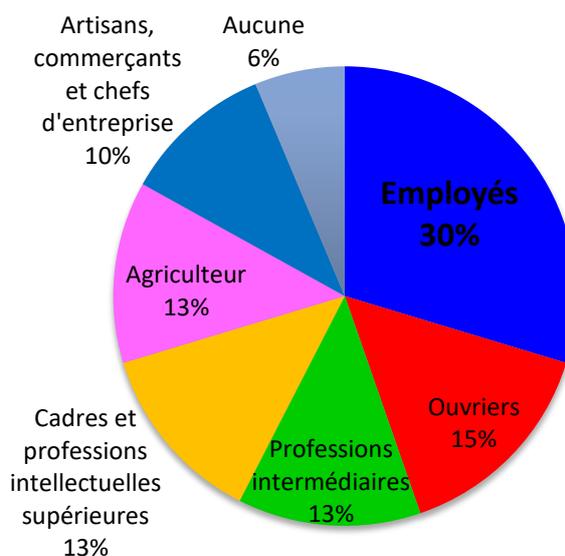


Figure 8. Répartition des patients inclus selon leur dernière profession

Concernant l'utilisation d'outils numériques, 87 % des patients interrogés possédaient un téléphone portable. Plus la moitié d'entre eux (53%) se sentait très compétents ou assez compétents pour utiliser un ordinateur portable.

Dans un second temps (c'est-à-dire après les entretiens), nous avons procédé à une vérification des données sociales déclarées par les patients à partir d'éléments présents dans les dossiers à disposition des équipes du centre (carte identité, justificatifs de couverture maladie, lettres administratives etc....).

Au total, 42 dossiers ont pu être vérifiés. On observait une concordance des informations (entre celles déclarées et celles vérifiées dans les dossiers administratifs) de 62%.

Les résultats complets et détaillés de la situation sociale des patients inclus sont à retrouver en annexe (Annexe 2).

3.3. Description médicale de la population incluse

Du recueil des antécédents médicaux des patients inclus, nous retiendrons principalement les résultats suivants :

- Plus d'un patient sur deux (51%) souffrait d'une pathologie psychiatrique nécessitant ou ayant nécessité des soins (traitement médicamenteux, suivi par un spécialiste, hospitalisation).

- Environ 20% des patients souffraient d'hypertension artérielle.

- 68% présentaient des troubles de la réfraction et près d'un tiers d'entre eux ne pouvait avoir accès à une correction visuelle du fait de problèmes financiers.

- Concernant la santé bucco-dentaire, environ deux-tiers d'entre eux (60%) avaient au moins 10 dents soignées ou à soigner, voire toute (34%).

- Près d'un patient sur cinq (19%) avait des antécédents traumatologiques.

- Un sur huit (13%) se déclarait alcoolique chronique et dépendant.

- Près de 40% d'entre eux souffraient d'une affection longue durée.

- Les problématiques de surpoids ou d'obésité concernaient moins de 40% des patients.

- Enfin 40 % des patients avaient été hospitalisés au cours des 12 derniers mois.

A la question concernant l'état de santé perçu, les patients ont eu les réponses suivantes :

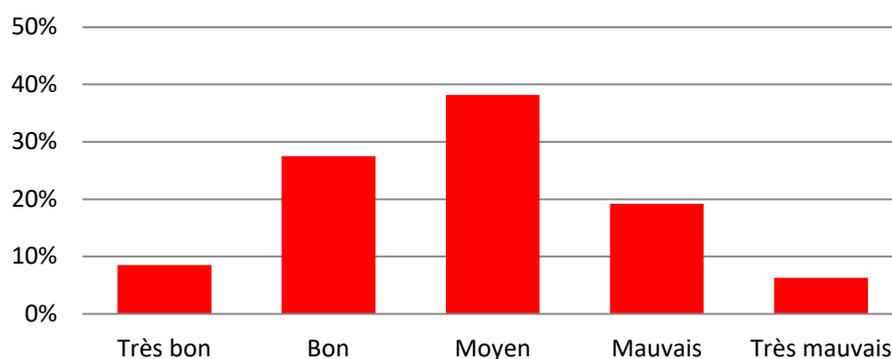


Figure 9. Réponses à la question « Comment est votre état de santé générale ? »

Le référent médical était, pour une grande majorité des patients interrogés (75%), un médecin généraliste traitant. Pour le reste la notion de référent médical était très variable.

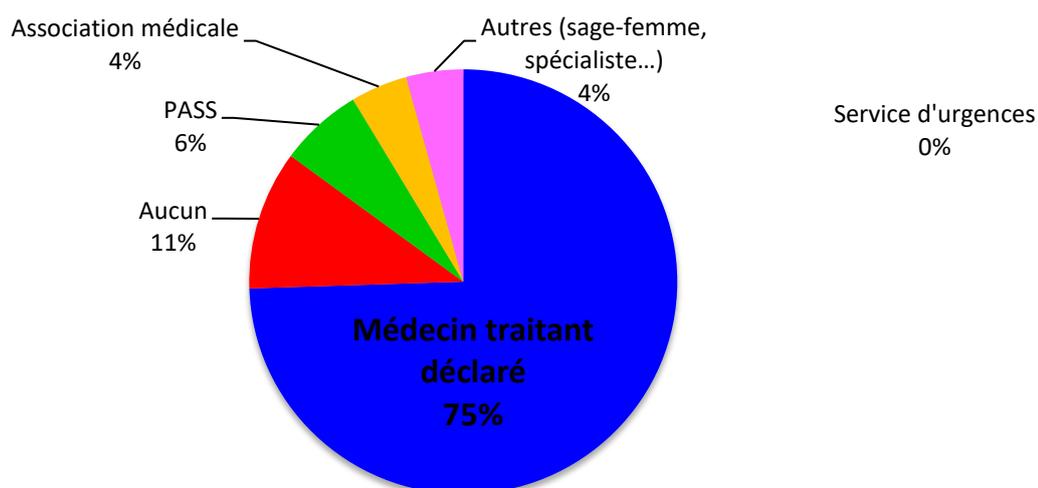


Figure 10. Répartition des patients inclus selon leur référent médical

Concernant les addictions, près de deux tiers (64%) des patients inclus déclaraient ne consommer aucun verre d'alcool par jour et 13% d'entre eux avait une consommation excédant les 30g par jour.

La consommation de tabac concernait la grande majorité des patients interrogés (69%) pour une consommation moyenne estimée à 23 paquet-année. Une minorité (8%) avouait une consommation de drogues illicites.

Sur le plan de la médecine préventive, les résultats de l'étude ont montré que 62 % des patients étaient à jour de leurs vaccinations.

Ceux qui étaient concernés par la réalisation du test hémocult n'étaient pas à jour dans sa réalisation pour 87 % d'entre eux.

Les antécédents gynécologiques (nombre de grossesses et d'interruption de grossesse), la réalisation des mammographies ou frottis cervicaux-utérins ne concernait finalement qu'une trop petite partie de la population incluse pour être exploités. Ils sont à retrouver en annexe (Annexe 3).

Nous avons procédé à une vérification des données médicales déclarées par les patients après le questionnaire à partir d'éléments présents dans les dossiers papiers (compte rendu d'hospitalisation ou de consultation, ordonnances ...)

Au total, seulement 17 dossiers ont pu être vérifiés. On observait une concordance des informations (entre celles déclarées et celles vérifiées dans les dossiers administratifs) de 82%.

Les résultats complets et détaillés des antécédents et éléments médicaux des patients inclus sont détaillés en annexe (Annexe 3 et 3bis).

3.4. Description des éléments de vulnérabilité de la population incluse

- **Le renoncement aux soins pour des raisons financières**

A la question, « *Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?* », près de la moitié (45%) des patients inclus ont répondu oui.

- **L'exposition à des violences subies**

Deux tiers des patients interrogés (66%) ont déclaré avoir subi des violences au cours de leur vie et près d'un quart d'entre eux (23%) se sentait en danger au moment de l'étude.

- **La capacité à communiquer**

Concernant l'évaluation de l'autonomie de la communication dans la vie quotidienne selon l'échelle ECOMAS, le résultat moyen des patients interrogés était de 2,8.

4 points: Vous n'avez aucune difficulté à accomplir tous les actes de la vie quotidienne et les démarches administratives. Vous allez facilement à la rencontre de nouvelles personnes ou de nouvelles situations.

3 points : Vous êtes gênés pour les démarches administratives complexes uniquement.

Résultats de l'étude : 2,8

2 points : Vous êtes autonomes pour le quotidien et vous pouvez prendre quelques initiatives.

1 point : Vous êtes autonomes pour les activités quotidiennes, les situations connues, mais vous avez besoin de l'aide d'une tierce personne pour les nouvelles situations.

0 point : Vous avez besoin de l'aide d'une tierce personne pour tous les actes de communication de la vie quotidienne.

- **La capacité à être autonome dans les actes de soins quotidiens**

Le graphique ci-dessous présente les résultats de l'auto-évaluation de l'autonomie par les patients interrogés concernant les actes de soins quotidiens.

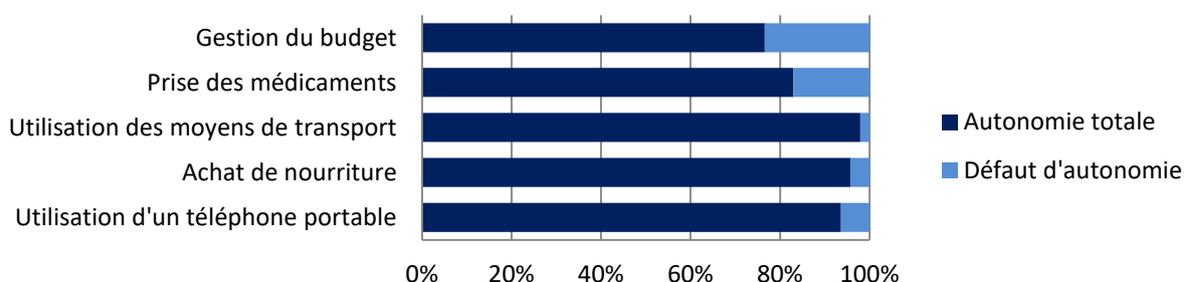


Figure 11. Résultats de l'évaluation de l'autonomie dans les actes de soins quotidiens

- **La capacité à engager un soutien social**

L'évaluation du soutien sociale selon le questionnaire SSQ-6 a montré que, en moyenne, les patients interrogés pouvaient compter sur 1,5 personne pour les aider en cas de situations difficiles.

- **La capacité à entretenir une spiritualité**

La figure ci-dessous représente les résultats des réponses aux différentes questions du questionnaire de l'OMS sur la spiritualité, le WHOQOL-SRPB.

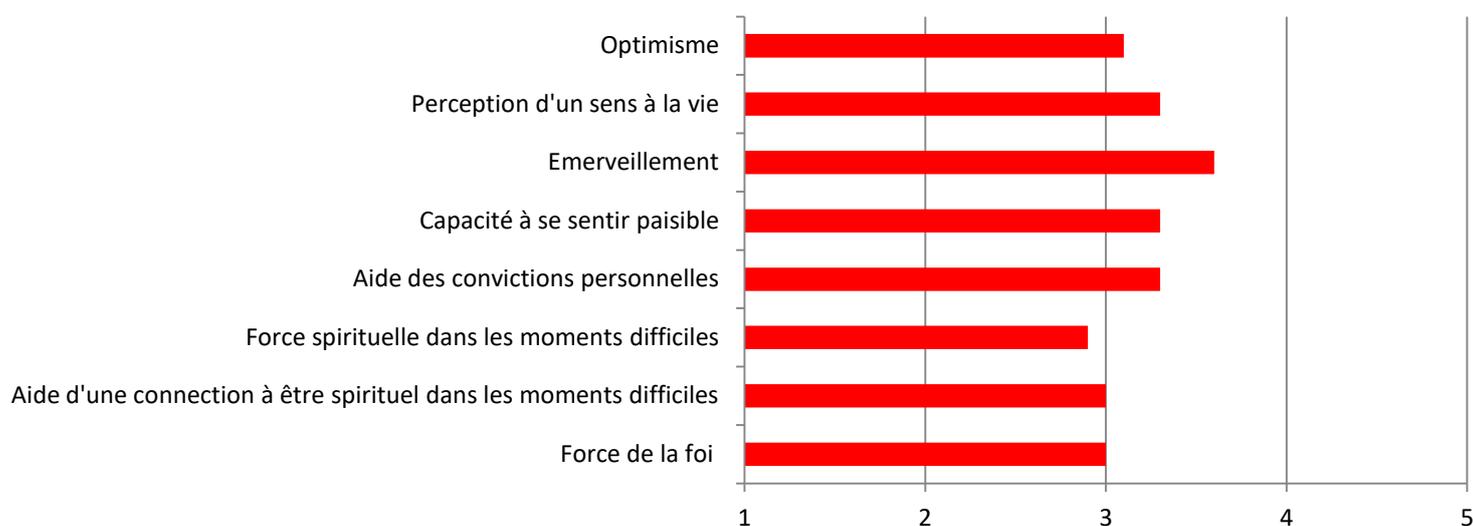


Figure 12. Réponses au questionnaire portant sur la spiritualité

En abscisse :

- le chiffre 1 correspond à la réponse «Pas du tout»
- le chiffre 2 correspond à la réponse «Un peu»
- le chiffre 3 correspond à la réponse «Modérément»
- le chiffre 4 correspond à la réponse «Beaucoup»
- le chiffre 5 correspond à la réponse «Fortement»

Les résultats complets et détaillés des éléments de vulnérabilité des patients inclus sont détaillés en annexe (Annexe 4).

4. DISCUSSION

4.1. Déroulé de l'étude

- **Un questionnaire bien accepté**

Le questionnaire semblait être bien accepté puisque seulement 5 patients ont refusé d'y répondre et que chaque questionnaire a été rempli entièrement.

- **Un taux d'exclusion conséquent**

Pendant la durée de l'étude (14 jours), le taux d'occupation du centre d'accueil d'urgence Leydet était de 100%. En conséquence, le nombre de patients éligibles n'aurait pas pu être plus important.

En revanche nous avons noté que pour 21 patients, l'entretien n'a pu se faire puisque ceux-ci ne parlaient pas le français. Ce chiffre est important et n'avait pas été anticipé dans cette proportion au moment de construire notre étude.

Avec ce fort taux d'exclusion des patients non francophones, se pose notamment la question de la pertinence des résultats concernant les capacités de communication des patients sans domicile fixe qui, comme nous le reverrons, ont forcément été biaisés par ce recrutement.

Enfin deux situations d'exclusion marginales se sont présentées et que nous n'avions pas anticipées :

- Deux patients avaient des horaires de présence sur le centre très réduits (entre minuit et 6h00) du fait d'un cumul d'emploi, ce qui en pratique ne permettait pas de les interroger.
- Deux patients se sont présentés trop alcoolisés pour qu'un entretien de qualité puisse se dérouler.

- **Conclusion**

Finalement, pour permettre un recueil de données plus importantes et significatives, il aurait fallu élaborer une version anglophone du questionnaire et avoir un interprète pour nous permettre d'interroger les 26% de patients exclus du fait d'une barrière de la langue.

Le format d'étude par entretien individuel, guidé par un questionnaire, semble bien adapté à l'étude de cette population.

4.2. Quelles sont les caractéristiques sociales de la population incluse ?

- **Une grande majorité d'hommes**

Les patients inclus étaient en grande majorité des hommes (81%). Des résultats du même ordre ont été retrouvés dans notre étude (42,43). On peut alors se poser la question d'une si grande disparité.

La première hypothèse serait que les femmes seraient moins touchées par la perte de logement. En conséquence, leur utilisation dans ce type d'hébergement serait moins importante.

La deuxième serait que les centres d'accueil d'urgence seraient moins adaptés à l'accueil de femmes ou que celle-ci en auraient peur. Il aurait été intéressant d'interroger les femmes sur leur utilisation de l'hébergement collectif. La question centrale est de savoir si un accueil mixte est approprié dans ces situations de grande vulnérabilité.

- **Une population âgée non négligeable**

La moyenne d'âge des patients accueillis était de 50,3 ans. On remarque surtout une part importante de personnes de plus de 65 ans (15%). Ce chiffre doit être mis en rapport avec l'espérance de vie de cette population, estimée à 50 ans (8).

Cette tendance au vieillissement des patients sans domicile fixe est décrite dans d'autres études sans pour autant atteindre une telle proportion. Dans une étude sur les patients sans domicile fixe (42), la proportion des patients de plus de 60 ans était de 10% contre 28% pour notre travail. Dans une autre, menée au niveau national, l'âge moyen des patients sans domicile fixe était de 40 ans (12).

D'autres travaux devront être menés pour confirmer cette hypothèse, mais il semble que le centre Leydet accueillerait une part plus importante de personnes âgées que d'autre établissement. Si cela se confirmait nous voyons principalement deux conséquences :

- la sensibilisation des équipes médico-sociales du centre Leydet aux questions de la dépendance (et par exemple l'anticipation des démarches d'entrée en institution) et des pathologies du sujet âgé.

- la volonté ou non d'orienter l'admission des patients du centre selon leur âge. Ne serait-il pas préférable pour eux d'être accueilli dans un centre spécifiquement adapté à leur âge ou faut-il garder une mixité d'âge et une inconditionnalité d'accueil dans chaque centre d'hébergement ?

- **L'isolement affectif**

Ce qui est intéressant de constater concernant la situation matrimoniale des patients accueillis est qu'une faible minorité (19,3%) vit en couple (marié ou en concubinage). Ce chiffre est très faible quand on sait qu'en France en 2017 plus de 43% des personnes étaient mariés (44). Cet isolement que l'on pourrait qualifier « d'affectif » des personnes sans domicile fixe confirme le manque de soutien social (que nous développerons plus loin) et qui semble être un enjeu majeur pour comprendre la vulnérabilité de leur situation.

- **La notion d'enfant à charge à prendre en compte**

Le nombre moyen d'enfant à charge semble difficilement comparable avec la population générale. Mais les résultats (0,6 enfant moyen à charge par personne interrogée) pour une moyenne d'âge relativement élevée (50,3 ans) laissent à penser que la problématique d'éducation et de prise en charge des enfants de personnes sans domicile fixe est loin d'être anecdotique.

En ce sens, il aurait été intéressant d'intégrer une question subsidiaire. Si le patient déclarait des enfants à charge il aurait fallu lui demander si cela constituait pour lui d'avantage une charge (éducative et financière) ou au contraire une aide (affective, sociale...).

- **Protéger le logement des patients sous protection juridique**

Les résultats en termes de protection juridique sont frappants. Près d'un quart des personnes interrogées (23,5%) bénéficiait d'une mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice. En 2014, cela concernait tout au plus 1% des français (45).

Ces résultats sont à confirmer avec d'autres études mais le fait de bénéficier d'une protection juridique semble être associé à une perte de logement. Le lien chronologique (cause ou conséquence) de ces deux éléments est complexe. Néanmoins, il conviendra d'être particulièrement attentif à la préservation du logement des personnes sous protection juridique.

- **L'éloignement géographique**

Plus de la moitié des patients interrogés était de nationalité étrangère et près de 15% d'entre eux était en situation irrégulière sur le territoire français. Au niveau national il est impossible de connaître le nombre de personnes en situation irrégulière mais on sait qu'en France 6,4% de personnes sont d'origine étrangère (46). Le fait d'être étranger sous entend souvent des difficultés de communication du fait d'une barrière de la langue mais aussi un isolement social. Cela conforte la notion que nous évoquons plus haut, à savoir qu'une perte de soutien social semble être un critère majeur pour expliquer la vulnérabilité des personnes sans domicile fixe.

- **Une couverture médicale adaptée et bien utilisée**

Du fait d'un manque de revenus, une immense majorité des patients interrogés bénéficiait d'une aide à la couverture maladie (CMU-c, ACS, AME) dans des proportions similaires à celles retrouvées dans des études nationales sur les patients sans domicile fixe (12).

On remarque que seulement 2 patients n'avaient aucune couverture maladie. Ceci peut témoigner du fait que d'une part les patients sans domicile fixe accueillis au centre d'accueil d'urgence de Leydet bénéficient d'un accompagnement sociale efficace mais également qu'elles sont capables de mobiliser des moyens pour leur permettre de profiter d'une protection médicale.

- **Des ressources financières très insuffisantes**

La question des ressources financières est majeure pour les patients sans domicile fixe.

Les résultats de notre étude montrent cette pauvreté économique :

- Plus d'un quart des patients interrogés ne percevaient aucun revenu
- Les revenus mensuels moyens étaient d'à peine 600 euros (aides sociales comprises)

(Bien inférieurs au seuil de pauvreté, situé en France à 1015 euros par mois pour une personne célibataire).

Autant nous avons noté que l'aide sociale à la protection de la santé semblait être bien utilisée et adaptée aux patients sans domicile fixe, autant l'aide à la protection financière nous apparaît moins adéquate. En effet 15 % des patients qui auraient pu bénéficier d'aides sociales financières ne touche finalement aucune source de revenus. La complexité et la lourdeur des tâches administratives expliqueraient une grande partie cette injustice. L'autre composante à prendre en compte est la relative méconnaissance des patients de leur situation sociale (Seulement 62% des patients avaient une déclaration sociale concordante aux données administratives objectivables).

- **Un niveau de qualification proche à la population générale**

Le graphique ci-dessous compare le niveau d'étude de la population étudiée à la population générale française. Les résultats montrent une grande similitude entre ces deux populations. On est loin du cliché de la personne sans domicile fixe n'ayant jamais fait d'étude.

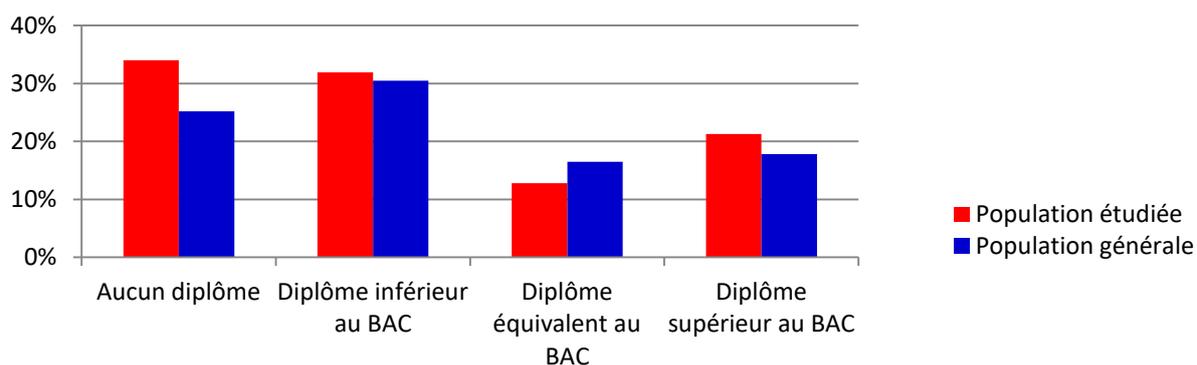


Figure 13. Comparaison, avec la population générale (47), des diplômes obtenus

On retrouve cette même tendance en comparant la profession exercée.

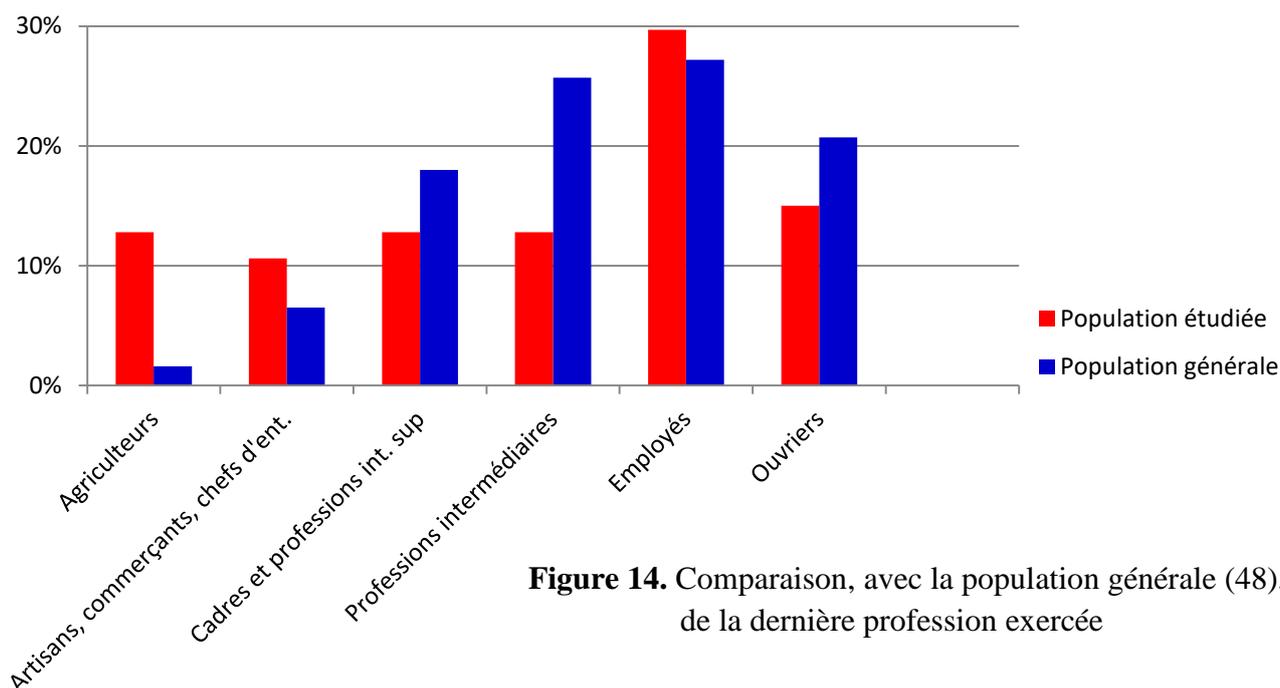


Figure 14. Comparaison, avec la population générale (48), de la dernière profession exercée

Outre la différence du nombre d'agriculteur (probablement expliquée par l'exploitation viticole importante autour de l'agglomération bordelaise) nous n'observons pas de grande différence entre ces populations quand à la profession exercée.

On rappelle que seulement 17 % des patients interrogés avait un travail salarié. Le chômage expliquerait la perte de logement mais il ne faudrait pas faire le raccourci qui consisterait à dire que les personnes sans domicile fixe sont nettement moins qualifiées que la population générale.

- **Le numérique, une ressource à ne pas négliger**

De nos jours, le numérique est un outil majeur de promotion de la santé. Il peut permettre à un patient de s'informer, d'échanger et finalement de renforcer ses capacités d'agir sur ses pathologies et sa prise en charge (49). On comprend alors qu'un patient qui n'aurait pas accès à ces outils pourrait souffrir d'une nouvelle inégalité sociale de santé.

Dans notre étude nous avons remarqué un moindre accès aux outils numériques des patients interrogés par rapport à la population générale (24) sans pour autant y trouver une grande différence :

- 87 % des patients interrogés avaient un téléphone portable (contre 94% de la population générale).
- Plus de la moitié (53 %) se déclaraient compétents (voire très compétent) pour utiliser un ordinateur portable contre 67% de la population générale.

Aussi nous proposons, au sein du centre Leydet, la mise en place d'outils numériques (borne wifi, ordinateur fixe) et de séances de formation à leur utilisation. Localement, l'association Emmaüs connect, qui propose la formation des personnes en difficultés aux nouvelles technologies, pourrait être un partenaire idéal.

- **Conclusion et perspectives** (réponses à l'objectif principal)

Aux vues de ces résultats, les mesures sociales concrètes que nous pouvons apporter aux patients sans domicile fixe accueillis au centre d'accueil d'urgence de Leydet sont :

- La mise en place d'une étude sur le **ressenti des femmes** quand aux conditions d'accueil de et de vie sur le centre.
- La mise en place de **cours de français** pour répondre à la forte proportion de patients gênés par une barrière de la langue.
- La mise en place d'aide à la réinsertion professionnelle en se concentrant notamment sur la **valorisation des diplômes obtenus**.
- Le développement de la **mise à disposition d'accès à internet** au sein du centre et de **formation d'utilisation des nouvelles technologies** par des professionnels du secteur (Association Emmaüs connect à Bordeaux par exemple).
- La vérification systématique que les patients du centre touchent bien les **aides sociales** auxquelles ils ont droit. Cela passe par une clarification et explication de leur situation sociale actuelle.
- La formation des professionnels aux questions médico-sociales des **patients âgés**.

Plus largement, pour un médecin généraliste libéral qui accueille des patients sans domicile fixe, nous proposons ces axes de réflexion :

- Sensibiliser les patients, en difficultés financières à vérifier avec l'aide d'un travailleur sociale s'ils bénéficient bien de toutes les **aides sociales** auxquelles ils ont droit (et ne pas se contenter de vérifier uniquement leur protection médicale).
- Prendre en compte les problématiques des personnes vulnérables au moment de **développer les outils numériques** d'un cabinet (prise de rendez-vous sur internet par exemple).

4.3. Quelles sont les caractéristiques médicales de la population incluse ?

- **Un plus mauvais état de santé**

Trois paramètres nous permettent de penser que les patients inclus dans notre étude ont, d'une manière générale, un état de santé plus dégradé que la population générale.

Le premier tient compte du nombre de patient ayant déclaré une ALD. Dans notre étude ils sont près de 40% contre 17% en population générale (50).

Le deuxième argument que l'on peut avancer est le nombre élevé d'hospitalisations. En effet, dans la population étudiée, 40% des patients ont été hospitalisés au cours des douze derniers mois (les études nationales portant sur la santé des patients sans domicile fixe rapportaient un taux d'hospitalisation annuelle de 30%) (12) En population, générale, cela a concerné 19% des français en 2017 (51).

Le troisième concerne l'état de santé déclaré par les patients inclus dans l'étude. Bien que subjectif, cet indicateur de santé semble être bien corrélé à la morbi-mortalité et a, en ce sens, été proposé pour être un moyen de surveillance des ISS (25). La figure ci-dessous expose les résultats en les mettant en parallèle à ceux retrouvés en population générale (52). On remarque une tendance, chez la population étudiée, à la déclaration d'un plus mauvais état de santé. Cela nous donne un argument supplémentaire pour penser que les patients accueillis au centre Leydet de Bordeaux ont un plus mauvais état de santé que la population générale.

A la même question posée lors d'une étude nationale (12), les patients sans domicile fixe étaient 55% à estimer leur état de santé comme bon ou très bon, contre 36% dans notre étude. Faut-il y voir un état de santé particulièrement dégradé chez les patients accueillis au centre Leydet par rapport à d'autres centres d'accueil de patients SDF en France ?

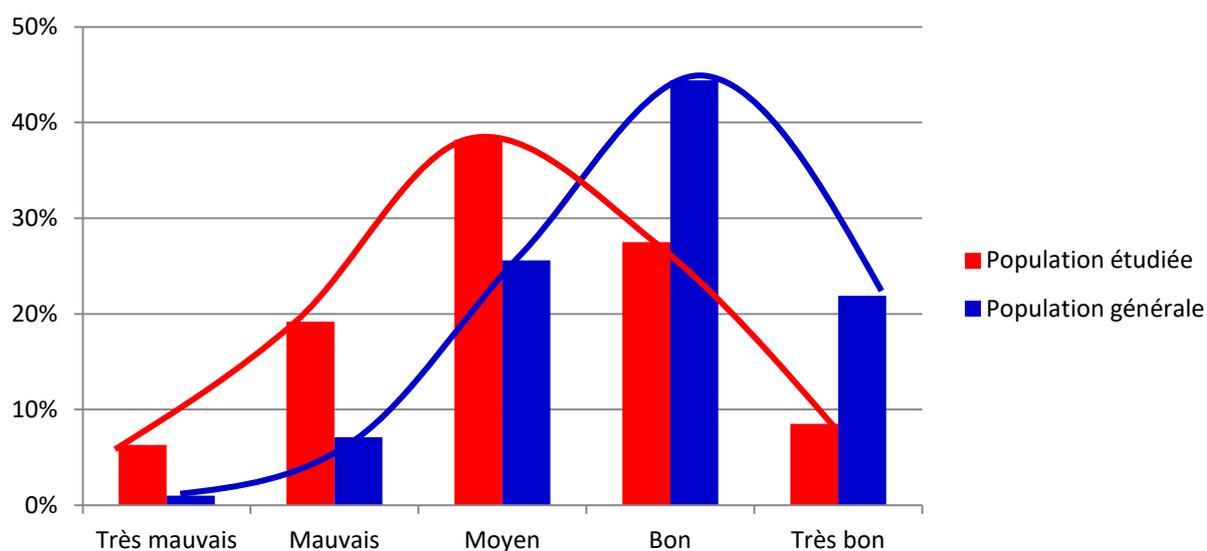


Figure 15. Comparaison, avec la population générale, de l'état de santé perçue

- **Des antécédents très variés dominés par les troubles psychiatriques**

Les antécédents rapportés par les patients sont très variés. Néanmoins, dans notre échantillon, 5 pathologies ont retenues notre attention, puisque présentent chez au moins 20% des patients interrogés (et donc susceptibles d'apporter des modifications dans l'organisation de l'offre de soins du centre Leydet).

Le tableau ci-dessous rapporte la prévalence de ces pathologies au sein de la population étudiée et dans la population française.

	Prévalence dans la population étudiée	Prévalence dans la population générale
Pathologies psychiatriques : -Troubles anxieux généralisé -Episodes dépressifs -Troubles psychotiques	- 13% - 15% - 13%	(53) - 11 à 15% - 9 à 13% - 2,8 %
Hypertension artérielle	21%	30% (54)
Surpoids et obésité	38,4%	36 à 52,3% (55)
Troubles réfraction	68,1%	73% (55)
Indice Carieux moyen	34% avec indice >28	14 (56)

Tableau 1. Pathologies les plus représentées au sein de la population étudiée et comparaison avec la population générale

Les troubles psychiatriques

Plus de la moitié des personnes présentait des antécédents psychiatriques. Il était parfois difficile de connaître avec précision les pathologies exactes dont souffraient les patients. Aussi, nous sommes conscients des imprécisions qu'il pouvait y avoir dans le recueil des antécédents et notamment dépressifs ou anxieux.

On remarque cependant que la proportion de patients souffrants de troubles psychotiques était supérieure à la population générale (13% contre moins de 3% en population générale), tandis que la proportion de troubles dépressifs ou anxieux semblait comparable. Ces résultats sont similaires avec ceux retrouvés dans d'autres études sur les mêmes populations (8,9,53). Ce constat renforce l'idée qu'un soutien psychologique et psychiatrique est essentiel dans le centre d'urgence Leydet.

Il nous amène à nous poser une question : les troubles psychotiques sont-ils la cause ou la conséquence de la vie à la rue ? Peu d'études se risquent à répondre à cette problématique qui doit en réalité mêler un peu des deux réponses. En pratique, il est important d'avoir en tête que les catastrophes sociales qu'engendrent les troubles psychotiques sont largement démontrées. Qu'ils soient la cause ou la conséquence d'une vie à la rue, leur présence ne fait que pérenniser les difficultés éprouvées et leur prise en charge ne peut être optionnelle quand on souhaite aider ces populations en difficulté.

Afin d'aller plus loin dans la réflexion et la compréhension du lien entre troubles psychotiques et vie à la rue nous aurions dû interroger ces patients sur leur antécédents suicidaires, ce qui nous aurait permis de nous faire une idée de la gravité de leurs situations. Enfin, il aurait été intéressant d'engager un dialogue avec les patients sur leurs freins et obstacles à un suivi psychiatrique. (La sectorisation des structures de soins psychiatriques selon le lieu d'habitation ne nous semblant par exemple mal adaptée à ces patients). Autant de pistes pour de prochaines études sur le sujet.

L'hypertension artérielle

La proportion de patients souffrant d'hypertension était importante (21%) mais il reste tout à fait comparable à la prévalence en population française (30%) (54).

Le surpoids

La proportion de personnes souffrant de surpoids ou d'obésité semble comparable avec la population générale (55). Ces chiffres sont étonnants quand on sait que le lien entre niveau socio-économique et surpoids a été largement démontré (57). Aussi nous nous attendions à une plus forte proportion de patient en surpoids. Ces résultats soulignent une fois de plus l'importance d'entreprendre des études locales pour ne pas « calquer » des résultats d'autres études sur une population de toute façon différente.

Les troubles de la vision

Les troubles de la vision concernaient une très large partie des patients interrogés (près de 70%). Ces chiffres sont comparables avec la population française. En 2014, 73 % des adultes déclarent avoir des troubles de la vision (corrigés ou non) (55). Cependant, seulement 6% des personnes nécessitant une correction visuelle ne sont pas corrigés en France contre près de 30% dans notre étude.

Cette problématique de renoncement aux soins optiques pour des raisons financières nécessite l'engagement actif d'un nombre particulièrement important d'acteurs économiques (ophtalmologues, opticiens, mutuelles privés, sécurité sociale) pour être résolu, soulignant la nécessaire coordination pluri-professionnelle des acteurs des soins des patients SDF.

Les troubles bucco-dentaires

Les troubles bucco-dentaires concernaient une très large partie des patients interrogés. En France, les quelques études sur le sujet ont montré que les adultes ont un indice carieux moyen autour de 14. Malheureusement il ne fut pas possible de connaître avec précision l'indice carieux des patients sondés puisqu'eux même l'ignoraient. Aussi nous avons proposé des réponses approximatives (moins de 5, entre 5 et 10, plus de 10 ou toutes).

Dans notre étude l'indice carieux déclaré était supérieur à 10 pour plus de 60% des patients mais surtout plus d'un tiers d'entre eux déclaraient que toutes leurs dents étaient soignées ou à soigner (indice carieux entre 28 et 32).

L'état bucco-dentaire comme indicateur de précarité est bien établi. Les obstacles pour les patients sans domicile fixe pour accéder à des soins dentaires sont nombreux : mauvais remboursement, éloignement géographique des cabinets des zones rurales, difficultés à assurer des soins d'hygiène quotidiens.... Face à ces constats, la prévention reste l'outil principal et le plus efficace, en restant dans une démarche de « l'aller vers », pour aller dépister « *cette douleur dont on ne se plaint pas* » (58).

- **Une fragilité vis-à-vis des addictions**

Les patients inclus dans notre étude souffraient davantage d'addictions que la population générale. Ainsi, 42% des hommes déclaraient une consommation quotidienne d'alcool contre 15,1% en population générale (55). Ces résultats sont peut-être même sous estimés puisqu'on peut penser qu'il y avait un frein à déclarer une consommation d'alcool par le patient puisque l'alcool était interdit au sein de l'établissement.

De même, près des deux tiers (63,4%) des patients interrogés étaient fumeurs contre un tiers (34,3%) en population générale (55).

Cette forte exposition aux addictions des patients en difficultés sociales est bien connue (59), on parle même « d'anxiolytique du pauvre » pour désigner la cigarette. Là encore le fait d'être une cause ou une conséquence de la rupture sociale est une question trop complexe pour la réduire à une simple logique binaire.

La prise en charge des addictions dans ces situations sociales est alourdie par les difficultés de suivi sur du long terme par les patients et l'exposition permanente aux produits dans la rue. (59). Les soignants ont bien souvent l'impression d'un manque d'efficacité des moyens de prévention et d'action classiques.

Signes d'une médecine personnalisée, c'est peut être dans ce domaine que le praticien devra admettre une prise en charge davantage « palliative ». C'est-à-dire, admettre que la consommation « zéro » n'est pas l'unique objectif. Notre représentation médicale du problème d'addiction semble, chez ces patients, souvent trop éloignée de leurs problématiques vécues.

- **La médecine préventive**

Couverture vaccinale

Plus de 60% des patients interrogés se déclaraient à jour de leurs vaccinations. Ce résultat est similaire à la dernière enquête de masse sur le sujet menée en 2012 qui montrait qu'une petite majorité des adultes étaient à jour de leur vaccination (60).

Test hémocult

Le nombre de patients concerné par la réalisation d'un test de dépistage colorectal était de 24 et seulement 3 patients (13%) étaient à jour dans sa réalisation. Comparativement, sur la période de 2016-2017, le taux de participation en population générale pour ce même test était de 33,5% (61).

Ce résultat peut s'expliquer en partie par un défaut d'information et d'intérêt des patients sans domicile fixe (plus d'un sur cinq n'en n'avait jamais entendu parler) mais aussi par son organisation actuelle. En effet, pour ces patients sans logement, le rappel par lettre postale par les organismes d'organisation des dépistages des cancers, ne peut, par nature, pas fonctionner.

Nous avons pris partie de ne pas commenter les résultats concernant les taux de participation au test de dépistage des cancers du sein ou du col de l'utérus étant donné le très faible pourcentage de patientes concernées dans notre étude.

- **Un taux moyen de déclaration de médecin traitant**

Le taux de déclaration de médecin traitant était de 74,5%. Ce résultat est comparable à celui trouvé dans la dernière étude à grande échelle en population générale qui était de 80% (62).

Mais comme nous l'avons vu, le taux d'ALD dans notre population est très important. Alors si on enlève les patients avec une ALD qui ont quasiment tous (95%) un médecin traitant déclaré le taux de patients sans ALD ayant déclaré un médecin traitant chute à 60%.

Si le parcours de soin classique est centré sur le médecin traitant, nous pouvons nous demander si pour les patients sans domicile fixe, cette logique est bénéfique. En effet, nous avons vu leur rapport particulier à la santé et toutes les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour suivre un traitement. Il semble nécessaire, là encore, d'admettre, pour le praticien, des particularités de prise en charge qui pourraient passer par un parcours personnalisé et un changement de référent médical.

- **Conclusion et perspectives** (réponses à l'objectif principal)

Au travers de cette étude nous avons fait le constat, comme beaucoup d'auteurs, qu'il n'y avait pas de pathologie spécifique des patients sans domicile fixe. Néanmoins ils semblent souffrir d'avantage de **troubles psychotiques**, des problématiques d'**addictions** et des **pathologies bucco-dentaires**. C'est sur ces 3 axes que nous devons améliorer nos prises en charge (à la fois au centre Leydet, mais aussi en cabinet libéral) et, la **prévention** semble la manière la plus efficace de le faire : proposer un rendez vous odontologique, questionner sur les conduites d'addiction ou encore rechercher des troubles ou des facteurs de risque psychotiques.

Pour cela, il convient d'avoir en tête les problématiques sociales de ces patients mais aussi le rapport particulier qu'ils entretiennent avec la santé :

- Il faudra admettre, dans certaines situations (et notamment concernant les addictions) des **objectifs** « **palliatifs** » (au moins temporaires), compris et pleinement partagés par les patients.

- Le lien de confiance avec un professionnel de santé est particulièrement fragile et important dans ces situations. Il faudra admettre que le médecin généraliste ne puisse pas occuper forcément le rôle de référent médical. En ce sens nous proposons la mise à disposition des patients à la rue d'un **carnet de santé papier**. Celui-ci contiendra l'ensemble des données médicales les concernant (antécédents, allergies, vaccinations, traitements, protection sociale...). Dans notre étude nous avons prouvé qu'un patient sur cinq avait une méconnaissance de ses antécédents médicaux. Un tel carnet, palliera à ce manque et pourra grandement aider les professionnels de santé les prenant en charge.

- Enfin, nous proposons, au sein du centre, la **mise à disposition de test hémocult** dont les résultats seront envoyés au médecin référent de l'établissement. (Toujours dans une logique de « l'aller vers » en priorisant la médecine préventive).

4.4. Quels éléments de vulnérabilité semblent essentiels pour évaluer la vulnérabilité des personnes sans domicile fixe ?

Nous discutons ici des résultats de notre étude portant sur notre objectif secondaire. Il s'agissait de comprendre quels déterminants sociaux pouvaient rendre compte de la particulière vulnérabilité des personnes sans domicile fixe par rapport à la population française dite « générale ». Nous avons fait le choix d'étudier six d'entre eux, qui nous apparaissaient, a priori, majeurs.

Deux renvoient à des facteurs de vulnérabilité négatifs:

- le renoncement aux soins pour des raisons financières
- l'exposition à des violences subies

Quatre renvoient aux capacités, c'est-à-dire aux facultés propres des patients :

- la capacité à communiquer
- la capacité à être autonome dans les actes de soins quotidiens
- la capacité à engager un soutien social
- la capacité à entretenir une spiritualité positive

Comme nous l'avons vu précédemment, chacun de ces éléments de vulnérabilité (capacité ou facteur de vulnérabilité) impute de façon directe ou indirecte sur l'état de santé des personnes sans domicile fixe. Malgré tout, nous allons comprendre que certains d'entre eux semblent jouer un rôle plus important dans cette population.

4.4.1. Les éléments de vulnérabilité majeurs

Après analyses des résultats de notre étude, trois éléments nous ont semblé particulièrement majeurs pour expliquer la spécifique vulnérabilité des patients sans domicile fixe.

- **Une surexposition à la violence**

Deux patients interrogés sur trois (66%) ont déclarés avoir été exposés à des violences au cours de leur vie. A titre de comparaison ce taux était de 78% au sein d'une population de migrants d'origine sub-saharienne (31) et de 28% en population générale (63).

Finalement, on constate que les patients inclus subissant une violence majeure, comparable à celle subie par une population de migrants, est très largement supérieure à celle subie par la population générale. Plus inquiétant encore, près d'un quart (22,5%) se sentait encore en danger au moment de l'étude. On retrouve cette notion de surexposition à la violence des patients sans domicile fixe dans d'autres études (9).

L'exposition à des violences semble jouer un rôle majeur dans l'apparition ou l'entretien de la vulnérabilité des personnes.

L'analyse en sous groupe montre que le taux de violences subies était plus important au sein du groupe des patients considérés comme plus vulnérables (accueilli en urgence 10 nuits) : 78,9% contre 57,1% au sein de la population accueillie en urgence accompagnée.

Il nous semble donc capital de prendre en compte cette notion de violence subie dans le parcours de prise en charge des patients sans domicile fixe. L'importance de cette question doit nous amener à la dépister systématiquement mais aussi à faire appel plus régulièrement à des professionnels de l'accompagnement psychologique qui pourront assurer un traitement spécialisé et de qualité.

- **Une quasi-absence de soutien social**

La capacité à mobiliser un soutien social, c'est-à-dire concrètement, à trouver de l'aide au sein de ses relations sociales proches a été évalué grâce à l'échelle SSQ-6. Pour chaque une des six situations de difficultés (besoin de soutien moral ou matériel) les patients devaient donner le nombre de personnes de leur entourage susceptibles de les aider.

En moyenne, les résultats ont montré que, pour chaque situation pratique, 1,5 personne était susceptible d'aider les personnes sans domicile fixe en cas de besoin. Ce chiffre nous paraît très bas. A titre d'exemple, dans une étude portant sur 35 femmes représentant la population générale, ce chiffre était de 3,7 (soit plus du double) (64). Il existe encore une fois un certain gradient dans l'isolement social puisque que nous retrouvons des chiffres de soutien social plus faible dans la population la plus vulnérable (1,4 pour les patients accueillis en urgence 10 nuits contre 1,9 en urgence accompagnée).

Comment palier à ce faible soutien social des patients sans domicile fixe ?

Dans un premier temps il faudrait en comprendre les conséquences. Celles-ci sont sûrement multiples et difficilement cernables. Augmenter la socialisation de ces patients pourrait passer par exemple par la mise en place, plus régulière d'activités de groupe qui seraient finalement bien plus que de simples moments de détente. Ils produiraient des occasions d'échange et de partage, bénéfiques à ces patients sur du long terme, car augmentant leur « réseau social ».

- **Des difficultés majeures de communication**

Nous avons évalué la capacité des patients interrogés à communiquer à l'aide de la sous partie du questionnaire ECOMAS intitulé « Autonomie dans la communication ». Les résultats allaient de 0 (besoin de l'aide d'une tierce personne pour tous les actes de communication de la vie quotidienne) à 4 (aucune difficulté à accomplir tous les actes de la vie quotidienne et les démarches administratives).

Dans notre étude, le résultat moyen était de 2,8. Le graphique ci-dessous montre les résultats de cette même question posée à des adultes sourds (sévères ou profonds) : avant réparation chirurgicale, dans les 12 mois après la pose d'un implant ou à plus d'un an de l'opération (35).

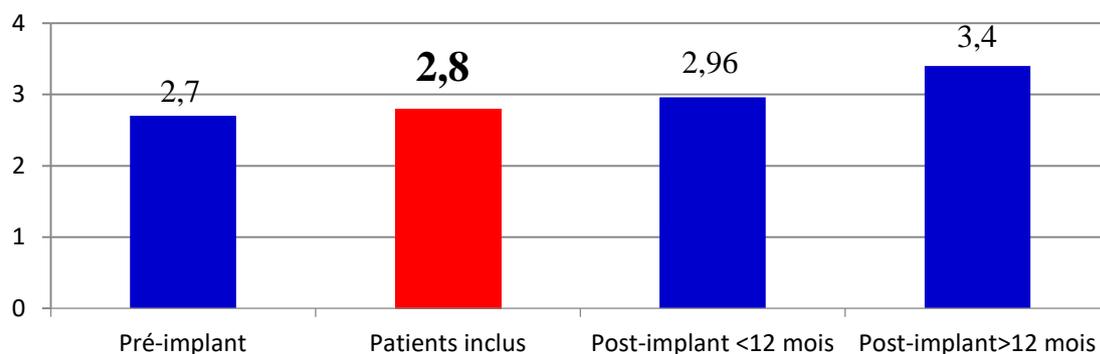


Figure 16. Comparaison, avec des patients sourds, de la capacité de communication

La capacité à communiquer des patients sans domicile fixe interrogés semblent comparable à celle de patients sourds avant la pose d'un implant (2,7) ou dans l'année suivant la pose d'un implant (2,96). Ces résultats sont sûrement encore plus faibles au sein des patients accueillis au centre Leydet quand on sait que 21 patients (sur les 78 éligibles) n'ont pas pu répondre au questionnaire du fait d'une barrière de la langue (ce qui concourt forcément à diminuer les capacités de communication de ces patients).

Conscient maintenant que les difficultés de communication constituent une problématique majeure pour les patients sans domicile fixe, il convient d'en comprendre les raisons. Une étude par des professionnels qualifiés sur le sujet, comme les orthophonistes, pourraient permettre de mettre en lumière l'origine de ces troubles (manque de confiance en soi ? manque de vocabulaire ? ...) et proposer des thérapeutiques adaptées à cette population qui semble avoir grand besoin de leur qualification.

4.4.2. Les éléments mineurs de vulnérabilité

Trois éléments de vulnérabilité qui nous semblaient, a priori, pouvoir rendre compte de la vulnérabilité des personnes sans domicile fixe ne se sont pas révélés très discriminants à travers ce travail.

- **Un frein financier majeur mais relatif**

Dans notre étude, 44,6% des patients interrogés ont déclarés renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Ce chiffre parait, à première vue très important quand on sait qu'en population générale, le refus de soins pour raisons financières concerne 16% des français (65).

Nous avons vu précédemment, qu'une grande proportion des patients inclus (51%) bénéficiait de la CMU-c. Parmi cette sous-population de patient bénéficiant de la CMU-c, le refus de soins pour raisons financières concernait 35% des patients inclus dans notre étude contre 20% en population générale. Finalement, à couverture sociale égale, on constate que le renoncement aux soins pour raisons financières semble être plus comparable entre la population générale et les patients sans domicile fixe. Cette notion est retrouvée dans d'autres études de grande envergure (12).

Nous retiendrons tout de même que malgré une couverture sociale type CMU-c, plus d'un patient sans domicile fixe sur trois ne peut assumer financièrement tous les soins le concernant. Se pose alors la question de l'efficacité de cette protection sociale. Pour mieux comprendre ce problème, il aurait été judicieux d'affiner cette question en demandant notamment quels soins étaient le plus souvent délaissés par les patients sans domicile fixe et y être plus attentif (65).

- **Des patients autonomes dans les actes de soins quotidiens**

Dans cette partie, nous avons voulu évaluer la capacité des patients sans domicile fixe à être autonome dans les actes de soins quotidiens (pouvoir appeler son médecin, pouvoir prendre les transports en commun pour se rendre dans une structure de soin, pouvoir prendre ses médicaments ou consacrer une part de son budget à des soins ou enfin pouvoir être autonome dans l'achat de nourriture). Pour cela nous avons utilisé l'échelle IADL qui évalue ces capacités chez des personnes âgées.

Avec les résultats de notre étude, on constate que plus de 95% des patients interrogés se déclaraient parfaitement autonomes pour utiliser un téléphone portable, prendre les moyens de transport ou acheter de la nourriture eux-mêmes. Plus de 20% n'étaient en revanche pas autonomes pour gérer un budget ou prendre ses médicaments. Ce chiffre est évidemment à rapporter à la grande proportion de patients sans domicile fixe sous protection juridique (23,5%)

Dans le domaine de l'autonomie dans les soins, ce qui semble faire défaut aux personnes sans domicile fixe est la prise autonome des médicaments. Dans notre étude, un peu moins de 20% d'entre eux avait besoin d'aide pour gérer les piluliers. Il est évident qu'encore une fois la forte proportion de personnes sous protection juridique peut expliquer une partie de ce résultat mais sûrement pas la totalité.

Dans une prochaine étude, il pourrait être intéressant de s'intéresser spécifiquement à ce domaine afin de comprendre si cela peut être un élément de vulnérabilité des personnes sans domicile fixe auquel cas des moyens simples (comme la préparation de piluliers dans des structures de soins) pourrait être mis en place.

- **Une aide spirituelle comparable à la population générale**

La capacité des patients sans domicile fixe à pouvoir mobiliser une aide spirituelle a été évaluée à l'aide de l'échelle WHOQOL-SRPB. Huit thématiques ont été évaluées de 1 (aucune aide spirituelle) à 5 (forte aide spirituelle).

Le graphique suivant présente les résultats au sein de la population étudiée et au sein de la population générale (40).

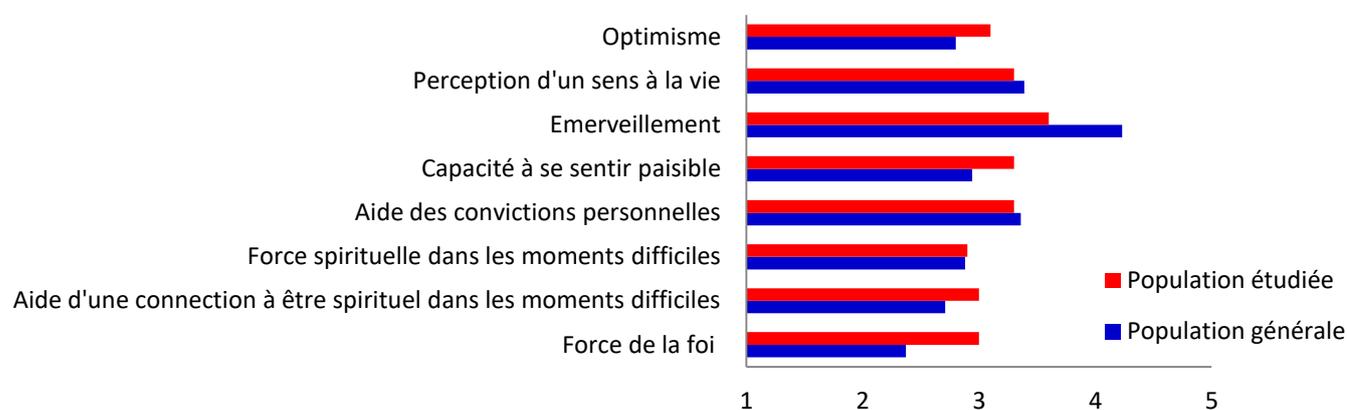


Figure 17. Comparaison, avec la population générale, de la capacité à entretenir une spiritualité positive

Les résultats semblent être tout à fait comparables. Avec une moyenne de 3,2 pour la population étudiée contre 3,1 en population générale.

Cela nous amène à penser que les patients sans domicile fixe mettent en place une aide spirituelle au même titre que la population générale. Leur particulière vulnérabilité ne serait donc pas liée à un moins bon soutien spirituel.

4.4.3. Conclusion et perspectives (réponse à l'objectif secondaire)

Finalement, les résultats de cette étude semblent montrer que les éléments majeurs pouvant rendre compte de la particulière vulnérabilité des patients sans domicile fixe sont :

- la **surexposition à des violences subies**
- une **quasi-absence de soutien social**
- des **difficultés de communication**

Ces trois éléments doivent être pris en compte dans l'évaluation de la vulnérabilité d'un patient sans domicile fixe. Ainsi, lors des réunions de concertation au sein d'établissement accueillant ce type de public, nous estimons que l'évaluation de ces trois paramètres est essentielle avant de décider du maintien ou non des patients sans domicile fixe en centre d'hébergement par exemple.

La prise en charge des conséquences d'une exposition à la violence passerait notamment par la **présence quotidienne d'un(e) psychologue** sur les structures accueillant des patients sans domicile fixe. Aux vues de la bonne acceptation de cette question au cours de notre entretien (toutes les personnes interrogés ont répondu à la question), il nous semble important de développer ce souci de demander systématiquement aux personnes sans domicile fixe s'ils subissent ou ont subis, des violences.

Notre étude a permis également de mettre en lumière une réalité pressentie : la grande vulnérabilité des patients sans domicile fixe est liée de façon importante à leur isolement social. Il nous semble capital d'**aider ces patients à s'inscrire dans des réseaux sociaux**. En pratique, nous proposons l'élaboration d'un carnet mis à disposition des patients sans domicile fixe, recueillant l'ensemble des associations et des événements gratuits culturels, sociaux ou sportifs dans l'agglomération de Bordeaux mais aussi le développement d'événements de groupe au sein de la structure.

Les troubles manifestes de communication mis en évidence dans notre étude entraînent bon nombre de handicaps sociaux pour ces patients. Nous avons également fait le constat que ces troubles n'était pas forcément clairement visibles en entretien. Nous proposons, au même titre qu'existent dans certains établissements des ateliers d'éveils corporels, des **ateliers d'aide à la communication** écrite et orale qui pourraient être soutenus par des orthophonistes.

De futures études devront être menées pour affiner ces résultats et répondre, notamment aux questions suivantes :

- Y a-t-il un type de violence auquel les patients sans domicile fixe sont particulièrement exposés (physiques, sexuelles, psychologique ou de privation) ?
- Comment les soignants peuvent-ils adapter leur langage et leur écoute aux patients sans domicile fixe ?
- Quels moyens un médecin généraliste pourrait-il mettre en place face à un patient en situation d'isolement social ?

A l'inverse, d'autres éléments de vulnérabilité semblent moins spécifiques à la population des patients sans domicile fixe.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières dans cette population doit être davantage étudié. Il est vrai que le taux de renoncement n'est pas aussi important que ce qu'on pourrait imaginer au sein de cette population vulnérable ; néanmoins il reste préoccupant et ce, malgré l'existence d'une couverture sociale. Plus largement, c'est la question du rapport des patients sans domicile fixe à la santé qu'il conviendrait de creuser. Nous aurions voulu savoir quels soins étaient mis à défaut afin de mettre en place des solutions pratiques locales (chirurgiens dentistes ne pratiquant pas de dépassement d'honoraire...).

La question de l'autonomie des patients sans domicile fixe dans les actes de soins basiques est révélatrice d'une chose : ces patients mobilisent des capacités pour faire face à leurs difficultés. Les actions d'aides à mettre en place ne doivent pas se substituer à leur capacité mais doivent partir d'une observation attentive de leur besoins pour mettre en place des aides dans des domaines où les patients ne peuvent pas trouver de solutions par eux-mêmes

Par exemple, orienter l'aide à cette population en proposant la mise à disposition d'un téléphone portable ne semble clairement pas être un besoin auquel ces patients ne peuvent faire face par eux-mêmes.

Enfin, nous avons montré que les patients sans domicile fixe ne semblent pas avoir une spiritualité différente de la population générale. Nous constatons tout de même que ces patients conservent et développent une spiritualité malgré les nombreuses difficultés auxquelles ils font face. Une question intéressante serait de savoir si cette spiritualité continue à grandir malgré les difficultés. Auquel cas, il s'agira de prendre en compte cette dimension pour les professionnels les entourant et les aider à développer cette capacité qu'ils mettent en place.

La question de la définition de la vulnérabilité est complexe. Ce travail ne rend pas compte d'éléments que d'autres auteurs invitent à prendre en compte (19) comme le comportement social ou le logement. Pour des raisons pratiques il fallait faire un choix sur les éléments qui nous semblaient a priori les plus pertinentes pour rendre compte de la vulnérabilité des patients sans domicile fixe. Ce choix initial s'est appuyé sur des expériences vécues sur le terrain, secondé par un travail bibliographique.

4.1. Schéma de l'étude

4.1.1. Biais et limites

Notre étude présentait quelques limites.

Un **biais d'information** était probable. Il existait des erreurs dans le recueil de données du fait du caractère déclaratif des informations, et du travail de mémoire des participants. Nous avons souhaité limiter ce biais en complétant et vérifiant les informations déclarées par les patients et notamment sur les données administratives et médicales.

Il faut également souligner un **biais de sélection** du fait du caractère transversal du recueil des données. En effet celui-ci a été fait au cours d'une période restreinte (14 jours) qui a pu induire un biais de sélection (échantillon non représentatif de la population accueillie habituellement ?). De même, nous savons que les patients accueillis ne représentent pas de façon homogène la totalité de patients sans domicile fixe de ce secteur géographique (une part non négligeable refusant ce type d'aide).

Malgré un taux de réponse correct au questionnaire, le nombre de patients inclus ne nous a permis seulement de donner des tendances statistiques et sans pouvoir s'aider d'outils pour prouver leur significativité. Nous regrettons a posteriori l'exclusion de l'étude des personnes ne parlant pas français. Pour des modalités pratiques et logistiques nous avons fait ce choix, conscients maintenant qu'il a pu fausser quelques résultats.

4.1.2. Force de l'étude

La force de cette étude vient principalement de son originalité. Aucun travail n'avait fait le bilan de l'état de santé des personnes spécifiquement accueillies au centre d'urgence Leydet (Il n'existe d'ailleurs peu ou pas d'étude sur la santé des personnes accueillis dans un centre d'hébergement d'urgence tant les freins administratifs à la réalisation de ce type d'étude sont nombreux). Ces conclusions sont importantes puisqu'elles serviront de base à la mise en place de solutions d'aides pratiques au sein de l'établissement.

De même, nous n'avons trouvé aucune étude s'intéressant de façon conjointe à la violence, l'autonomie, la communication, la spiritualité ou l'aide sociale des patients sans domicile fixe. Ces différents domaines étaient à chaque fois traité de façon indépendante. Notre travail a permis d'entrevoir une hiérarchie dans la compréhension des éléments de vulnérabilité des patients sans domicile fixe.

En pratique, nous avons limité les biais d'information en élaborant un questionnaire à question fermé, basé sur des outils validés et en réservant à un seul investigateur le recueil des données.

5. CONCLUSION

L'étude que nous avons menée au centre d'accueil d'urgence Leydet avait deux objectifs.

Dans un premier temps nous avons étudié l'état de santé des patients accueillis. Il s'agissait de décrire avec le plus de précision et d'objectivité la situation médicale de ces patients sans omettre d'étudier leur situation sociale. En effet, nous avons vu que les situations sociales défavorables qu'ils rencontraient étaient à l'origine d'inégalités sociales de santé et donc d'une santé plus fragile.

Ce travail trouve sa justification dans la nécessité de pallier aux manques d'études sur la santé des patients sans domicile fixe. Il répond aux invitations des hautes autorités de santé publique de promouvoir des actions locales et une politique de l' « aller vers » pour mieux comprendre cette population particulièrement mouvante et hétérogène de patients.

Les résultats de cette étude mettent en lumière des axes de travail et de prises en charges adaptées. Parmi ceux-ci nous retiendrons principalement les propositions suivantes :

- Prendre en compte la forte proportion de patients âgés dans la politique médico-sociale du centre en proposant des formations spécifiques aux professionnels les prenant en charge.
- Augmenter les outils numériques mis à disposition des patients pour leur permettre de « prendre le virage numérique » que la médecine vit actuellement et ne pas souffrir d'une nouvelle inégalité sociale de santé.
- Augmenter la présence des professionnels des soins psychologiques (voire psychiatriques) sur le centre.
- Elaborer un carnet de santé pour permettre le lien entre tous les professionnels de santé amenés à prendre en charge ces patients

Dans un second temps nous avons voulu réfléchir à la notion de vulnérabilité d'un patient et plus spécifiquement d'un patient sans domicile fixe. Nous avons voulu comprendre ce qui, dans les capacités mais aussi dans les faiblesses de la vie des ces patients, pouvait expliquer leur situation. Nous avons retenus trois idées principales qu'il nous semble essentiel de dépister: la violence subie, l'isolement social et les troubles de la communication. D'autres études devront venir conforter ces résultats.

Finalement, comment pourrions-nous limiter la vulnérabilité d'un patient ? Comment pourrions-nous promouvoir ses capacités ? La question reste entière.... !

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Organisation mondiale de la santé. Comment l'OMS définit-elle la santé? [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- (2) Micheletti P. La précarité à l'extrémité du gradient des inégalités sociales de santé: comprendre pour agir. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p. 31-41.
- (3) Micheletti P. Prendre soins des populations fragiles: les concepts et les apports de la santé publique, approche générale. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p. 47-9.
- (4) Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité. Rapport. 2009 décembre.
- (5) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Sans-domicile, définition [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>
- (6) Fondation abbé Pierre. L'Etat du mal logement en France en 2017. Rapport annuel. 2017.
- (7) Cornier C. L'histoire de la question sociale en France. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p. 23-30.
- (8) Carrard X, France M, Negrel R, Glass M, Clément F. Les « sans domicile fixe ». Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p.393-9.
- (9) 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 remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports. novembre 2009.
- (10) Dequire AF. Le corps des sans domicile fixe : De la désinsertion sociale à la disqualification corporelle. Recherche et éducations. 2010 septembre 3;3:261-87.
- (11) Maqueda F. Le soutien aux équipes qui travaillent auprès de populations précaires: pour une sollicitude tempérée! Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p. 222-34.
- (12) Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. Bull Epidemiol Hebd 2015;(36-37):662-70.
- (13) Cour des comptes. L'hébergement des personnes sans domicile : des résultats en progrès, une stratégie à préciser. Rapport public annuel. 2017.

- (14) Jacquet F. Réduire les inégalités sociales de santé dans les territoires. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p. 310-12.
- (15) Code de la Santé Publique. Article L1110-13 (version à jour au 20 octobre 2018).
- (16) Brodiez-Dolino A. La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique. Informations sociales. 2015 février;188:10-18.
- (17) Brodiez-Dolino A. Le concept de vulnérabilité. La vie des idées. 2016 février 11.
- (18) Adam C. Santé et vulnérabilités sociales: le point de vue du médecin généraliste. Humanitaire. 2013 décembre 13;36:44-51.
- (19) Adam C. Populations et inégalités sociales de santé : de qui parle-t-on ? Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p. 92-9.
- (20) Labbe E. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. Revue de l'IRES. 2007;53(1):3-49.
- (21) Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Article L744-6 (version à jour au 20 octobre 2018).
- (22) Thomas H. Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience. Esquisses. 2008 janvier;13:13-27.
- (23) Centre Leydet. Projet d'établissement 2012-2017. 2012 octobre 23.
- (24) L'agence du numérique. Baromètre du numérique 2017. 2017:120-3.
- (25) Devaux M, Jusot F, Sermet C, Tubeuf S. Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. Revue des affaires sociales. 2008;1:29-47.
- (26) Azogui-Lévy S, Rochereau T. Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques. La santé de l'homme. 2012 janvier-février;417:5-6.
- (27) Vision solidarité développement. Enquête: Précarité et accès à la santé visuelle. Restitution de la première étude sur l'accès aux soins optiques des publics précaires. 2015 avril 2.
- (28) Kinouani S, Adam C. Santé, précarité et addictions. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris : Ellipses; 2017. p. 134-44.

- (29) Despres C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique. *Questions d'économies de la santé*. 2011 novembre;170:1-6.
- (30) Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. 2002;1-21.
- (31) Autran M. La prise en charge de la violence. Dans: Récaht PH. *Innover contre les inégalités de santé*. Presses de l'EHESP "hors collection"; 2012. p. 215-24.
- (32) Haut Comité de la Santé Publique. *Violences et Santé*. 2004 mai;16-7.
- (33) Haute Autorité de Santé. Oser parler avec son médecin, pourquoi est-ce important? 2013 novembre.
- (34) Haute Autorité de Santé. Patients et professionnels de santé: décider ensemble. Concepts, aides destinées aux patients et impact de la "décision médical partagée". 2013 octobre.
- (35) Guillot N, Colliou V. Élaboration et pré-validation d'une Échelle de la Communication de l'Adulte Sourd : l'ECOMAS. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2014.
- (36) Blois-Da Conceicao S, Galiano AR, Sagne A, Poussin M. Données actuelles et perspectives futures dans l'étude des liens entre soutien social et santé: vers une prise en compte des attitudes à l'égard du réseau de soutien en psychologie de la santé. *Psychol.fr*.2016 juin 4;378:1-28.
- (37) Branchi S. Spiritualité, troubles anxio-dépressifs et qualité de vie dans le champ de la santé et de la maladie. Thèse de doctorat d'Université en psychologie, Metz: Université de Lorraine; 2014.
- (38) WHOQOL-SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medecine*. 2006 march;62(6):1486-97.
- (39) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus: l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. 2004.
- (40) Mandhouj O, Etter JF, Courvoisier D, Aubin HJ. French-language version of the World Health Organization quality of life spirituality, religiousness and personal beliefs instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10:39.
- (41) Gueguen F, Pliez E. Le mal-logement comme marqueur de la précarité. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. *La santé des populations vulnérables*. Paris: Ellipses; 2017. p. 216-21.

(42) Mordier B. Les sans-domiciles en France: caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. *Economies et statistiques*. 2016;488:25-35.

(43) Département du Doubs. Enquête auprès des personnes sans abri. 2010 janvier.

(44) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. État matrimonial légal des personnes selon le sexe en 2017 [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381496>

(45) Cruzet T, Lebaudy M. 680 000 majeurs sous protection judiciaire fin 2014. *Info Stat Justice*. 2016 juillet;143:1-6.

(46) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Populations française, étrangère et immigrée en France depuis 2006 [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1410693#titre-bloc-7>

(47) Observatoire des inégalités. Education [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/16-de-la-population-a-un-diplome-superieur-a-bac-2>

(48) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge en 2017 [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546>

(49) Birouste G, Moutot G, Visier L. Nouvelles technologies et population, vulnérables. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. *La santé des populations vulnérables*. Paris: Ellipses; 2017. p. 327-33.

(50) L'Assurance Maladie. Prévalence des ALD en 2016 [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php>

(51) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Hospitalisations chiffres clefs. Rapport. 2016.

(52) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Etat de santé perçue en 2016 [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386523#graphique-Donnes>

(53) Zeroug-Vial H, Leaune E, Chambon N. Santé mentale et précarité. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. *La santé des populations vulnérables*. Paris: Ellipses; 2017. p.261-6.

(54) Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France: prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;10:170-9.

- (55) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017.
- (56) Haute Autorité de Santé. Stratégie de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations. 2010 mars.
- (57) Georges C, Adam C. Les pathologies de la malnutrition : manque ou excès. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p. 268-77.
- (58) Boissonat, Huguette P. La santé buccodentaire des populations vulnérables. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p. 278-86.
- (59) Kinouani S, Adam C. Santé, précarité et addictions. Dans: Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Paris: Ellipses; 2017. p. 135-44.
- (60) Guthmann JP, Fonteneau L, Antona D, Lévy-Bruhl D. La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France: résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002. Bull Epidemiol Hebd 2007;51-52:441-5.
- (61) Institut de veille sanitaire. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2016-2017 [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2016-2017>
- (62) Vie publique. Mise en place du médecin traitant : bilan à deux ans [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/mise-place-du-medecin-traitant-bilan-deux-ans.html>
- (63) Cavalin C. Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population. Etudes et résultats. 2009 octobre;705:1-8.
- (64) Chahraoui K, Reynaud M. Styles d'attachement et soutien social perçu chez des femmes déprimées. L'encéphale.2006;32(1):944-52.
- (65) Indicateurs et indice. Renoncement aux soins pour raisons financières [Internet]. [Consulté le 20 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/indicateurs-indices/f/0/0/renoncement-soins-raisons-financieres.html>

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire utilisé pour l'étude

ELEMENTS SOCIAUX

➤ PARTIE 1

Première lettre du prénom:

Première lettre du nom de famille:

Date de naissance: / / 19

Sexe: Homme Femme

➤ PARTIE 2

Vivez-vous en couple ?

Oui

Non

Marié(e)

Divorcé(e)

Pacsé(e)

Veuf(ve)

En concubinage/union libre

Célibataire

Combien d'enfants à charge avez-vous?

➤ PARTIE 3

Etes-vous sous protection juridique?

Non

Oui

Sauvegarde de justice

Curatelle

Tutelle

Habilitation judiciaire aux fins de représentation du conjoint

Habilitation familiale

Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) ou judiciaire (MAJ)

Mandat de protection future

➤ PARTIE 4

Nationalité: Française Autre:

Quelle est votre situation sur le territoire français ?

Citoyen français

Situation irrégulière

Autorisation de séjour pour soin. Durée:

Autorisation de séjour pour activité professionnelle. Durée:

Autorisation de séjour pour autre motif (étudiant, sportif, etc...). Durée:

Demande d'asile

Réfugié

Etranger européen

Carte de résident

➤ **PARTIE 5**

Quelle est votre couverture maladie ?

- Aucune couverture
 - Aide Médicale Etat (AME)
 - Protection Universelle Médicale (PUMA) SANS complémentaire
 - Protection Universelle Médicale (PUMA) AVEC complémentaire privée
 - Protection Universelle Médicale (PUMA) AVEC Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-c)
 - Protection Universelle Médicale (PUMA) AVEC Aide au paiement d'une complémentaire Santé (ACS)
-

➤ **PARTIE 6**

Quelles sont vos ressources financières?

- Aucun revenu
- Salaire déclaré
- Salaire non déclaré
- Indemnités journalières dans le cadre d'un arrêt de travail
- Chômage indemnisé
- Revenu de Solidarité Active
- Allocation pour Demandeur d'Asile
- Allocation Adulte Handicapé
- Allocation De Solidarité Aux Personnes Âgées
- Retraite

A combien s'élèvent vos rémunération mensuelles (travail + aides sociales) ?

€/Mois

Quel est votre niveau d'étude ?

- Aucun diplôme
- Diplôme inférieur au baccalauréat
- Baccalauréat
- Diplôme supérieur au baccalauréat

Quelle est votre dernière (ou actuelle) profession rémunératrice?

- Agriculteur
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - Cadres et professions intellectuelles
 - Professions intérimaires
 - Employés
 - Ouvriers
 - Aucune
-

➤ **PARTIE 7**

Disposez-vous, personnellement, d'un téléphone mobile ?

- Oui
- Non

Comment qualifieriez-vous votre compétence pour utiliser un ordinateur ?

- Très compétent
- Assez compétent
- Pas très compétent
- Pas du tout compétent

ELEMENTS MEDICAUX

Quel est votre poids ? kg

Quelle est votre taille? cm

Quels sont vos problèmes de santé actuels ou anciens?

Aucun

Pathologies générales

- Hypertension artérielle
- Diabète type 2 (ou 1)
- Goutte
- Cirrhose
- Epilepsie
- Coronaropathie
- Cancer
- Maladies dermatologiques (gale, poux, mycoses ...)
- Plaie chronique (>2semaines)

Pathologies infectieuses

- Hépatite B
- Hépatite C
- VIH
- Tuberculose

Pathologies psychiatriques

- Troubles psychotiques
- Troubles anxieux généralisé
- Troubles dépressifs
- Etat de stress post traumatique
- Anorexie mentale
- Boulimie
- Toxicomanie
- Alcoolisme chronique

Autres:

Bénéficiez-vous d'une exonération pour une Affection(s) de Longue Durée (ALD) ?

Non

Oui **Combien ?**

Pour les FEMMES

Etes-vous enceinte actuellement?

Oui

Non

Combien de grossesse avez-vous eu (en comptant éventuellement celle actuelle) ?

Avez-vous subi des Interruption volontaire (IVG) ou médicale de Grossesse (IMG) ?

Non

Oui **Combien d'IVG ?** **Combien d'IMG ?**

Comment est votre état de santé général ?

Très bon

Bon

Moyen

Mauvais

Très mauvais

Avez-vous besoin d'une correction visuelle (lunettes ou lentilles)?

Non

Oui **Des difficultés financières vous empêchent-elles d'y avoir accès ?**

Oui

Non

Estimez le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (soignées)

Aucune

< 5

Entre 5 et 10

>10

Toutes

Avez-vous un médecin traitant déclaré ?

- Oui
 Non

Qui est votre référent médical ?

- La permanence d'accès aux soins
 Association médicale (médecin du monde..)
 Lits Halte soins Santé (LHSS)
 Les urgences
 Autres (Infirmier(e), sage femme...)
 Aucun référent

Avez-vous été hospitalisé ces 12 derniers mois ? (séjour de plus de 24h à l'hôpital)

- Non
 Oui

Consommez-vous:

-de l'alcool?

- Non
 Oui

Estimation consommation quotidienneg/jour

-du tabac?

- Non
 Oui

Estimation consommation paquet-années

-des drogues illicites?

- Non
 Oui

Lesquelles?

Avez-vous un traitement de substitution ?

- Oui Non

De quand date votre dernier rappels vaccinal?

- Moins de 20 ans Plus de 20 ans Ne sait pas

Pour les HOMMES et FEMMES de plus de 50 ans

De quand date votre dernier test Hemocult (test de dépistage du cancer colorectal)

- Moins de 2 ans N'en n'a jamais entendu parler
 Plus de 2 ans Ne sait pas
 Ne souhaite pas y participer

Pour les FEMMES de plus de 50 ans

De quand date votre dernière mammographie?

- Moins de 2 ans N'en n'a jamais entendu parler
 Plus de 2 ans Ne sait pas
 Ne souhaite pas y participer

Pour les FEMMES de plus de 25 ans

De quand date votre dernier frottis cervico-utérin?

- Moins de 3 ans N'en n'a jamais entendu parler
 Plus de 3 ans Ne sait pas
 Ne souhaite pas y participer

ELEMENTS DE VULNERABILITE

FACTEURS DE VULNERABILITE

- **LE RENONCEMENT AUX SOINS POUR DES RAISONS FINANCIERES**

Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?

- Non
- Oui

- **L'EXPOSITION A DES VIOLENCES SUBIES**

Au cours de votre vie, avez-vous été exposé à des violences?

- Non
- Oui

Si oui, actuellement, vous sentez-vous en danger ?

- Non
- Oui

CAPACITES

- **LA CAPACITE A COMMUNIQUER**

Concernant votre communication avec votre entourage...

- Vous avez besoin de l'aide d'une tierce personne pour tous les actes de communication de la vie quotidienne.
- Vous êtes autonomes pour les activités quotidiennes, les situations connues, mais vous avez besoin de l'aide d'une tierce personne pour les nouvelles situations.
- Vous êtes autonomes pour le quotidien et vous pouvez prendre quelques initiatives
- Vous êtes gênés pour les démarches administratives complexes uniquement.
- Vous n'avez aucune difficulté à accomplir tous les actes de la vie quotidienne et les démarches administratives. Vous allez facilement à la rencontre de nouvelles personnes ou de nouvelles situations.

• **LA CAPACITE A ETRE AUTONOME DANS LES ACTES DE SOINS QUOTIDIENS**

Concernant votre utilisation du téléphone...

- Vous l'utilisez de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros
- Vous composez un petit nombre de numéros bien connus
- Vous répondez au téléphone mais n'appellez pas
- Vous vous sentez incapable d'utiliser le téléphone

Concernant les achats de nourriture....

- Vous faites les courses de façon indépendante
- Vous faites seulement les petits achats tout seul
- Vous avez besoin d'être accompagné quelque soit la course
- Vous vous sentez totalement incapable de faire les courses

Concernant l'utilisation des moyens de transports...

- Vous pouvez voyager seul et de façon indépendante
- Vous vous déplacez seul en taxi ou en autobus
- Vous pouvez prendre les transports en commun si vous êtes accompagné
- Vous n'utilisez que le taxi ou la voiture avec un accompagnement
- Vous ne vous sentez pas capable de vous déplacer en transport en commun

Concernant la prise de vos médicaments....

- Vous vous occupez vous-même de leur prise (dosage et horaire)
- Vous prenez vous-même vos médicaments s'ils sont préparés à l'avance
- Vous vous sentez incapable de les prendre vous-même

Concernant la gestion de votre budget...

- Vous êtes totalement autonome (vous faites des chèques, payez vos factures...)
- Vous vous débrouillez pour les dépenses au jour le jour, mais vous avez besoin d'aide pour gérer votre budget à long terme
- Vous vous sentez incapable de gérer l'argent nécessaire à payer vos dépenses au jour le jour

• **LA CAPACITE A ENGAGER UN SOUTIEN SOCIAL**

Combien de personnes sont disponibles et en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (ou plus)

Sur combien de personnes pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (ou plus)

Combien de personnes vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et mauvais côtés?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (ou plus)

Sur combien de personnes pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (ou plus)

Sur combien de personne pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (ou plus)

Sur combien de personnes pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (ou plus)

• **LA CAPACITE A ENTREtenir UNE SPIRITUALITE POSITIVE**

Etes-vous capable de rester optimiste dans les moments d'incertitude ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Fortement

Percevez-vous un sens à la vie, d'une façon générale ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Fortement

Etes-vous capable de vous émerveiller de ce qui vous entoure ? (Nature, art, musique)

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Fortement

Etes-vous capable de vous sentir paisible quand vous en avez besoin

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Fortement

Vos convictions personnelles vous aident-elles à créer une cohérence entre ce que vous faites, ce que vous pensez et ce que vous ressentez ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Fortement

Pouvez-vous trouver de la force spirituelle dans les moments difficiles ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Fortement

Le fait de vous connecter à un être spirituel (Dieu, une puissance supérieure, une énergie, ou autre) vous aide-t-il à traverser les moments difficiles ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Fortement

Dans quelle mesure la foi vous donne-t-elle de la force dans la vie quotidienne ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Fortement

Annexe 2. Résultats détaillés des caractéristiques sociales de la population étudiée

Caractéristiques SOCIALES	Urgence n (%) <i>ntotal = 19</i>	UA n (%) <i>ntotal = 28</i>	Total n (%) <i>ntotal = 47</i>
Age			
-Moyenne (ans)	47,5	52,2	50,3
- <18 ans	2 (10,5 %)	-	2 (4,3 %)
- 18-45 ans	6 (31,6 %)	7 (25 %)	13 (27,5 %)
- 46-65 ans	9 (47,4 %)	16 (57,2 %)	25 (53,2 %)
- > 65 ans	2 (10,5 %)	5 (17,8 %)	7 (15 %)
Sexe			
- Homme	16 (84,2 %)	22 (78,5 %)	38 (80,8 %)
- Femme	3 (15,7 %)	6 (21,5 %)	9 (19,2 %)

Situation matrimoniale						
- Célibataire	9	(47,4 %)	12	(42,8 %)	21	(44,6 %)
- Marié(e)	3	(15,7 %)	4	(14,3 %)	7	(15 %)
- Divorcé(e)	4	(21,1 %)	8	(28,6 %)	12	(25,5 %)
- Pacsé(e)	-		-		-	
- Veuf(ve)	2	(10,5 %)	3	(10,7 %)	5	(10,6 %)
- En concubinage/union libre	1	(5,3 %)	1	(3,6 %)	2	(4,3 %)
Nombre enfants à charge (moyenne)		0,6		0,7		0,6
Protection juridique						
- Aucune	17	(89,5 %)	19	(67,9 %)	36	(76,5 %)
- Sauvegarde de justice	-		2	(7,1 %)	2	(4,3 %)
- Curatelle	2	(10,5 %)	5	(17,8 %)	7	(15 %)
- Tutelle	-		1	(3,6 %)	1	(2,1 %)
- Mesure d'accompagnement judiciaire	-		1	(3,6 %)	1	(2,1 %)
Nationalité						
- Française	7	(36,8 %)	15	(53,5 %)	22	(46,7 %)
- Européenne	2	(10,5 %)	6	(21,5 %)	8	(17 %)
- Maghreb	4	(21,1 %)	3	(10,7 %)	7	(15 %)
- Afrique sub-saharienne	5	(26,3 %)	3	(10,7 %)	8	(17 %)
- Autre	1	(5,3 %)	1	(3,6 %)	2	(4,3 %)
Situation sur territoire français						
- Citoyen français	7	(36,8 %)	15	(53,3 %)	22	(46,7 %)
- Situation irrégulière	6	(31,6 %)	-		6	(12,8 %)
- Autorisation de séjour pour soin	1	(5,3 %)	1	(3,6 %)	2	(4,3 %)
- Autorisation de séjour pour activité professionnelle	1	(5,3 %)	-		1	(2,1 %)
- Autorisation de séjour pour un autre motif	-		1	(3,6 %)	1	(2,1%)
- Demande d'asile	-		-		-	
- Réfugié	-		2	(7,1%)	2	(4,3%)
- Etranger européen	2	(10,5 %)	6	(21,5 %)	8	(17 %)
- Carte de résident	2	(10,5 %)	3	(10,7 %)	5	(10,6 %)
Couverture maladie						
- Aucune couverture	2	(10,5 %)	-		2	(4,3 %)
- Aide médicale Etat	5	(26,3 %)	1	(3,6%)	6	(12,8 %)
- PUMA sans complémentaire	3	(15,7 %)	2	(7,1 %)	5	(10,6 %)
- PUMA avec complémentaire privée	3	(15,7 %)	5	(17,8 %)	8	(17 %)
- PUMA avec CMUc	5	(26,3 %)	19	(67,9 %)	24	(51 %)
- PUMA avec ACS	1	(5,3 %)	1	(3,6%)	2	(4,3 %)
Ressources financières						
- Aucun revenu	10	(52,6 %)	2	(7,1 %)	12	(25,5 %)
- Salaire déclaré	1	(5,3 %)	7	(25 %)	8	(17 %)
- Salaire non déclaré	-		-		-	
- IJ dans le cadre d'un arrêt de travail	-		-		-	
- Chômage indemnisé	-		-		-	
- Revenu de Solidarité Active	5	(26,3 %)	4	(14,3 %)	9	(19,2 %)
- Allocation pour Demandeur d'Asile	-		-		-	
- Allocation Adulte Handicapé	1	(5,3 %)	7	(25 %)	8	(17 %)
- Allocation de Solidarité aux personnes âgées	-		4	(14,3 %)	4	(8,5 %)
- Retraite	2	(10,5 %)	4	(14,3 %)	6	(12,8 %)

Revenus mensuels (moyenne en euro) [extrêmes]	305 [0 -1000]	795 [0 -1680]	597 [0 -1680]
Niveau d'études			
- Aucun diplôme	11 (57,9 %)	5 (17,8 %)	16 (34 %)
- Diplôme inférieur au baccalauréat	3 (15,7 %)	12 (42,8 %)	15 (31,9 %)
- Diplôme équivalent au baccalauréat	1 (5,3 %)	5 (17,8 %)	6 (12,8 %)
- Diplôme supérieur au baccalauréat	4 (21,1 %)	6 (21,5 %)	10 (21,3 %)
Dernière profession rémunératrice			
- Agriculteur	4 (21,1 %)	2 (7,1 %)	6 (12,8 %)
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2 (10,5 %)	3 (10,7 %)	5 (10,6 %)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 (5,3 %)	5 (17,8 %)	6 (12,8 %)
- Professions intermédiaires	1 (5,3 %)	5 (17,8 %)	6 (12,8 %)
- Employés	6 (31,6 %)	8 (28,6 %)	14 (29,7 %)
- Ouvriers	3 (15,7 %)	4 (14,3 %)	7 (15 %)
- Aucune	2 (10,5 %)	1 (3,6 %)	3 (6,3 %)
Possession d'un téléphone mobile	15 (78,9 %)	26 (92,3 %)	41 (87,2 %)
Compétence pour utiliser un ordinateur			
- Très compétent	9 (47,4 %)	9 (32,1 %)	18 (38,2 %)
- Assez compétent	1 (5,3 %)	6 (21,5 %)	7 (15 %)
- Pas très compétent	4 (21,1 %)	3 (10,7 %)	7 (15 %)
- Pas du tout compétent	5 (26,3 %)	10 (35,7 %)	15 (31,9 %)

Annexe 3. Résultats détaillés des caractéristiques médicales de la population étudiée

Caractéristiques MEDICALES	Urgence n=19 n (%)	UA n=28 n (%)	Total n=47 n (%)
IMC (kg/m²)			
- <16.5	-	-	-
- 16.5 à 18.5	1 (5,3 %)	1 (3,6 %)	2 (4,3 %)
- 18,5 à 25	11 (57,9 %)	16 (57,2 %)	27 (57,4 %)
- 25 à 30	2 (10,5 %)	5 (17,8 %)	7 (15 %)
- > 30	5 (26,3 %)	6 (21,5 %)	11 (23,4 %)
Nécessité d'une correction visuelle			
- Dont manque d'accès pour problèmes financiers	12 (63,2 %)	20 (71,4 %)	32 (68,1 %)
	6 (50 %)	3 (15 %)	9 (28 %)
Nombre de dents soignées			
- Aucune	3 (15,7 %)	5 (17,8 %)	8 (17 %)
- <5	2 (10,5 %)	7 (25 %)	9 (19,2 %)
- 5 à 10	-	2 (7,1 %)	2 (4,3 %)
- > 10	6 (31,6 %)	6 (21,5 %)	12 (25,5 %)
- Toutes	8 (42,1 %)	8 (28,6 %)	16 (34 %)

Affection Longue Durée déclarée	2 (10,5 %)	16 (57,1 %)	18 (38,3 %)
		<i>dont 1 personne avec 2 ALD</i>	
Etat de Santé perçu			
- Très bon	-	4 (14,3 %)	4 (8,5 %)
- Bon	5 (26,3 %)	8 (28,6 %)	13 (27,5 %)
- Moyen	7 (36,8 %)	11 (39,2 %)	18 (38,2 %)
- Mauvais	5 (26,3 %)	4 (14,3 %)	9 (19,2 %)
- Très mauvais	2 (10,5 %)	1 (3,6 %)	3 (6,3 %)
Référent médical			
- Médecin traitant déclaré	10 (52,6 %)	25 (89,3 %)	35 (74,5 %)
- Permanence d'accès aux soins	3 (15,7 %)	-	3 (6,3 %)
- Association médicale	2 (10,5 %)	-	2 (4,3 %)
- Service des urgences	-	-	-
- Autres (Spécialiste, infirmier(e), sage-femme...)	1 (5,3 %)	1 (3,6 %)	2 (4,3 %)
- Aucun	3 (15,7 %)	2 (7,1 %)	5 (10,6 %)
Hospitalisation au cours des 12 derniers mois	11 (57,9 %)	8 (28,6 %)	19 (40,4 %)
Consommation quotidienne actuelle d'alcool			
- 0	13 (68,4 %)	17 (60,7 %)	30 (63,8 %)
- <30g/j	4 (21,1 %)	7 (25 %)	11 (23,4 %)
- >30g/j	2 (10,5 %)	4 (14,3 %)	6 (12,8 %)
Tabagisme actuel (ou sevré depuis moins de 3 ans) [moyenne du nombre de paquet-années]	15 (78,9 %) [23 PA]	15 (53,6 %) [23 PA]	30 (63,8 %) [23 PA]
Consommation drogues illicites	3 (15,7 %)	1 (3,6 %)	4 (8,51 %)
Vaccination			
- A jour	11 (57,9 %)	18 (64,3 %)	29 (61,7 %)
- Non à jour	7 (36,8 %)	5 (17,8 %)	12 (25,5 %)
- Ne sait pas	1 (5,3 %)	5 (17,8 %)	6 (12,8 %)
Test hémocult (n concerné=)	n concerné= 8	n concerné= 16	n
concerné= 24	1	2	3 (12,5 %)
- < à 2 ans	1	5	6 (25 %)
- > à 2 ans	2	3	5 (20,8 %)
-Jamais fait	3	2	5 (20,8 %)
- Jamais entendu parlé	1	4	5 (20,8 %)
- Ne souhaite pas y participer			
Mammographie (n concerné=)	n concerné= 0	n concerné= 2	n
concerné= 2		-	-
- < à 2 ans	-	2	2
- > à 2 ans	-	-	-
- Jamais entendu parlé	-	-	-
- Ne sais pas	-	-	-
- Ne souhaite pas y participer	-		

Frottis cervico-utérin (<i>n concerné=</i>)	<i>n concerné= 3</i>	<i>n concerné= 6</i>	<i>n</i>
<i>concerné= 9</i>	1	2	3
- < à 3 ans	1	-	1
- > à 3 ans	1	3	4
- Jamais entendu parlé	-	-	-
- Ne sais pas	-	1	1
- Ne souhaite pas y participer			
Enceinte actuellement [<i>n concerné</i>]	1 [3]	0 [3]	1 [6]
Moyenne du nombre de grossesse [<i>n concerné</i>]	2 [3]	2,2 [6]	2,1 [9]
Moyenne du nombre d'interruption de grossesse [<i>n concerné</i>]	1 [3]	0,7 [6]	0,8 [9]

Annexe 3 bis. Résultats détaillés des antécédents médicaux recueillis

Aucun: (n=4)

Antécédents psychiatriques :

- Troubles anxieux (n=6)
- Episode Dépressifs (n=7)
- Trouble bipolaire (n=1)
- Troubles psychotiques (n= 6)
- Etat de Stress Post Traumatique (n=2)
- Troubles déficit attention et hyperactivité (n=1)
- Troubles psychiatriques non caractérisés (n=1)

Syndrome métabolique :

- HTA (n=10)
- Obésité (n=11)
- Diabète type 2 (n=2)
- Dyslipidémie (n=3)
- Goutte (n=1)

Antécédents digestifs :

- Cirrhose (n=3)
- Ulcère gastroduodénal (n=5)
- Appendicectomie (n=6)
- Cholécystectomie (n=3)
- Gastrectomie des 2/3 (n=1)
- Varices œsophagiennes (n=1)
- Pancréatique aigue lithiasique (n=1)

Antécédents rhumatismaux et orthopédiques

- Lombalgies chroniques (n=6)
- Arthrose (*autre que lombaire*) (n=3)
- Antécédents traumatologique (n=9)

Antécédents cardiologiques et vasculaire

- Cardiopathie ischémique (n=1)
- Cardiopathie valvulaire (n=1)
- Cardiopathie rythmique (n=3)
- Thrombose veineuse profonde (n=1)

Antécédents rénaux

- Insuffisance rénale chronique (n=2)

Antécédents pulmonaires :

- Insuffisance respiratoire chronique oxygène-dépendante (n= 2)
- Syndrome apnée sommeil appareillée (n= 3)
- Asthme (n=2)
- BPCO (n=1)

Antécédents neurologiques

- AVC (n=2)
- Epilepsie (n=2)
- Migraine (n=1)

Antécédents oncologiques :

- Cancer œsophage (n=1)
- Cancer parotide (n=1)

Antécédents dermatologiques

- Psoriasis (n=1)
- Plaie chronique (>2semaines de traitement) (n=2)

Antécédents ophtalmologiques

- Troubles réfraction (n=32)
- Cataracte (n=2)
- Glaucome (n=1)

Addiction :

- Alcoolisme chronique (n=6)
- Toxicomanie intraveineuse (n=1)

Antécédents infectieux

- VIH (n=1)
- Hépatite A (n=1)
- Hépatite B (n=1)
- Hépatite C (n=2)
- Paludisme (n=1)
- Pneumopathie (n=2)

Infirmité

- Surdité (n=1)
- Troubles marches nécessitant appareillage (n=2)

Autres :

- Endométriose (n=1)
- Maladie des os de verres (n=1)
- Poliomyélite (n=1)
- Hypertrophie bénigne de la prostate (n=1)
- Hypothyroïdie (n=1)
- Acromégalie (n=1)
- Colique nephretique (n=1)

Annexe 4. Résultats détaillés des éléments de vulnérabilité étudiés

Eléments de vulnérabilité	Urgence n=19 n (%)	UA n=28 n (%)	Total n=47 n (%)
Renoncement aux soins pour raisons financières au cours les 12 derniers mois	14 (73,7 %)	7 (25 %)	21 (44,6 %)
L'exposition à des violences subies	15 (78,9 %)	16 (57,1 %)	31 (66 %)
-Dont % se sentant en danger	5 (33,3 %)	2 (12,5 %)	7 (22,5 %)
 Capacité à communiquer <i>(Moyenne à la question portant sur l'autonomie dans la communication du score ECOMAS)</i>	 2.73	 2.85	 2.8
 Capacité à être autonome dans les actes de soins quotidiens <i>(moyenne au score IADL remanié)</i>			
- Se servir d'un téléphone portable	1	1,3	1,2
- Acheter de la nourriture	1	1,1	1,1
- Utiliser les moyens de transports	1	1,1	1,1
- Prendre ses médicaments	1,2	1,3	1,3
-Gérer son budget	1,3	1,6	1,5
 Capacité à engager un soutien social <i>(Nombre moyen de personnes dans l'entourage du patient, pouvant l'aider en cas de difficultés)</i>	 1,4	 1,9	 1,5
 Capacité à entretenir une spiritualité positive <i>(moyenne au score WHOQOL-SRPB)</i>			
- Question 1 : Optimisme	2,9	3,3	3,1
- Question 2 : Sens à la vie	2,9	3,5	3,3
- Question 3 : Emerveillement	3,4	3,7	3,6
- Question 4 : Se sentir paisible	2,9	3,6	3,3
- Question 5 : Aide des convictions personnelles	3,2	3,3	3,3
- Question 6 : Force spirituelle dans moments difficiles	3,1	2,8	2,9
- Question 7 : Aide d'une connexion être spirituel	3,2	2,9	3
- Question 8 : Force de la foi	3,2	2,9	3

SERMENT MEDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

7. RESUME

Titre: Etat de santé des patients sans domicile fixe du centre d'accueil d'urgence Leydet à Bordeaux. Quels éléments peuvent rendre compte de leur particulière vulnérabilité ?

Introduction : Les patients sans domicile constituent une population très hétérogène qu'il convient de considérer localement. Notre objectif principal était d'étudier l'état de santé des patients sans domicile fixe accueillis dans un établissement particulier afin d'y proposer des actions sanitaires spécifiques et adaptées.

Les inégalités sociales de santé dont sont particulièrement victimes ces patients sont encore mal comprises. La vulnérabilité rend compte des fragilités et des capacités d'un patient à faire face à une difficulté. Ce concept universel et novateur pourrait être un outil intéressant pour affronter ces problématiques. Notre objectif secondaire était de comprendre quels éléments sociaux pouvaient rendre compte de la particulière vulnérabilité des patients sans domicile fixe par rapport à la population générale.

Méthode : Etude observationnelle, descriptive et transversale menée entre le 29 janvier et le 11 février 2018 au centre d'accueil d'urgence Leydet à Bordeaux. Les patients répondaient à un questionnaire élaboré à partir d'outils validés au cours d'un entretien semi-dirigé.

Résultats : 47 patients ont été inclus. Les résultats ont, entre autres, révélés une spécifique proportion de patients âgés et souffrants de troubles psychotiques, de pathologies bucco-dentaire ou d'addictions. La particulière vulnérabilité de ces patients semble être due à la surexposition aux violences qu'ils subissent, à leur quasi-absence de soutien social ainsi qu'à leurs troubles de la communication.

Discussion : Des mesures concrètes comme l'augmentation des temps de présence des professionnels des soins psychiatriques ou la formation des différents intervenants sur les problématiques gériatriques semblent nécessaires. Les décisions de poursuite ou non d'accueil d'un patient pourront être éclairées par ses capacités ou non à communiquer, à bénéficier d'un soutien social de qualité ou sa vulnérabilité face aux violences subies.

Mots-clés : Inégalités sociales de santé. Déterminants de santé. Sans domicile fixe. Vulnérabilité.

DISCIPLINE : Médecine générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux

146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex

ABSTRACT

Title : Health status of homeless people at the Leydet emergency reception center of Bordeaux. Which elements might reflect their special vulnerability ?

Introduction : Homeless patients form a very heterogeneous group which needs to be taken into account locally. Our main objective was to study the health status of homeless people, who take shelter in a particular center, in order to suggest appropriate and specific health actions.

Those patients especially suffer from social health inequalities that are still misunderstood. A patient's fragilities and abilities to deal with difficulties are highlighted by his vulnerability. This universal and innovative concept could be an interesting tool to tackle those issues. Our secondary objective was to understand which social elements could reflect homeless people's special vulnerability compared with main population.

Methods : Observational study, descriptive and transversal, led between January the 29th, and February, the 11th 2018, at the Leydet emergency reception center of Bordeaux. Patients answered a survey developed from tools, which were validated during semi-directed interviews.

Results : 47 patients were concerned. Among others, results revealed a specific proportion of elderly patients, suffering from psychotic troubles, oral pathologies or addiction problems. Those patients' vulnerability seems to come from their overexposure to the violence they experience, to their lack of social support, as well as their communication troubles.

Discussion : Real actions seem to be necessary, such as the increase of the residence time of the specialists in psychiatric care, or the training of various stakeholders on geriatric troubles. The decision making process concerning the further hosting of a patient could be highlighted by his abilities to communicate, to benefit from a quality social support or by his vulnerability to violence he suffers from.

Key-words : social health inequalities – Health determinants – Homeless – Vulnerability.