



HAL
open science

Évolution du parcours de soins des personnes sans-domicile prises en charge par des structures de type "Logement d'Abord"

Béatrice Domine

► **To cite this version:**

Béatrice Domine. Évolution du parcours de soins des personnes sans-domicile prises en charge par des structures de type "Logement d'Abord". Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02903220

HAL Id: dumas-02903220

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02903220v1>

Submitted on 21 Jul 2020

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année 2020

ÉVOLUTION DU PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES SANS-DOMICILE PRISES EN CHARGE PAR DES STRUCTURES DE TYPE « LOGEMENT D'ABORD ».

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Béatrice DOMINE

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE LE : 26/06/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Me le Pr Virginie SCOLAN

Membres :

M. le Pr Thierry BOURGEROL

M. le Pr José LABARERE

Me le Dr Charlotte COSTENTIN

M. le Dr Bruno DE GOER (directeur de thèse)

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

RESUMÉ

Contexte : Malgré une prévalence importante de pathologies chroniques et compliquées, les personnes sans domicile ont un parcours de soins chaotique avec de nombreux recours aux urgences et un manque de suivi. Le « Logement d'Abord », par le biais de l'appropriation d'un logement sans condition et d'un accompagnement personnalisé, permet l'amélioration de ce parcours de soins chez une population SDF ayant des troubles psychiatriques.

Objectif(s) : Évaluer l'impact du « Logement d'Abord » sur le parcours de soins d'une population SDF plus large.

Méthode : Des personnes ayant séjourné plus de 24 mois dans un appartement avec un suivi par les associations *Totem* ou *Toi(t) d'Abord* ont été incluses. Les données du parcours de soins ont été recueillies sur 12 mois avant puis 24 mois après l'entrée dans ce logement, par le biais d'entretiens individuels, des dossiers associatifs et des dossiers hospitaliers.

Résultats : Un très faible nombre d'inclusion (12 personnes), n'a pas pu permettre d'obtenir des résultats statistiquement exploitables. Il se dégage cependant des tendances, notamment en termes d'augmentation du nombre de déclaration de médecin traitant et d'amélioration de la couverture maladie et de la vie sociale.

Conclusion : Des difficultés lors de la mise en pratique de ce protocole, liées au faible nombre d'associations, aux réglementations en vigueur sur la protection des données, aux spécificités de cette population, et au biais de mémoire n'ont pas permis de conclure. Cependant les tendances dégagées corroborent celles retrouvées dans les autres études et sont encourageantes pour la poursuite de ce mode de prise en charge et son évaluation plus approfondie.

MOTS CLÉS : Logement d'abord, personne sans-domicile, parcours de soins

ABSTRACT

Background: Despite a high prevalence of chronic and complicated diseases, the homeless population's health care pathway is chaotic with several consults in the emergency department and a very poor follow-up. While providing a home and a personalized support, the « Housing First » program induces an improvement in this health care pathway for homeless persons with psychiatric issues.

Objective: Evaluate the « Housing First » program's effects on the health care pathway for a wider homeless population.

Method: Inclusions were made through two associations, *Totem* and *Toi(t) d'Abord*, concerning people who had stayed more than 24 months in their apartment. The health care pathway has been evaluated during 12 months before and 24 months after entering the flat, with individual interviews, hospital's and association's files.

Results: Only 12 persons have agreed to participate, which was not enough to conclude. But some tendencies seemed to appear, as the increase of general practitioners' declarations and improvement of health cover and social life.

Conclusion: This protocol has shown some difficulties, linked to a small number of « Housing First » associations, data protection current regulations, specificities of homeless population and memory bias, and has therefore not been conclusive. However, the tendencies found here are positives and similar to others studies, which encourage to keep up with this model and to pursue further evaluations.

KEYWORDS : Housing first, Homeless / homelessness, Health care pathway

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Scolan, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici ma profonde gratitude.

Aux Professeurs Bougerol, Labarere et au Docteur Costentin, merci de me faire l'honneur de participer à ce jury. Veuillez trouver ici ma profonde gratitude.

Au Docteur Bruno De Goer, merci pour tes précieux conseils et ton aide tout au long de ce travail. Merci également de ce stage à la PASS où j'ai pu découvrir une approche profondément humaine de la médecine.

À toute l'équipe de Toi(t) d'Abord et de Totem. Merci d'avoir pris le temps de m'écouter, de m'expliquer, de m'intégrer dans votre quotidien. J'ai appris énormément de choses à vos côtés.

À toutes les personnes qui ont accepté de participer à ce travail, merci du temps que vous m'avez accordé, et de m'avoir accueilli sans condition dans votre chez vous et votre intimité.

À toutes les équipes des différentes structures travaillant autour du « Logement d'Abord », toujours disponibles et avides de partages.

À mes parents, merci d'avoir été toujours là pour moi, toujours soutenant quels qu'aient été mes projets plus ou moins loufoques, toujours patients, enthousiastes et de bons conseils ! Merci de m'avoir transmis vos passions de montagne, de lecture, de soirées tarot endiablées, et votre bougeotte pour tout découvrir et redécouvrir.

Et merci d'avoir été là tout au long de cette thèse que je suis fière de pouvoir enfin vous présenter aujourd'hui.

À ma grande sœur préférée, Lolo. Merci pour votre réactivité avec Julian dans les moments galères de cette thèse-mission. Je suis vraiment contente qu'on arrive à se voir plus souvent. Trop hâte de visiter votre immmmmmmense appart et de se faire de folles soirées parisiennes (ou auboises au vu de votre nouvelle passion pour maraye...) pour récupérer de nos ateliers DIY !

À mon petit-grand Manouchou. Toi aussi tu as fini par trouver tes montagnes, c'est juste dommage qu'on n'ait pas les mêmes ! Mais t'inquiètes, avec ou sans covid, avec ou sans neige, avec ou sans mal aux pieds, on arrivera à se le refaire notre week-end ski de rando ! Je n'ai toujours pas abandonné l'idée d'y mettre Morgane !

À ma marraine, Annick, et à Basile, pour votre soutien et votre enthousiasme à toute épreuve tout au long de ces études.

À mon parrain, Olivier, et à toute ta grande famille qui me montrez que la vie en vadrouille est possible, dans des pays toujours plus exotiques.

À Zo. Ça y est ! Fini ! Ce soir on n'en parle plus et on boit un perrier à tous nos futurs projets ! Tu ne savais pas que ça durerait aussi longtemps ? Moi non plus, mais on a réussi, et je dis on parce que cette thèse n'aurait jamais été ce qu'elle est aujourd'hui sans ton aide...

Prague, Lyon, Cusco, Chambéry, Bichkek, Bruxelles, c'est toujours aussi facile et génial ! Merci d'avoir été toujours là, sans condition, des dortoirs de vetnik à aujourd'hui. J'ai tellement hâte de rencontrer la petite naine, ce petit mélange de Rémrém et toi sera forcément fofolle et forcément mignonne 😊

À Mathilde et Nat, les coupines !! Merci pour tous ces skypes tisanes, ces soirées pizzas rigolotes, ces concerts aux nuits de la roulotte même si on n'est pas toujours à l'heure (oups...). Je sais que je peux toujours trouver en vous une épaule pour pleurer, des bras pour des câlins (satané virus !) et de la bonne humeur pour des tonnes de fous rires ♥♥

Juju, spécialiste des frites à la bétonnière et notre guide suprême de la montagne, le parfait combo !

Elo, j'espère que ta vie vosgienne te plaît, quand tu veux pour un petit week-end par chez toi ou par chez nous !

À Mawine, ma future monitrice d'alpi, toujours partante pour tout, ton débordement d'énergie m'impressionne toujours, et je suis fière d'arriver à te suivre dans quelques-uns de tes multiples projets ! Vivement nos prochaines vacances ski de rando !

Simon, coloc d'enfer, si je suis arrivée là, c'est vraiment grâce à toi. À tes conseils et à ton soutien depuis le début et pendant toutes ces années passées à se faire engueuler par Fred, à chanter le syndrome de CBH ou à jouer au jeu des acides aminés, à compter les Skodas, à fuir la médecine pour aller parler allemand ou tchèque, à se battre sur la sauce de salade ou à débattre de tout de rien, et surtout d'Adèle ! Maintenant qu'on est voisins, il faut vraiment qu'on arrive à se voir un peu plus avec Marion, parce que c'est vraiment toujours un plaisir !

Pauline, je suis tellement contente de te voir heureuse avec Marc et votre petit Léandre tout mimi. On va attendre qu'il grandisse un peu pour l'emmener au Grand Couloir de couch 😊

Cloclo, parce que des bancs de la P1 à aujourd'hui ça commence à faire un bail et que c'est toujours aussi chouette ! Trop hâte d'assister à votre mariage avec Matthieu !

Didier, membre premium du gang tarot/tians qui s'est un peu agrandi depuis...

Augustin, tu as fini par l'avoir et j'ai comme l'impression que la Savoie te va bien ! Théo j'ai encore tant à apprendre de toi sur les pistes ! Hadri toujours de bonne humeur et prêt à motiver les troupes, Axelle, même si nos folles danses sur titanium remontent à quelques années maintenant... Alex, Arnaud, Nico, Rémi.

Auria : enfin quelqu'un qui comprend que l'heure d'un rendez-vous est une vague notion complètement adaptable aux nombreux aléas qui se mettent en travers de nos chemins ! Merci pour ces fous-rires, ces journées rédaction de thèse / papotage, et cette mémorable nocturne à Chamrousse à slalomer entre les dameuses ! À bientôt pour une petite virée en montagne !

Polo et KingJu, ça y est la théthé est finie ! Ces 6 mois de cohabitation ont été complètement fous ! Merci pour toutes ces soirées à rigoler, à chanter avec une petite voix cassée de mamie, à découvrir les fruits et les légumes, à faire des projets de bivouac (on y arrivera un jour !) ... Je suis trop contente de continuer à vous voir, c'est toujours aussi drôle et improbable !!

Alice, parce que commencer l'internat par un concours de chat-noir en pneumo ça crée des liens... Quel beau mariage avec ton Damien, et surtout quel beau plan de table ! 😊 Merci pour toutes ces soirées kiss cœur love, on en ressort un peu fatigué mais toujours en voyant la vie en rose avec des étoiles plein les yeux!

À tous les chambériens de cœur, même si vous êtes partis plus ou moins loin je sais que vous allez regretter et finir par revenir. Je ne vous en veux pas, on fait tous des erreurs 😊

Adèle, parce qu'on a prescrit nos premiers paracétamol ensemble et qu'on a récidivé chez les petiots, parce qu'après notre coloc j'ai pas réussi à m'éloigner de plus de 6 étages, parce que le Mont Blanc il devient tout rose et que parfois les via ferrata c'est difficile, parce que suivre le soleil dans les Pyrénées et dormir (en exclusivité !) dans votre voiture c'est trop la classe, un immense merci pour cet internat de folie !! Vivement la suite !! JB, ton idée de tricot était brillante, désolée qu'on te l'ait toutes piquée... Encore félicitations d'avoir survécu à cette colocation où l'on ne parlait que mooncup mais où le rhum arrangé était bon ! On lâche rien ! Un gros bisou à votre petit Arthur. Et promis un jour je vais arrêter d'en parler et venir le faire pour de vrai le wwoofing chez vous alors gardez moi un peu de travail !

Simon et Mathilde Gépédéfé (j'adore ce nom de famille !), ces moments passés avec vous sont toujours aussi fous et géniaux. Le refuge du Léat restera un souvenir magique, avec les apéros au paradis et une certaine semaine en Bretagne en novembre, parmi tant d'autres ! À bientôt pour une virée dans la Loire !

Clément et Hélène : Mon couple modèle, héhé, j'ai hâte de creuser notre petit terrier à côté du votre. À quand notre cabinet dans le Cantal ? Sinon hésitez pas à me dire quand vous êtes à La Plagne, j'y passe souvent au détour d'un week end...

Camille alias Foufou, dire qu'avant même de se connaître on buvait déjà des ti punch ensemble !! À bientôt pour une rando ou un week-end en refuge (on s'en reprogramme un quand tu veux, même si faire la trace à 3200 en plein caniar c'est difficile !)

Alphane, toujours impliquée dans tout plein de choses c'est stimulant et impressionnant... On ne se voit pas assez mais tu seras toujours la bienvenue à la maison (maintenant que j'en ai une !)

Lisou, ce premier soir au cardi restera dans ma mémoire, avant-première de ce bel internat ! Garde ta bougeottite aigue, elle te va bien et elle est inspirante ! Na zdravi !

Camille, parce qu'il a souvent été réconfortant de discuter de notre vision commune de la médecine.

À Laurette, c'est toujours un plaisir de te voir, quel que soit le temps qui passe. Maintenant qu'on n'a plus l'excuse ni du mémoire ni de la thèse, on essaiera de ne pas laisser passer 2 ans avant de se revoir avec Oreste et votre petit futur skieur/cycliste !

À la famille Vissoud pour votre accueil à bras grands ouverts.

À Baptiste. Merci d'avoir été là, toujours attentif et attentionné, pendant toutes ces semaines. J'ai adoré tous ces mois passés ensemble, confinés entre les murs lyonnais, sur les sentiers savoyards ou perdus dans le 7^{ème} continent. Vivement nos week-end travaux dans le fourgon, notre jardin et son potager, nos voyages à 1, 100 ou 10 000 km, ou nos prochains fous rires, parmi toutes ces innombrables choses que j'ai envie de faire avec toi ! Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

RESUMÉ.....	2
ABSTRACT.....	3
REMERCIEMENTS.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	12
RAPPEL DES TERMES UTILISÉS	13
1 INTRODUCTION	14
1.1 La santé des personnes sans domicile :.....	14
1.2 Le logement d'abord.....	17
1.3 Maison Villeneuve.....	20
1.4 Toi(t) d'Abord.....	20
1.5 Totem.....	21
1.6 Conclusion	22
2 MATERIEL ET METHODES :.....	23
2.1 Objectif de l'étude	23
2.2 Conception de l'étude	23
2.3 Population concernée	24
2.4 Critères de jugement.....	24
2.5 Recueil des données.....	25
2.6 Analyses statistiques.....	26
2.7 Considérations légales et éthiques.....	26
3 RESULTATS	28
3.1 Inclusion	28
3.2 Population	29
3.3 Résultats	30
4 DISCUSSION	34
4.1 Caractéristiques de la population.....	34
4.2 Résultats	35
4.3 Limites de l'étude.....	38
5 CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	48
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	50
ANNEXES.....	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ALD	Affection de Longue Durée
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CHAI	Centre Hospitalier Alpes Isère
CHMS	Centre Hospitalier Métropole Savoie
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EMLPP	Équipe Mobile de Liaison Psychiatrique Précarité
EPICES	Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MASP	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MRIE	Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
RSA	Revenu de Solidarité Active
SASSON	Association Savoyarde d'Accueil des Secours et d'Orientation
SDF	Sans Domicile Fixe
SS	Sécurité Sociale
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

RAPPEL DES TERMES UTILISÉS

Afin de faciliter la lecture, nous rappelons ici les différents termes utilisés dans ce document :

« **Logement d'Abord** » : Principe de prise en charge sociale qui consiste à proposer un accès rapide à un logement puis d'accompagner les personnes prises en charge pour favoriser le maintien à long terme dans ce logement.

« **Un Chez Soi d'Abord** » : Expérimentation menée en France entre 2011 et 2016 chez une population sans-domicile atteinte de schizophrénie ou de bipolarité, afin de comparer le « Logement d'Abord » à la prise en charge habituelle des personnes en situation de rue.

Par la suite, ce concept a été étendu à toute structure respectant le cahier des charges issu de cette expérimentation.

SASSON : Association savoyarde ayant pour objectif « la suppression de toutes formes d'exclusion sociale ». *Toi(t) d'Abord* et la *maison Villeneuve* sont deux structures faisant partie de son action sur la partie hébergement.

Maison Villeneuve : Association chambérienne fonctionnant sur le principe du « Logement d'Abord » en hébergement collectif, sans condition médicale à l'entrée.

Toi(t) d'Abord : Association chambérienne fonctionnant sur le principe du « Logement d'Abord » en hébergement individuel, sans condition médicale à l'entrée.

Totem : Association grenobloise fonctionnant sur le principe du « Logement d'Abord » en hébergement individuel, sans condition médicale à l'entrée.

1 INTRODUCTION

1.1 La santé des personnes sans domicile :

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), « une personne est dite « sans domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, hébergement collectif, centre d'hébergement d'urgence) ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abris de fortune, haltes de nuit) ». On parle dans ce dernier cas de « sans-abri » (1).

Selon le rapport sur le mal logement de la Fondation Abbé Pierre de 2020, on estime en France à 4 millions le nombre de personnes mal logées dont 143 000 personnes Sans Domicile Fixe (SDF). Le nombre de ces derniers aurait augmenté de 50% entre 2001 et 2012 (2).

	MÉNAGES	PERSONNES
4 millions de personnes mal logées		
Personnes privées de logement personnel		
dont personnes sans domicile ⁽¹⁾		143 000
dont résidences principales en chambres d'hôtel ⁽²⁾	21 000	25 000
dont habitations de fortune ⁽³⁾		91 000
dont personnes en hébergement « contraint » chez des tiers ⁽⁴⁾		643 000
TOTAL		902 000
Personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles		
dont privation de confort ⁽⁵⁾	939 000	2 090 000
dont surpeuplement « accentué » ⁽⁶⁾	218 000	934 000
TOTAL (sans double compte)	1 123 000	2 819 000
« Gens du voyage » subissant de mauvaises conditions d'habitat ⁽⁷⁾		208 000
Résidents de foyers de travailleurs migrants non traités ⁽⁸⁾		24 000
TOTAL des personnes mal logées (a)(sans double-compte)		3 953 000
	MÉNAGES	PERSONNES
12,1 millions de personnes fragilisées par rapport au logement		
Propriétaires occupant un logement dans une copropriété en difficulté ⁽⁹⁾	518 000	1 123 000
Locataires en impayés de loyers ou de charges ⁽¹⁰⁾	493 000	1 210 000
Personnes modestes en situation de surpeuplement modéré ⁽¹¹⁾	1 055 000	4 299 000
Personnes modestes ayant eu froid pour des raisons liées à la précarité énergétique ⁽¹²⁾	1 443 000	3 558 000
Personnes en situation d'effort financier excessif ⁽¹³⁾	2 713 000	5 732 000
TOTAL des personnes en situation de fragilité (b)(sans double-compte)	4 952 000	12 138 000
TOTAL GÉNÉRAL (a+b)(sans double-compte)		14 620 000

Tableau 1 : Les chiffres du mal logement. Source : L'état du mal logement en France 2020, fondation Abbé Pierre.

Du fait de leurs conditions de vie précaires, les personnes sans-domicile ont un rapport à la maladie et des facteurs déterminant de leur santé différents du reste de la population. En effet, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé rédigée en 1986, liste un certain nombre de facteurs qu'elle pose comme conditions préalables à la qualité de la santé.

- « Se loger
- Accéder à l'éducation
- Se nourrir convenablement
- Disposer d'un certain revenu
- Bénéficier d'un écosystème stable
- Compter sur un apport durable de ressources
- Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. » (3)

Autant de conditions qui sont absentes dans la population SDF, ce qui explique que 16% d'entre eux s'estiment en mauvaise santé, contre seulement 3% de la population ayant un logement personnel (4).

L'espérance de vie de la population SDF n'est que de 47 ans, contre 79 pour les hommes et 85 ans pour les femmes en France (5,6). Soit 35 ans de moins que la moyenne française. Les personnes SDF qui présentent des problèmes de santé mentale ou des addictions ont une espérance de vie encore plus basse, de 37 ans, et ils sont nombreux (5). En effet, selon l'étude Samenta réalisée auprès de la population SDF en Ile de France, la prévalence estimée des troubles psychotiques serait 8 à 10 fois supérieure à celle de la population générale, et un risque suicidaire serait évalué comme moyen ou élevé chez 12.9 % de la population SDF contre 4% dans la population générale. Par ailleurs, la consommation de produits psycho-actifs est cinq fois supérieure à celle de la population générale (7).

Il n'y a pas de maladie spécifique à cette population, mais la prévalence de certaines pathologies n'est pas la même. Par exemple, le taux de déclaration de la tuberculose est 20 fois plus élevé chez les personnes SDF que dans la population française générale, et on compte 6.1% de diabétiques contre 4.9% dans la population générale de plus de 20 ans (8).

Par ailleurs, malgré une prévalence de 45% de maladies chroniques dans la population SDF, leur prise en charge médicale est souvent retardée, entraînant des complications : un quart des personnes diabétiques ont au moins une complication macro vasculaire et 17% ont subi une amputation (5,8).

Le taux d'hospitalisation et surtout le ratio hospitalisation / consultations externes est bien plus élevé que dans la population générale, ce qui montre que cette population, bien que plus malade, a recours aux services médicaux par l'urgence, sans coordination des soins ou de

suivi médical à la sortie (8). En effet, toujours selon l'étude Samenta, une personne sur cinq n'aurait pas consulté un médecin depuis plus d'un an et ce non recours daterait d'au moins deux ans pour plus de la moitié d'entre elles. Cet accès aux soins par l'urgence permet de traiter l'épisode aigu mais pas ses causes, ce qui l'amène à se reproduire et à créer un sentiment d'échec à la fois chez le patient et chez le personnel soignant.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce retard de prise en charge. L'absence de protection sociale, par exemple, empêche la réalisation d'examen complémentaires non effectués aux urgences ou une prise en charge médicale correcte avec un suivi médical et une coordination des soins. Dans une étude réalisée à Perpignan, 45% de la population SDF interrogée n'avait pas de couverture maladie (9) .

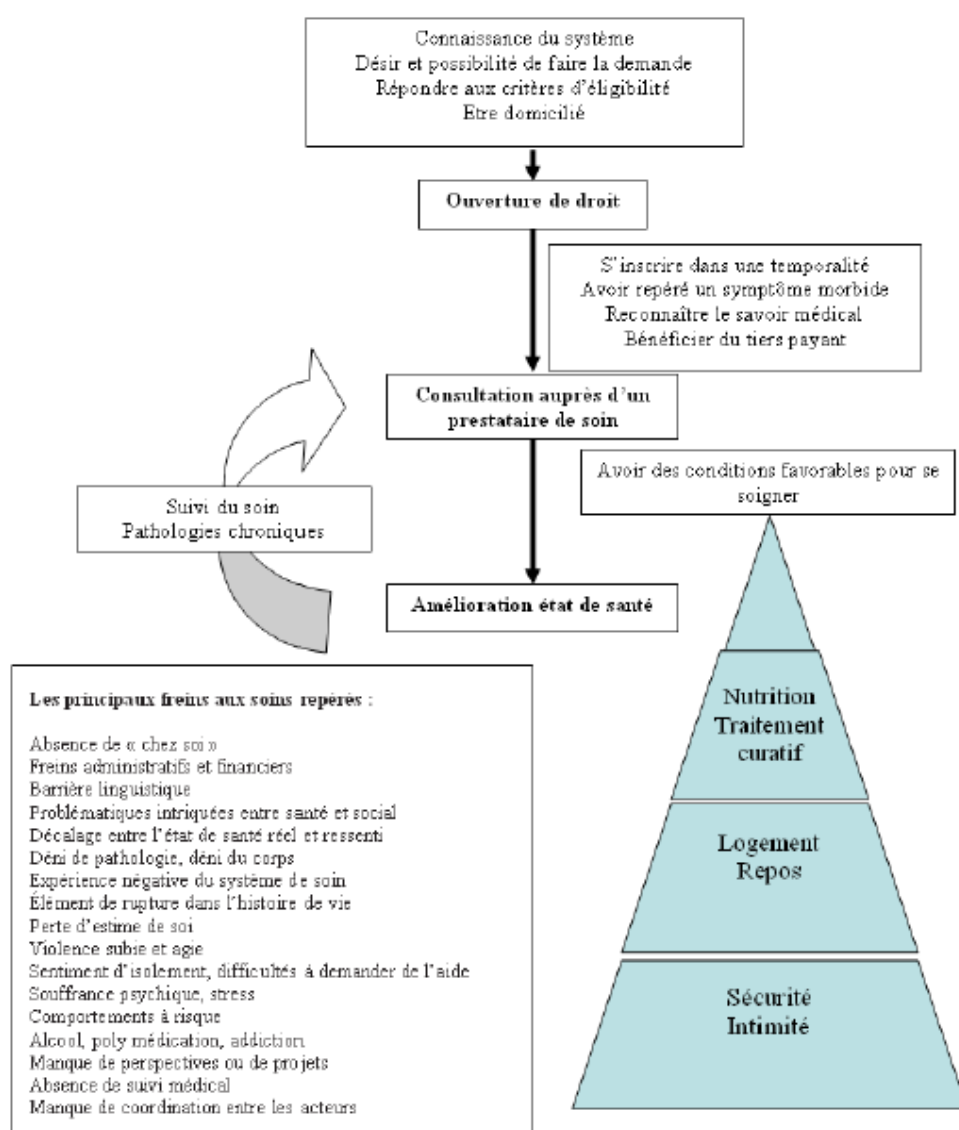


Figure 1 : Les conditions nécessaires aux soins. Source : Projet d'accès à la santé dans 8 CHRS toulousains

D'autre part, l'accès aux soins est compliqué par les délais de rendez-vous qui nécessitent une organisation difficile à tenir pour une personne sans domicile, leur rapport au temps étant différent. Il existe également parfois un sentiment de honte ou une absence de confiance dans le personnel soignant. En effet, l'attitude de ces derniers a été régulièrement citée comme une cause de non recours (8). Selon l'étude Samenta, l'impuissance des soignants face à leurs problèmes, les raisons financières et l'absence de couverture maladie sont les trois principales raisons évoquées par les personnes SDF pour expliquer l'absence de consultation auprès d'un médecin.

Une autre explication pourrait être ce que le Dr Jean Furtos a décrit comme le « syndrome d'auto-exclusion ». Ce syndrome représente l'ultime mécanisme de défense devant un niveau de souffrance tellement intolérable que la seule solution possible est la désobjectivation, c'est-à-dire l'exclusion de soi-même, de son corps et de sa conscience afin de ne plus souffrir. Plusieurs signes en sont évocateurs, tels l'hypoesthésie du corps ou de la conscience, l'incurie ou le refus d'aide. Retrouvé chez de nombreuses personnes SDF, ce syndrome permettrait de continuer à vivre dans des situations d'exclusion extrême où l'être humain ne semble plus reconnu comme digne d'exister (10). À ce stade, la prise en charge des problèmes de santé n'est donc plus une priorité, et même très souvent refusée par les personnes sans-domicile, puisqu'elle impliquerait la reprise de conscience et donc le retour de la souffrance.

On comprend mieux à présent que les problèmes de santé évoqués plus haut dans la population SDF sont directement liés à leurs conditions de vie. Il ne semble donc pas possible de les prendre en charge correctement sur le plan médical sans évoquer également la prise en charge du logement et du cadre de vie.

1.2 Le logement d'abord

Le logement d'abord a été initié par des professionnels de la santé mentale aux Etats-Unis puis au Canada dans les années 1980. Ils partaient de la constatation que le système d'accueil des personnes sans domicile n'était pas adapté pour certains, les « grands exclus » qui se chronicisaient dans un système d'échecs à répétition. Ce système mettait particulièrement en difficulté des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui effectuaient des aller-retours incessants entre la rue et l'hôpital (11).

En effet, la démarche classique, dite « en escaliers », consiste à passer par différents niveaux de modes d'accueil : hébergement d'urgence, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), logement accompagné puis éventuellement logement propre.

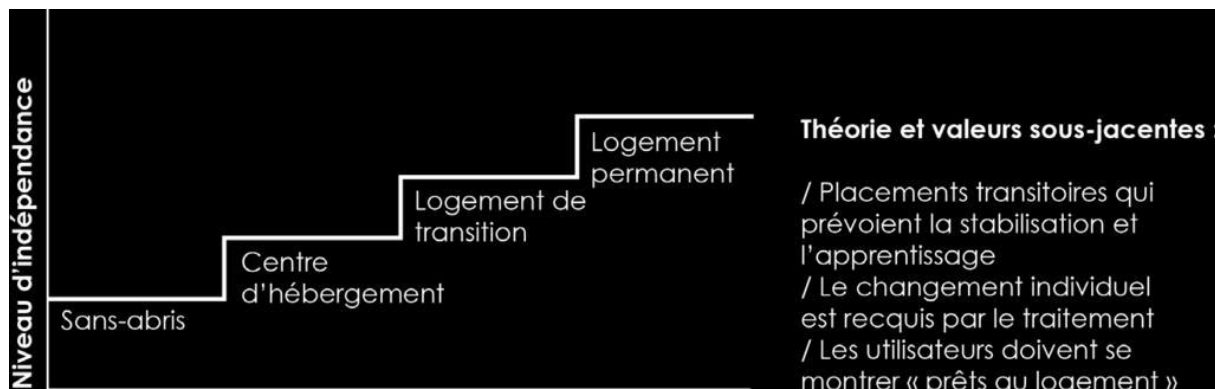


Figure 2 : Le parcours dit « en escalier » Source : FEANTSA-Assises interrégionales du logement d'abord-automne 2011

Le passage aux étapes supérieures implique une adhérence au système, à la vie en collectivité et à certaines conditions telles le sevrage d'éventuelles addictions, l'absence d'animal de compagnie, la recherche d'emploi, etc. ...

Les personnes réussissant à accéder à un logement pérenne y parviennent suite à un parcours comprenant de nombreux allers-retours entre rue et hébergement d'urgence et un scénario médian de :

- 7 mois à la rue,
- 6 mois en hébergement d'urgence,
- 11 mois en CHRS,
- 1 mois en logement accompagné

Ce scénario est encore plus compliqué pour les personnes ayant passé plus d'un an à la rue, les durées moyennes de chaque étape étant alors sensiblement augmentées (12).

C'est donc un système lié au mérite au cours duquel certains peuvent finalement accéder à un logement alors que d'autres, souvent les personnes les plus marginalisées et les plus fragiles, stagnent au pied de cet escalier, créant de l'exclusion parmi les exclus (13).

Étant inadapté pour certaines personnes, il semblerait que ce parcours en escalier génère un phénomène de non-recours. C'est-à-dire qu'après plusieurs refus de prise en charge certaines personnes finissent par ne plus demander d'aide à l'hébergement de peur de se retrouver devant un nouveau refus ou par perte de confiance dans le système. Ce phénomène a tendance à s'accroître avec le temps (14). Ainsi, lors d'une enquête réalisée à Lyon en 2019 auprès des personnes en situations de rue, 20% d'entre eux déclarent avoir arrêté de recourir au 115 (15).

Dans ce contexte a été testé puis développé initialement en Amérique du Nord puis en Europe le « Logement d'Abord », ou « Housing First », qui consiste à aider les personnes à

entrer dans un logement personnel et stable, puis à les accompagner sur le plan médical et social sans obligation préalable de démarche ou de soins.

L'accompagnement se fait à la demande et avec les personnes prises en charge. Il est réalisé par une équipe pluridisciplinaire comprenant généralement des travailleurs sociaux, des travailleurs pairs, des infirmiers et des médecins. Cette équipe travaille en multiréférence, en se basant sur les compétences de la personne et sur sa participation (16).

La plupart des études évaluant cette prise en charge ont été réalisées chez des personnes SDF présentant des troubles psychiatriques sévères de type schizophrénie ou bipolarité.

Une expérimentation nommée « Un Chez Soi d'Abord » a été lancée en France sur ce modèle. Elle a été menée entre 2011 et 2016 dans 4 grandes villes françaises : Marseille, Toulouse, la métropole Lilloise et Paris. Ses résultats corroboraient ceux des études américaines en montrant une amélioration du parcours de soins des personnes suivies, en particulier une diminution du recours hospitalier au profit de la médecine de ville. Ils mettaient également en avant une forme de « rétablissement », notamment chez les personnes atteintes de schizophrénie, c'est-à-dire une amélioration de la santé mentale et physique, mais également un bien-être plus général, notamment sur le plan social et sur la capacité à se gérer soi-même et « reconstruire un sens du soi » (17). En parallèle il était noté une diminution du cout total de prise en charge (18).

Suite à ces résultats a été mis en place par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) un plan quinquennal pour le « Logement d'Abord » en France entre 2018 et 2023.

Le modèle du « Un chez Soi d'Abord » a donc commencé à être instauré dans plusieurs autres grandes villes de métropole avec notamment pour objectif de changer l'approche des professionnels du secteur social. Cela permettrait d'étendre le principe du « Logement d'Abord » et ainsi de favoriser l'accès au logement des personnes les plus en difficultés (19).

L'expansion de ce dispositif vise donc à faire du « Logement d'Abord » une politique plus large dans le domaine de la prise en charge des grands exclus.

Cependant, les preuves de son efficacité ont été très majoritairement étudiées chez une population présentant des problèmes psychiatriques avérés. Il est donc intéressant de se poser la question de l'impact de ce système dans une population plus large.

1.3 Maison Villeneuve

La *Maison Villeneuve* est un CHRS à bas seuil d'exigence, créé en 2012 à Chambéry par l'Association Savoyarde d'Accueil des Secours et d'Orientation (SASSON). Elle partait du constat que les structures médicales et sociales d'urgence étaient fortement sollicitées par un petit nombre de personnes SDF.

Cette structure a permis d'accueillir au sein d'une maison cette population en grande précarité et ayant un long parcours d'errance, en se basant sur le mode de pensée du « Logement d'Abord ». En effet, le principe était de fournir un « chez soi » à ces personnes, sous forme d'hébergement collectif sans les contraintes citées plus haut.

Une étude réalisée au sein de cette structure par une interne de médecine travaillant à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Chambéry, a montré que suite à l'intégration de cette maison, le nombre de consultations aux urgences avait diminué de manière significative. Cela avait par ailleurs entraîné une augmentation du taux d'hospitalisation suivant un passage aux urgences, mettant en valeur que les recours aux urgences étaient plus souvent justifiés (20).

Cette étude permettait donc d'avoir un retour bénéfique du « Logement d'Abord » à type d'hébergement collectif, chez une population d'une extrême précarité ne comprenant pas seulement des personnes atteintes de pathologies psychiatriques.

Nous nous sommes alors intéressés ici à la prise en charge par des logements individuels de personnes n'ayant pas bien supporté la vie en collectivité.

1.4 Toi(t) d'Abord

Toi(t) d'abord a été également développé à Chambéry par la SASSON, au cours de l'année 2016. Les difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'une personne sans-domicile, et ne pouvant être résolues par les structures préexistantes, ont été à l'origine de sa création.

En effet, exclue des collectivités pour comportement violent, l'état de santé de cette personne ne permettait pas de la laisser retourner à la rue sans risquer d'y perdre la vie. En discutant avec elle et les différents acteurs intervenant dans sa prise en charge, un essai de mise en place de logement avec suivi rapproché a été débuté, en se basant sur le principe du « Logement d'Abord ». Suite au succès de cette solution, celle-ci a été élargie à plusieurs autres locataires qui ne trouvaient pas leur place ailleurs.

Le fonctionnement s'est donc construit sur une situation réelle. L'ajustement des pratiques est en perpétuelle réflexion pour améliorer cette prise en charge, d'autant plus qu'un nombre croissant de personnes est accueilli et que le « Logement d'Abord » s'étend sur le plan national.

C'est dans cet objectif qu'a été développée cette étude.

En janvier 2019, *Toi(t) d'abord* a pris en charge 18 personnes avec une équipe composée de 2 équivalents temps - plein comportant un travailleur social, une éducatrice spécialisée et une infirmière. Un médecin généraliste intervient à leur demande.

1.5 Totem

Créé en 2012 à Grenoble, *Totem* est une association qui a pour objectif d'accompagner les personnes ayant eu un long parcours d'errance vers puis dans un logement. L'idée est de faire de ce nouvel environnement un tremplin vers l'insertion, d'aider au maintien dans ce logement et de faciliter l'accès aux soins, notamment via le lien avec les partenaires locaux et la médiation auprès des professionnels de santé.

Sa mise en place a été co-portée par plusieurs associations :

- Le Relais Ozanam, chargé de l'accompagnement social global
- L'Oiseau Bleu, pour l'accès aux soins et aux droits liés à la santé
- Le Centre de soins infirmiers Abbé Grégoire qui s'occupe surtout de la réduction des risques addictifs
- Un Toit Pour Tous chargé de la captation de logements.

Un lien important est également en place avec l'Équipe Mobile de Liaison Psychiatrique Précarité (EMLPP).

Depuis sa création, *Totem* prend en charge 25 personnes, « grands exclus », ne trouvant pas leur place dans le système d'hébergement traditionnel. Elle leur propose un accompagnement global visant l'appropriation du domicile et son maintien à long terme. L'équipe, composée de 2 éducateurs spécialisés, 1 infirmière, 2 travailleurs pairs et une chef de service, travaille en multi référence. À chaque étape de la prise en charge, l'accompagnement est proposé sans être intrusif, chaque personne suivie restant ainsi maître de ses décisions.

Il existe également un service de suite permettant de garder un contact avec les personnes pérennisées dans leur logement.

1.6 Conclusion

Les personnes SDF ont une espérance de vie très faible et un parcours de soins anarchique via un fort recours aux services d'urgence. Il existe une grande disparité au sein de cette population tant en termes de prévalence de maladies qu'en termes d'acceptation et d'accessibilité au système de logement « classique ».

Suite à des observations Nord-Américaines, plusieurs études ont été menées en France sur les possibilités d'amélioration de l'accès au logement via le « Logement d'Abord ». Elles sont en faveur, entre autres, d'une amélioration du parcours de soins des personnes SDF atteintes de pathologies psychiatriques. Une politique d'extension de ce dispositif a donc été lancée au niveau national en 2018.

Dans ce contexte d'essaimage du « Logement d'Abord » sur le territoire, il semblait donc important d'évaluer l'impact de cette prise en charge sur un public plus large. Le travail a été réalisé avec les associations *Toi(t) d'abord* et *Totem* qui prennent en charge des personnes en situation de grande exclusion, avec ou sans problème psychiatrique, afin d'évaluer l'impact de ces structures sur le parcours de soins.

2 MATERIEL ET METHODES :

2.1 Objectif de l'étude

2.1.1 Objectif principal

L'objectif principal était de déterminer l'évolution du recours aux soins de santé des personnes sans domicile fixe, à partir de l'accès à un logement stable sans condition préalable, dans le cadre d'un dispositif de type « Logement d'Abord ».

2.1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence un éventuel changement de la condition sociale, portant à la fois sur la relation aux autres et les loisirs, témoins d'une amélioration du bien-être mental, ainsi que sur un aspect plus économique en termes de couverture et d'assurance maladie.

2.1.3 Hypothèse de recherche

L'hypothèse de recherche était la suivante : l'intégration dans une structure d'hébergement individuelle de type « Logement d'Abord » permet l'amélioration du parcours de soins des personnes sans-domicile quel que soit leur état de santé, comme cela a déjà été démontré lorsqu'il y a une condition psychiatrique à l'entrée dans le cadre des dispositifs « Un Chez Soi d'Abord ».

2.2 Conception de l'étude

Une étude de cohorte rétrospective de type avant-après a été menée. Le parcours de soins des patients initialement SDF a été comparée sur les 12 mois précédant et les 24 mois suivant l'intégration d'un logement personnel associé à un accompagnement dans le cadre du dispositif « Logement d'Abord ».

2.3 Population concernée

La population était issue des associations *Toi(t) d'abord* à Chambéry et *Totem* à Grenoble.

Les critères d'inclusion parmi cette population étaient :

- Temps de vie dans le logement de 24 mois minimum consécutifs
- Age supérieur à 18 ans
- Stabilité géographique sur les 12 mois précédant l'entrée dans le logement

2.4 Critères de jugement

2.4.1 Critères de jugement principaux

Les parcours de soins ont été objectivés par le biais du recours au système de soin hospitalier en analysant :

- Le nombre total de passages à l'hôpital
- Le nombre de passages aux urgences
- Le nombre total de jours en hospitalisation, ou Durée Moyenne de Séjour (DMS)

2.4.2 Critères de jugement secondaires

Les critères secondaires visaient à observer une éventuelle transformation des soins vers une prise en charge programmée plutôt qu'en urgence et vers la médecine de ville plutôt qu'à l'hôpital. Pour cela l'évolution des parcours au cours des mois qui suivent l'intégration du logement a été étudiée par :

- Le nombre de déclarations de médecin traitant
- Le nombre de passages à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
- Le nombre de consultations auprès de médecins non généralistes en ambulatoire
- Le pourcentage d'hospitalisations programmées versus en urgence
- Les durées moyennes de séjour
- Le nombre d'hospitalisations post-urgence

Une deuxième facette permettait d'observer l'apport socio-économique du logement via :

- L'éventuel sevrage de certaines addictions, de manière déclarative lors des entretiens

- L'évolution de la vie sociale
- La mise en place ou l'amélioration d'une assurance maladie
- La mise en place d'une Affection de Longue Durée (ALD) ou la déclaration d'une invalidité
- Les ressources financières
- La mise en place d'une éventuelle mesure de protection juridique

2.5 Recueil des données

2.5.1 Temporalité du recueil

Les données ont été recueillies, par tranche de 6 mois, sur une période de 3 ans : durant les douze mois ayant précédé l'entrée dans le logement puis pendant les vingt-quatre mois suivants. Chacun ayant intégré son logement à une date différente, la période de recueil était différente pour chaque patient inclus.

La date charnière était l'entrée effective dans le logement, qui parfois pouvait varier de plusieurs semaines avec la date de début de prise en charge par l'association. Il a été décidé de prendre en compte l'entrée effective dans le logement puisque c'est l'impact du logement personnel, plus que de l'accompagnement, que l'on cherchait à mesurer.

Cependant, deux personnes venaient de CHRS diffus, et étaient donc déjà présentes dans le logement depuis plusieurs mois avec un accompagnement minime. Pour ces deux personnes, la date butoir prise en compte a été celle de la signature de l'Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL) par l'association.

Le recueil a été réalisé par une seule personne, interne en médecine générale, au cours de l'automne et hiver 2019-2020.

2.5.2 Origine des données

La première partie du recueil de données s'est faite directement avec les personnes incluses par le biais d'un entretien individuel. Ceux-ci se déroulaient au local des associations, dans des lieux publics de type café ou directement au domicile du patient, parfois en présence du personnel associatif.

Ces entretiens se déroulaient sous forme de questions-réponses en suivant le questionnaire d'entretien (Annexe 1). Cela permettait le recueil des informations médico-socio-économiques du patient.

À l'issue de l'entretien, lorsque des informations étaient manquantes ou lorsqu'il existait une incertitude sur les dates, les informations étaient complétées via l'aide du personnel associatif et des dossiers personnels des patients au local de l'association.

La seconde partie du recueil de donnée s'est faite via les données hospitalières des différents hôpitaux des villes de Grenoble et Chambéry :

- Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS),
- Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie (CHS),
- Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble,
- Centre Hospitalier Alpes Isère,
- Clinique Mutualiste de Grenoble

Elle a été réalisée en accord et avec l'aide du Département de l'Information Médicale (DIM) de chaque établissement, le plus souvent par l'interrogation de la base de données informatiques sur le nombre de venues.

Cela a permis de recueillir, pour chaque période de 6 mois :

- Le nombre total d'hospitalisations avec pour chaque hospitalisation le mode d'entrée (programmée ou via les urgences), le service, la durée de séjour.
- Le nombre total de consultations hospitalières avec pour chaque consultation : le service et la notion d'une éventuelle sortie sans soins (si consultation aux urgences) ou d'un refus d'hospitalisation.

2.6 Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été effectuées avec des résultats présentés sous forme de pourcentage, de moyennes +/- écart type ou de médiane +/- écart interquartile.

2.7 Considérations légales et éthiques

Cette étude recueillant des données auprès d'un public sensible, une demande a été faite auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) Ouest III qui s'est déclaré incompétent dans son avis du 28 août 2019, la recherche n'impliquant pas la personne humaine (Annexe 2).

Du fait de l'agrégation de données issues de différentes sources, le protocole n'était pas conforme à la méthode de référence MR-004. Une demande d'autorisation a donc été déposée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) qui a donné son accord sous la référence 920040 (Annexe 3).

Une information orale et écrite a été fournie à chaque participant, préalablement aux entretiens. Les patients étaient inclus après obtention d'un accord oral. Les curateurs des personnes concernées ont été informés par écrit.

3 RESULTATS

3.1 Inclusion

Au moment de l'inclusion, un logement avait été attribué à 19 personnes depuis la création de *Toi(t) d'abord*, et parmi eux 12 y demeuraient encore.

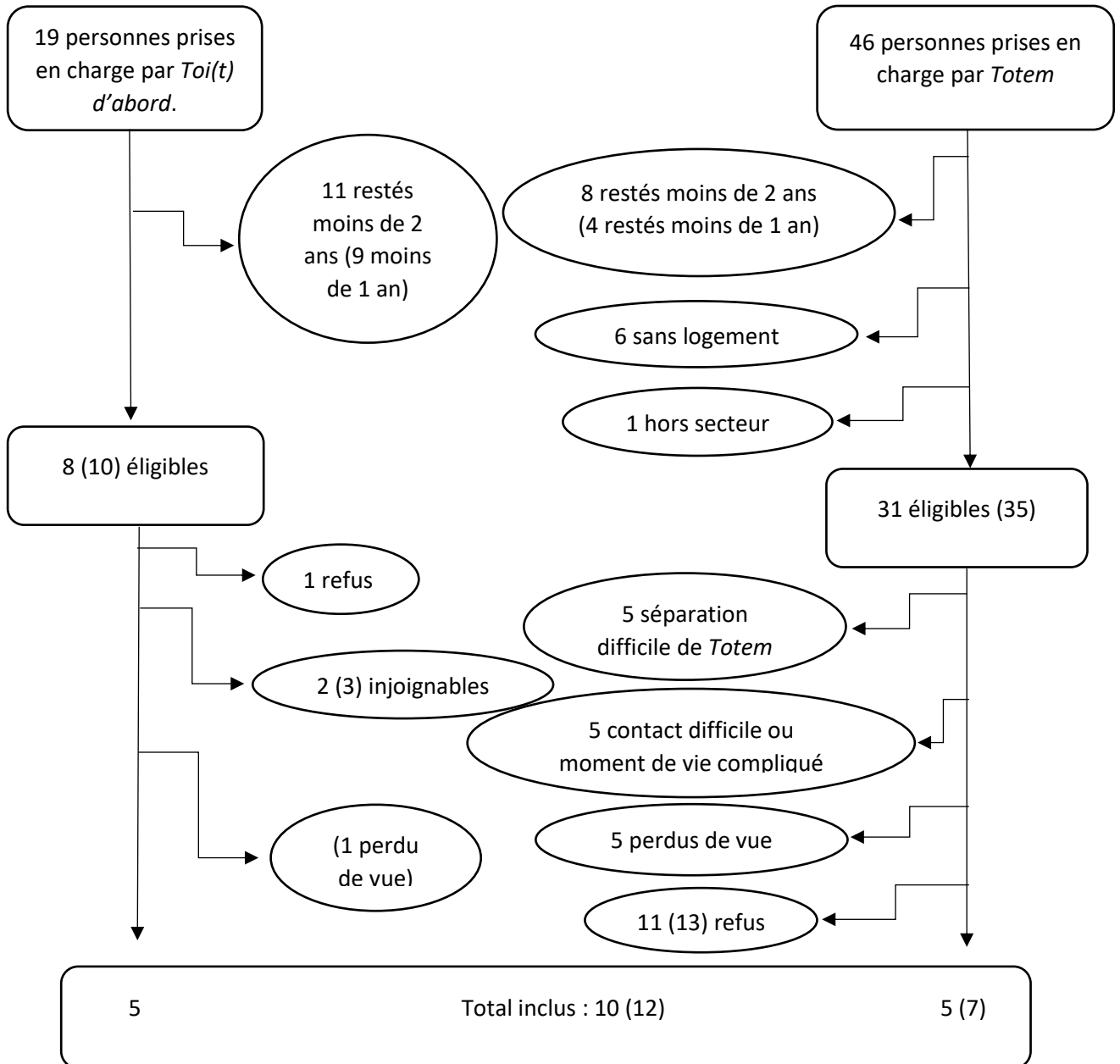


Figure 3 : Diagramme de flux.
Sont notés entre parenthèses les effectifs après modification des critères d'inclusion.

Le service *Totem* accompagnait au total 46 personnes au moment du recrutement sous deux types de services : la file active qui comprenait 24 personnes, et le service d'accompagnement de suite qui inclus 22 personnes. Parmi les personnes éligibles, il nous a

été recommandé de ne pas prendre contact avec 10 d'entre elles, soit parce que le passage en logement autonome sans accompagnement par *Totem* avait été compliqué et le fait de reprendre contact risquait de briser le fragile équilibre installé, soit parce que les personnes concernées traversaient un moment de vie difficile et que le lien avec l'équipe accompagnante seule semblait déjà précaire.

Au vu des difficultés de recrutement, il a été décidé en cours d'étude de modifier les critères d'inclusion afin d'intégrer les personnes ayant passé seulement 12 mois dans le logement. Cela permettait d'interroger 6 personnes supplémentaires. Parmi elles, 2 ont refusées, 1 était injoignable et 1 était perdu de vue.

Au total, 5 personnes ont été incluses dans l'association de *Toi(t) d'abord* et 7 pour *Totem*, soit un taux d'inclusion de 18%, ou de 27% parmi les personnes éligibles.

3.2 Population

L'analyse descriptive de la population étudiée est décrite dans le tableau ci-dessous.

Age	Âges extrêmes	26-64 ans
	Moyenne	42,5 ans (ET 13,2)
Sexe	M	11
	F	1
État civil	Célibataire	9
	Marié	2
	Séparé	1
Enfants	Pas d'enfant	5
	1 enfant	4
	2 enfants ou plus	3
Provenance	Rue, squat, CHU	8
	CHRS	4
Temps d'errance	0-4 ans	2
	5-9 ans	4
	10-19 ans	4
	> = 20 ans	2
	Moyenne	10,9 ans (ET 6,9)
Scolarité	Aucun	2
	Brevet des collèges	1
	BEP/CAP	6
	BAC ou plus	1
	Inconnu	2
Antécédent de consultation en psychiatrie	Oui	7
	Non	4
	Inconnu	1

Tableau 2 : Caractéristiques socio démographiques de la population étudiée

Les différentes périodes étudiées se sont étalées entre juillet 2012 et janvier 2020.

Le suivi pour chacun s'est fait sur 12 mois avant l'entrée dans le logement et 24 mois après. Sauf pour les deux personnes incluses suite à la modification des critères d'inclusion, chez qui le suivi n'a pu se faire que sur 18 mois.

Les résultats présentés ci-dessous portent donc seulement sur les 18 mois suivant l'intégration du logement.

3.3 Résultats

3.3.1 Critères de jugement principaux

	Nombre de passages total à l'hôpital			Nombre de passages aux urgences			Nombre total de jours hospitalisé		
	Somme totale	Moyenne (Écart type)	Médiane (Écart interquartile)	Somme totale	Moyenne (Écart type)	Médiane (Écart interquartile)	Somme totale	Moyenne (Écart type)	Médiane (Écart interquartile)
M-12 à M-6	209	17 (48)	2 (4)	16	1 (3)	0 (1)	9	1 (3)	0 (0)
M-6 à M0	184	15 (33)	2 (9)	23	3 (5)	1 (3)	58	10 (13)	4 (14)
M0 à M6	37	3 (5)	1 (2)	7	1 (1)	1 (2)	13	2 (3)	0 (2)
M6 à M12	40	3 (4)	3 (2)	8	1 (1)	1 (2)	51	7 (10)	4 (9)
M12 à M18	39	3 (6)	1 (1)	4	1 (1)	1 (1)	111	16 (37)	2 (5)

Tableau 3 : Critères de jugement principaux

3.3.2 Critères de jugement secondaires

3.3.2.1 Intégration d'une vision programmée du soin

La prise en charge des soins programmée plutôt que par l'urgence a été évaluée par différents critères :

- Nombre de déclarations de médecin traitant

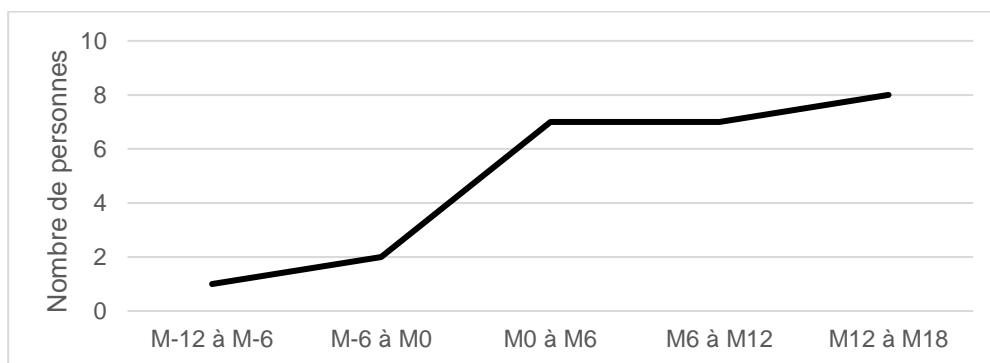


Figure 4 : Nombre de personnes déclarant avoir pris un médecin traitant

- Nombre de passages à la PASS

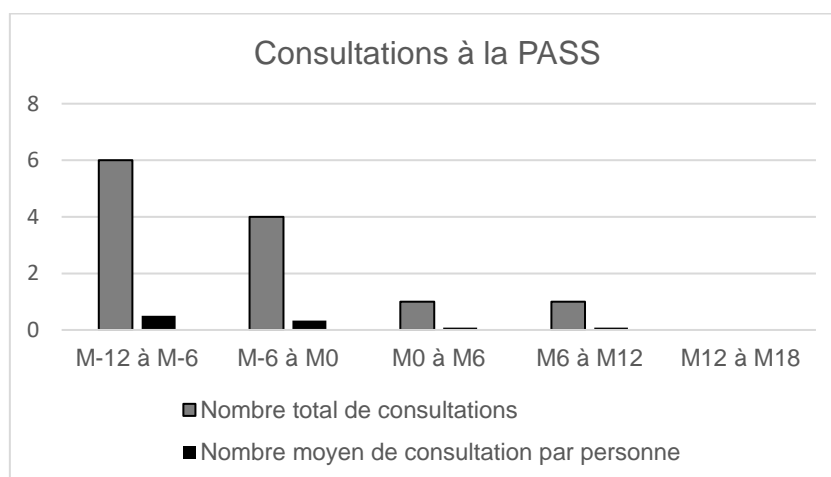


Figure 5 : Nombre total de consultations à la PASS par période de 6 mois

- Nombre de consultations auprès de médecins non généralistes en ambulatoire

Les consultations auprès de spécialistes en ambulatoire concernaient les déclarations par les personnes interrogées de consultation en ville ainsi que la notification dans les dossiers associatifs ou hospitaliers de consultation.

	"Avant"	"Logement d'Abord"
Déclaration de médecin traitant	2	8
Consultation non MG en ambulatoire		
Ville	2	11
Psychiatrie	2	6
Addictologie	0	6
Dentiste	0	8
Cardiologue	0	1
Ophtalmologue	0	2
Hospitalier	7	9
Addictologue	1	2
Anesthésiste	3	4
Angiologue	1	2
Chirurgien maxillo-facial	1	0
Chirurgien orthopédiste	1	3
Chirurgien vasculaire	1	1
Dentiste	1	3
Gastro-entérologue	0	2
Hématologue	0	1
Infectiologue	1	2
Médecin légiste	0	1
Odontologue	0	1
Ophtalmologue	1	1
Point Santé	1	0
Psychiatre / CMP	3	3
Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)	1	0

Tableau 4 : Nombre de personnes déclarant avoir eu recours à un médecin et déclaration de médecins traitants, avant puis après l'intégration du logement

- Pourcentage d'hospitalisation programmée

En moyenne par 6 mois, sur la période « avant », 7% des hospitalisations étaient programmées. C'est le cas pour 19% d'entre elles sur la période « logement ».

- Durées moyennes de séjour (DMS)

Les DMS étaient de 4.7 jours en moyenne sur 6 mois pendant la période précédant l'intégration du logement, et de 7.5 jours dans la période après.

- Nombre d'hospitalisation post-urgence

Le pourcentage de passages aux urgences débouchant sur une hospitalisation était en moyenne par 6 mois de 29% avant le « Logement d'Abord » et de 35% après.

3.3.2.2 Apport socio-économique

Une deuxième facette permettait d'observer l'apport socio-économique du logement.

	Avant Effectif (12)	Après 18 mois Effectif (12)
Déclaration ALD	4	6
Déclaration invalidité	2	5
Assurance maladie		
Aucune	2	0
CMU seule	1	0
CMU + CMUc	7	8
CMU + mutuelle	1	3
SS + mutuelle	1	1
Addiction		
Alcool	9	5
Cannabis	8	6
Héroïne ou cocaïne	5	0
Médicaments	3	1
Addictions couplées	9	3
Vie sociale		
Lien avec la famille	2	3
Lien avec les amis	2	3
Sport	0	3
Spectacle	1	4
Personnes combinant plusieurs activités	1	5
Ressources financières		
RSA	3	5
AAH	2	4
CDD	0	1
Chômage	1	0
Retraite	0	1
Autre (manche, black)	6	1
Protection juridique		
Curatelle	0	2
MASP	0	1

Tableau 5 : Tableau comparatif des données médico-sociales avant puis 18 mois après l'intégration du dispositif de « Logement d'Abord »

4 DISCUSSION

Il est souvent évoqué la comparaison avant/après l'entrée dans un logement. Cela est noté ainsi pour une plus grande facilité de lecture. Cependant, il est important de noter que l'intégration du logement se fait via une structure de « Logement d'Abord ». Ceci implique que cette date charnière définit à la fois l'intégration d'un logement mais également le début d'un accompagnement rapproché par une équipe pluridisciplinaire.

4.1 Caractéristiques de la population

Le niveau d'étude de notre population est similaire à celui retrouvé dans les différentes enquêtes réalisées sur les personnes sans-domicile. Effectivement, une grande majorité de la population n'atteint pas le bac : 73% dans le « Un Chez Soi d'Abord », 91 % dans la *maison Villeneuve*, 77% dans la population SDF française, et 75% ici. Alors que c'est le cas pour seulement 48% de la population française générale (18,20,21).

Cependant, il existe des différences, portant notamment sur le parcours de vie. En effet, selon l'INSEE, 60% de la population SDF a moins de 40 ans (8). Notre population était donc plutôt âgée puisque la moyenne d'âge est de 42,5 ans, ce qui est également le cas dans les différents dispositifs de « Logement d'Abord » : 39 ans dans le dispositif « Un Chez Soi d'Abord » et 51 ans dans la *maison Villeneuve* en moyenne.

Ceci est en partie expliqué par un parcours d'errance plus long, de 10.9 ans en moyenne. Ce qui se retrouve dans la population de la *maison Villeneuve* : 68% ont passé plus de 10 ans à la rue, mais pas dans « Un Chez Soi d'Abord » puisque la période moyenne de vie à la rue y était de 4,5 années. Dans l'étude Samenta qui étudiait l'ensemble de la population SDF en Ile de France, cette période était de 7 ans (7,18,20).

Il semble donc que ceux qui finissent par accéder à ces associations appartiennent à une population marginalisée, avec un long parcours d'errance et un âge plus avancé.

Ceci est important à noter puisqu'il a été décrit qu'autour de 50ans, l'âge physiologique chez ce public approcherait plutôt des 70 ans avec des pathologies gériatriques apparaissant bien plus tôt que dans le reste de la population (22). Il semble donc d'autant plus essentiel que ces personnes puissent avoir accès à un hébergement stable.

Plutôt que de définir la présence ou non d'antécédent psychiatrique, nous avons évalué le nombre de personnes ayant consulté en psychiatrie par le passé. Ce qui est le cas pour 58%

d'entre eux. Cela montre bien une importante prévalence de problèmes psychiatriques, passés ou présents, avec pour la plupart une absence de diagnostic précis, par manque de suivi ou par refus. Ce manque de diagnostic n'aurait pas permis à ces personnes d'intégrer le dispositif « Un Chez Soi d'Abord » puisque c'est précisément l'un des critères d'inclusion. Cependant un accompagnement et un soutien semblent nécessaires dans leur accompagnement.

4.2 Résultats

Du fait du faible nombre de personnes incluses, les résultats sont difficilement interprétables. Aucune étude statistique n'a pu être réalisée, cependant, il semble que quelques tendances se dégagent.

4.2.1 Recours hospitalier

Parmi les critères de jugement principaux, le seul qui ait une tendance à diminuer est le recours hospitalier global. Mais il semble que cela se fasse uniquement au profit d'une ou deux personnes, les médianes étant peu évolutives.

Dans le dispositif « Un Chez Soi d'Abord », qui avait évalué ces mêmes critères, il y avait une diminution du recours aux urgences dans le groupe étudié comme dans le groupe témoin. Mais il avait surtout été mis en évidence une diminution du nombre de jours passé en hospitalisation, que nous ne retrouvons pas ici. En effet, cette diminution était liée pour une grande majorité aux hospitalisations pour raison psychiatrique (18).

Par ailleurs, il semble que le taux de passages aux urgences débouchant sur une hospitalisation augmente légèrement puisqu'il passe de 29 à 35%. Ceci avait été clairement mis en évidence après intégration de la *Maison Villeneuve*, mettant en valeur des recours aux urgences plus justifiés (20).

Il semblerait également que le taux d'hospitalisations programmées augmente avec le logement, puisqu'il passe de 7 à 19%, ainsi que les DMS qui sont en moyenne à 4.7 jours avant puis 7.5 jours après.

Ces critères évoquent ainsi une meilleure programmation des soins hospitaliers avec des recours qui semblent plus indiqués qu'avant l'intégration du dispositif.

4.2.2 Suivi en médecine générale

On note au fil du temps une tendance à la diminution, allant jusqu'à un arrêt total des consultations à la PASS. Ceci semble compensé par une augmentation du nombre de déclarations de médecins traitants. Ce dernier résultat est également retrouvé dans l'expérimentation française du « Un Chez Soi d'Abord » (23).

Or après discussion avec un professionnel de la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE), le retour des associations met en évidence un grand nombre de refus de prises en charge médicale des personnes précaires, ce qui explique le recours à la PASS. Ceci est bien mis en évidence lors d'enquêtes réalisées par Médecins du Monde ou le Fond Couverture Maladie Universelle (CMU), qui observent des taux de refus allant de 10 à 30% des praticiens (8).

Il semblerait donc que l'accompagnement et la stabilité apportés par le « Logement d'Abord » permettent de contourner ces difficultés et favorisent un meilleur accès aux médecins généralistes et donc une amélioration de la prise en charge.

4.2.3 Suivi en ambulatoire

En dehors du champ de la médecine générale, il semble que le recours aux soins en ambulatoire augmente également au fil du temps. Ce suivi semble plus important en ville que dans le milieu hospitalier.

Cela concerne essentiellement les consultations chez le dentiste, puisque 8 personnes sur 12 déclarent avoir initié des soins dentaires en ville depuis l'intégration du logement. On retrouve également ce phénomène pour le suivi addictologique, évoqué par 6 personnes sur 12 contre aucune auparavant, et psychiatrique pour 6 personnes alors que seulement 2 parmi elles en parlaient sur la période « avant ».

Or, 40% des personnes sans-domicile ont des douleurs dentaires qu'ils ne font pas soigner, et 30% auraient besoin de lunettes et n'en portent pas. Ce qui n'est le cas que pour respectivement 20 et 15% de la population générale (8).

Il semblerait donc que l'accès au logement permette de prendre en charge des problèmes de santé habituellement mis de côté car non prioritaires par les personnes en situation de rue.

4.2.4 Prise en charge médico-sociale

En France, 25% de la population sans-domicile n'a pas de revenu fixe, et 80% n'a pas de couverture maladie (8). Ce qui était le cas avant le « Logement d'Abord » pour respectivement 6 et 3 personnes parmi les 12 incluses dans notre étude.

On note ensuite une tendance à l'amélioration de la couverture sociale puisque celles qui étaient absentes ou incomplètes ont disparu au fil des mois suivant l'intégration du logement. Des prises en charge à 100% dans le cadre d'une invalidité ou d'une Affection de Longue Durée (ALD) ont également pu être ouvertes.

Par ailleurs, la majorité des personnes n'ayant pas de revenus avant leur intégration du dispositif de « Logement d'Abord », ont pu bénéficier de la mise en place du RSA ou de l'AAH.

On retrouve également ces évolutions à la *Maison Villeneuve*. En effet, après plusieurs mois passés dans la structure, tous bénéficient de ressources régulières et d'une assurance maladie complète (20).

4.2.5 Vie sociale

Lors d'une étude réalisée en Auvergne Rhône-Alpes, l'isolement et sa conséquence sur la souffrance psycho-sociale sont pointés parmi les notions qui inquiètent le plus les acteurs intervenant dans le champ de la précarité (14). Or, seulement 37% des personnes SDF voient leur famille une fois par mois, et 66% leurs amis. Alors que c'est le cas pour respectivement 80 et 85% de la population générale (21).

Après discussion avec l'équipe de *Toi(t) d'Abord*, la vie sociale a été évaluée ici par différents indicateurs : reprise de contact avec la famille ou avec des amis, activité sportive, activité culturelle et bénévolat. Les réponses obtenues auprès des différentes personnes interrogées tendent vers une amélioration globale de la vie sociale. Ceci est une observation qui est retrouvée dans le dispositif « Un Chez Soi d'Abord » puisqu'une grande majorité des personnes suivies y reprend des contacts avec son entourage (23).

Ceci est une notion importante dans la prise en considération globale de la personne. Par exemple, dans le score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES), 4 questions parmi les 11 posées concernent des points de la vie sociale étudiés dans cette étude (24). Et reprendre une place dans la société n'est pas aisé puisque cela nécessite parfois de lutter contre les préjugés et la violence imposés aux personnes marginalisées.

Par ailleurs, la vie sociale a été identifiée comme un des facteurs favorisant le processus de « rétablissement » décrit plus haut (17).

L'objectif principal, qui était de déterminer l'évolution du parcours de soins avec le « Logement d'Abord », ne semble donc pas atteignable par cette méthode à l'heure actuelle.

En effet, suite au faible nombre de personnes incluses, nous n'avons pas pu aboutir à une interprétation statistique pertinente des données. Cependant, les informations recueillies nous ont permis de dégager certaines tendances, corroborant celles observées dans les autres études sur le « Logement d'Abord ». Elles montrent qu'une amélioration de parcours de soins est possible à partir d'un travail uniquement social. La part environnementale des déterminants de santé semble donc au moins aussi importante que l'intervention médicale, et cela encourage à poursuivre ce mode de prise en charge et son évaluation.

4.3 Limites de l'étude

De nombreuses difficultés ont été rencontrées au cours de cette étude qui n'ont malheureusement pas permis de conclure et les résultats présentés ci-dessus sont à prendre avec un peu de recul.

Ces contraintes sont apparues au fur et à mesure de la mise en place de l'étude. Elles ont été étudiées ici une par une, avec le regard de professionnels et de la littérature. L'objectif était ainsi de mieux les comprendre et d'en retirer des solutions pour pouvoir par la suite répondre à notre question de recherche initiale avec un protocole plus adapté.

4.3.1 Difficultés de recrutement

L'inclusion a été très faible puisque nous avons pu obtenir l'accord de seulement 12 personnes. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela.

4.3.1.1 Nombre d'associations de logement d'abord

Ce projet a trouvé son origine dans la discussion de professionnels de la SASSON autour du dispositif *Toi(t) d'abord*. En effet, cette structure a été créée de toutes pièces autour d'une personne en difficulté et a ensuite progressivement évolué grâce à un questionnement constant des pratiques et une formation des intervenants.

Cependant, il persiste un certain flou dans sa définition et dans son fonctionnement, puisqu'il n'existait jusqu'à maintenant pas de cadre précis du « Logement d'Abord ». Cela en fait une force puisqu'il permet de s'adapter aux personnes accompagnées et aux circonstances. Mais cela soulève également beaucoup de questions, notamment lors de la pratique quotidienne des intervenants, sur la légitimité de leurs choix des personnes prises en charge et celles refusées.

Au vu par ailleurs de la mise en place du plan quinquennal, il semblait important d'avoir un retour objectif, en se basant sur *Toi(t) d'abord* et sur d'autres initiatives locales similaires, afin d'essayer d'apporter des pistes d'amélioration et si possible une aide dans le travail quotidien.

La recherche de structures a été réalisée uniquement dans le bassin Rhône-Alpin, pour plusieurs raisons. La première étant que la rencontre et les entretiens avec les bénéficiaires nécessitaient un temps de présence importants sur place et ne pouvaient donc avoir lieu dans des villes trop lointaines. Multiplier les villes impliquait également de multiplier les hôpitaux où recueillir les données, et cela a pu être compliqué, notamment lorsque l'enquêteur n'avait pas travaillé au préalable dans ces établissements. Enfin, les délais de traitement des dossiers auprès du CPP puis de la CNIL avec l'incertitude de réponse ont freiné les recherches pendant un temps.

Au total, une seule structure, *Totem*, fonctionnant sur le même système que *Toi(t) d'abord* et en capacité de fournir les données nécessaires, a pu être trouvée.

En effet, le « Logement d'Abord » est un mode de pensée qui a tendance à s'étendre au fil du temps. Mais avant l'étude « Un Chez Soi d'Abord » et le plan quinquennal sur le « Logement d'Abord », il n'était pas cadré et se résumait à des initiatives isolées les unes des autres. Cela est actuellement en train de changer mais la mise en place et l'adaptation des pratiques prend du temps. Les nouvelles structures n'ont donc pas le recul suffisant qui était nécessaire à cette étude. Celle-ci a probablement été réalisée un peu tôt.

Par ailleurs, le « Logement d'Abord » est un concept vaste qui inclut beaucoup de notions. Afin de limiter les biais, un travail avec des structures similaires les unes des autres était souhaité. C'est-à-dire des dispositifs prenant en charge des personnes sans-domicile, et les aidant à intégrer un logement personnel et individuel. Au cours des recherches, plusieurs structures travaillaient déjà avec le « Logement d'Abord », mais peu de cette manière précise.

Afin de pouvoir travailler de manière plus large, se pose donc la question d'une étude prospective permettant de prendre en compte des structures plus récentes, ce qui n'a pas été possible ici.

En abordant ces sujets avec un professionnel de la MRIE, il a paru évident que la mise en place et la structuration d'une politique comme un plan quinquennal sont lentes, et qu'elles ne peuvent être évaluées de manière globale avant plusieurs années. Le rapport de la fondation Abbé Pierre de février 2020 sur le mal logement confirme que le changement de modèle est

loin d'être mis en place partout (2). Une possibilité qui a alors été évoquée lors de cet entretien serait d'inclure également les pensions de famille, dont le public semble avoir des pathologies et des besoins similaires à celui du « Logement d'Abord ». A deux différences près : la première étant l'envie de liens et de vie en communauté nécessaire dans la pension de famille, alors que c'est souvent son absence ou sa mauvaise tolérance qui conduisent les personnes jusqu'à *Totem* ou *Toi(t) d'Abord*. La deuxième différence se trouve dans la forme de suivi, car c'est dans la multiréférence, l'« Aller-Vers » et l'accompagnement global que se trouve la spécificité du « Logement d'Abord ».

4.3.1.2 Difficultés à rencontrer les personnes entrant dans les critères d'inclusion

Au sein même des associations, sur un total de 65 personnes accompagnées, le taux d'inclusion a été de seulement 18%.

Le fait de recruter de novo sans passer par une base de données déjà constituée prend du temps, nécessite de rencontrer chaque personne une par une.

Les causes de non inclusion étaient variées. Il y a bien sûr eu les personnes ne rentrant pas dans les critères d'inclusion (20 personnes soit 30%), et les perdus de vue (6 personnes soit 9%). Mais cela est inhérent à toute étude.

D'autres causes non anticipées sont venues se rajouter à cela :

- Un nombre important de refus de participation

14 personnes soit 22% du total (ou 31% des personnes éligibles) n'ont pas accepté de participer à l'étude. Afin de mieux comprendre ces refus, des entretiens ont été réalisés avec les travailleurs sociaux et les chefs de service de *Totem* et *Toi(t) d'abord*. Des éléments de réponse ont pu ressortir.

La raison qui est évoquée le plus souvent est le nombre de sollicitations reçues par les personnes relogées. En effet, ces deux structures étant isolées dans un contexte de développement du « Logement d'Abord », elles ont servi de modèle à de nombreuses reprises. L'équipe tout comme les bénéficiaires ont été sollicités pour diverses interventions, conférences, articles, ... Avec comme résultat un ressenti d'être des « bêtes de foire », de « ras le bol » exprimé par plusieurs personnes.

La deuxième raison évoquée est en lien avec le thème de cette étude qui portait sur le parcours de soins. La santé est un sujet sensible et intime pour tout le monde, et plus

particulièrement pour les personnes ayant un passé de sans domicile. En effet, cette expérience de la rue engendre souvent une exclusion et une deshumanisation, entraînant une certaine méfiance vis-à-vis des autres. Cela peut parfois mener à un refus de participation aux soins ou à tout acte ayant trait à la santé (25). Or l'adhésion à une étude est fortement liée à la sensibilité de la personne sur le thème abordé (26). Il semble donc cohérent qu'un tel sujet soit accueilli avec précaution chez ce public.

Par ailleurs, une personne a justifié son refus par l'évidence de la réponse à la question posée. En effet, elle arguait qu'avoir un toit et dormir dans un lit allait de fait améliorer l'état de santé et le recours aux soins. Cela avait été le cas pour ses problèmes de dos.

Enfin, la manière de prendre contact semble avoir également influé sur le nombre de participations. À *Toi(t) d'abord*, les contacts ont été pris en accompagnant les travailleurs sociaux lors de leurs visites à domicile, après avoir préalablement prévenu les personnes concernées. À *Totem*, c'est lors des permanences que nous avons pu rencontrer les personnes se présentant. Cependant, au vu du faible nombre de venues et de l'absence de contacts réguliers avec le public plus ancien qui constitue une part importante (22 sur 46 personnes), certains ont été premièrement joint par téléphone, avec un plus grand nombre de refus.

Un contact direct est plus facile car l'échange est ainsi plus humain, et la personne plus disponible. Les réactions par téléphone sont plus aléatoires car elles interrompent souvent quelque chose et sont variables selon l'état d'esprit du moment (26). Mais il faut cependant trouver un moyen de réaliser ce contact sans forcer les personnes ne le souhaitant pas. Après questionnement d'un sociologue qui a beaucoup travaillé avec ce public, le recrutement dans le cadre d'une enquête est souvent compliqué. Cependant, une importante présence sur place est souvent bénéfique, permettant de nouer des contacts initiaux n'entrant pas dans le cadre de l'enquête et de faire connaissance à la fois avec les travailleurs sociaux et le public suivi. Cela permet également de limiter les intermédiaires dans les discussions et de différencier ces échanges d'un entretien social qui aurait pour objectif de les aider dans leurs démarches.

Après questionnement des travailleurs sociaux, il semblerait aussi que les permanences sont moins prisées en automne et hiver (période de froid, des fêtes de famille, de changement de temps et de nuits plus longues qui influent beaucoup sur le moral). C'est à cette période qu'a été réalisé le recrutement à *Totem*. C'est donc également un facteur qu'il faudra garder en mémoire.

- Il nous a été déconseillé de joindre dix personnes

Le recrutement s'est fait via une intervention sociale, en entrant dans le suivi du quotidien des locataires. Il fallait donc intervenir à des moments et des endroits opportuns.

Pour ces dix personnes, le contact ne nous a pas été recommandé par les travailleurs sociaux. Pour une partie, le suivi par l'association avait été long et elles avaient eu du mal à prendre leur autonomie. Le détachement du service d'accompagnement avait dû se faire très progressivement. Et reprendre contact par le biais de l'association engendrait un risque de retour en arrière.

Une autre partie traversait des moments de vie difficile, et un entretien sur la santé avec une personne extérieure risquait d'être mal venu voire de mettre en difficultés les professionnels.

Dans cette étude descriptive et non interventionnelle, l'objectif n'était donc pas de perturber la prise en charge en cours.

Une des possibilités évoquées lors des entretiens pour pallier à cela serait de passer par les professionnels et non pas par les personnes bénéficiaires. Cela permettrait une plus grande facilité de correspondance. Cependant, l'approche et donc les résultats seraient foncièrement différents. La fondation Abbé Pierre, quant à elle, estime que « la participation des personnes sans abri à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques qui les concernent [...] est encore la meilleure façon d'être à peu près sûr de se rapprocher des réponses adaptées. » (2)

- Trois personnes ont été injoignables

Que ce soit par la non-existence de moyen de communication, l'absence aux permanences ou la non-venue aux rendez-vous, il a été parfois impossible de prendre contact avec certaines personnes.

Du fait du temps de vie passé à la rue, la temporalité est souvent différente chez ce public, avec des difficultés importantes à se tenir à des rendez-vous et des horaires, et cela sans distinction de l'importance du rendez-vous. Les équipes accompagnantes rapportent elles aussi de nombreuses difficultés à avoir des contacts réguliers.

Il semble de manière générale difficile de réaliser des statistiques fiables dans la population de sans-domicile. En premier lieu, leur nombre exact est difficile à définir. La dernière grande enquête a été réalisée par l'INSEE en 2012, et le chiffre avait déjà fortement augmenté par rapport aux études antérieures (2).

Par ailleurs, nombre de personnes SDF échappent au recrutement, par leur capacité à se rendre « invisible », à échapper des parcours classiques. Le décompte exact est donc extrêmement difficile et les chiffres varient fortement d'une étude à l'autre (27). C'est pourquoi il existe beaucoup d'études qualitative, avec un possible biais de recrutement, mais très peu d'études quantitatives dans cette population (28).

4.3.1.3 *Élargissement des critères d'inclusion*

Les difficultés d'inclusion ayant rapidement été mises en évidence, nous avons décidé de modifier le protocole en cours d'étude. Ainsi le temps nécessaire passé dans le logement pour inclure la personne SDF a été réduit à 12 mois au lieu de 24.

Nous espérons que cela puisse permettre de meilleures observations malgré un moindre recul.

Cependant, très peu de sujets entraient dans ces critères modifiés puisque cela a permis l'inclusion de seulement deux personnes supplémentaires.

Afin de pouvoir apporter plus de réponses à nos questions, il semble que ce ne soit donc pas seulement le recul qu'il faille prendre en compte, mais également la taille des structures participantes.

4.3.2 Biais

4.3.2.1 *Exhaustivité du recueil*

Tous les hôpitaux des villes concernées ont été sollicités et la venue de chaque patient a été cherchée dans la base de données, que le patient ait ou non mentionné un passage dans cet hôpital lors de l'entretien.

Cependant, les consultations réalisées avec l'Équipe Mobile de Liaison Psychiatrique Précarité (EMLPP) ne sont pas tracées dans les dossiers hospitaliers. Il n'est donc pas possible d'estimer précisément le nombre de consultations en psychiatrie.

4.3.2.2 *Biais de mémoire*

Le biais de mémoire était un risque important dans une étude déclarative et rétrospective. Il l'était d'autant plus qu'environ 25% la population SDF présente des troubles cognitifs (29,30). C'est pour cette raison que nos critères de jugement principaux reposent sur des données objectives non soumises aux aléas de la mémoire.

Cependant, un certain nombre de données a dû être recueilli via le questionnement des patients, notamment pour les données datant de l'époque « avant » puisqu'il n'y avait à ce moment-là pas de suivi et donc pas de trace écrite. Le recueil a parfois pu sembler aléatoire, avec certaines incertitudes ou incohérences. D'autant plus que pour certains cela remontait à de nombreuses années en arrière.

Encore une fois, l'intérêt d'une étude prospective se discute pour pallier à cette difficulté. Cela permettrait un recueil plus précoce des données mais ne permettrait cependant pas de se sevrer complètement de ce biais.

Par ailleurs, le questionnaire avait pour objectif d'être le plus bref possible. En effet, il nous avait été conseillé de ne pas réaliser d'entretien avec les personnes concernées au vu du nombre de sollicitations importantes qu'elles recevaient déjà.

Cependant, une rencontre s'est avérée nécessaire afin de fournir des informations sur l'étude et d'obtenir un consentement. Un questionnaire a donc été monté, permettant de recueillir des informations au cours d'un entretien orienté ou au fil d'une conversation moins formelle portant sur le parcours de vie.

Ce mode de questionnaire a permis un recueil plus aisé et moins intrusif, mais il comporte quelques failles, notamment sur les déclarations des addictions qu'il faut voir comme un ressenti à explorer plus que comme une évolution définie. Des bilans d'évaluation de la dépendance, testés et reproductibles, auraient permis un recueil plus objectif mais n'auraient pas été réalisables dans ce cadre de rencontres informelles.

D'autres possibilités ont également été évoquées pour fiabiliser le recueil sur les douze mois précédents :

- Envisager un recueil auprès de la sécurité sociale :

Recueil portant sur les déclarations de médecins traitants et les consultations en ville.

Cependant, cela avait été déconseillé par les travailleurs sociaux avec qui nous avons monté le protocole. En effet, cela risquait de pointer du doigt des dysfonctionnements (multiples médecins consultés, trop nombreux passages en pharmacie, ...) et de mettre en difficulté les patients, voire d'aboutir à une convocation par la caisse.

- N'utiliser que les données hospitalières

Cela permettrait de faire un recueil complet et dénué de biais de mémoire. Cependant, comme cela a été le cas dans le « Un Chez Soi d'Abord » on tend à une augmentation du recours à la médecine de ville qui serait totalement éludé par cette méthode. (23)

- Recueil des noms des médecins à qui sont adressés les courriers hospitaliers, à intégrer comme médecins traitants.

Ceci n'a pas pu être réalisé ici puisque dans un souci de confidentialité, la majorité des données ont été recueillies par le DIM via la base de données informatique, et non en entrant dans chaque dossier hospitalier personnalisé. Cela impliquerait donc une régularisation de la confidentialité qui serait à discuter avec la CNIL.

- Contact des médecins traitants dont le nom aurait été donné par les patients

Cela pourrait permettre de recueillir le nombre de consultations sur la période étudiée.

Un des risques serait cependant de passer à côté d'un certain nombre de consultations chez d'autres médecins qui n'auraient pas été cités pour diverses raisons.

Afin de mener ce travail à son terme et au vu des discussions menées ici ainsi que des différentes interrogations qui en ressortent, il semblerait donc qu'une étude qualitative préliminaire soit encore nécessaire afin de mieux cerner les besoins et les moyens à mettre en œuvre pour poursuivre l'étude de la santé dans ces structures.

THÈSE SOUTENUE PAR :
Béatrice DOMINE

TITRE :
**ÉVOLUTION DU PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES SANS-
DOMICILE PRISES EN CHARGE PAR DES STRUCTURES DE TYPE
« LOGEMENT D'ABORD ».**

5 CONCLUSION

La population sans-domicile est une population fragile, présentant un vieillissement prématuré avec des pathologies plus précoces et plus de complications que la population générale. Le recours aux soins se fait majoritairement dans l'urgence, ne permettant pas une prise en charge médicale globale adaptée.

Parmi cette population, les « grands exclus » ayant souvent un parcours d'errance long et chaotique, finissent par ne plus avoir accès au système d'hébergement classique. Le « Logement d'Abord » a pour vocation de pallier à cette aggravation de l'exclusion, et de procurer à ces personnes leur besoin fondamental de chez-soi avant tout autre chose. Son efficacité en termes d'amélioration du parcours de soins, de moindre recours à l'urgence, mais également de coût de la prise en charge semble maintenant bien démontrée pour ce type de public lorsqu'il présente une comorbidité psychiatrique. C'est pourquoi la politique actuelle est d'étendre ce système à la fois sur le plan territorial et sur la population prise en charge.

C'est dans ce contexte que nous avons effectué une étude rétrospective sur le parcours de soins de personnes ayant été accueillies par deux structures dans deux villes alpines, afin d'évaluer si des résultats similaires pouvaient être envisagés pour un public plus large.

Cependant, la mise en pratique du protocole a mis en avant les difficultés que présente l'évaluation du recours aux soins dans ce cadre, avec la possibilité de seulement 12 inclusions. S'il n'était donc pas envisageable d'en tirer des éléments statistiques, il se dégage de nos observations des tendances positives de cette intervention, qui correspondent aux autres évaluations ayant pu être réalisées sur le « Logement d'Abord », mais qui nécessitent confirmation par une étude plus approfondie. Au vu de l'expansion actuelle de ce mode de fonctionnement, avoir des retours objectifs pourrait permettre de distinguer les points forts et d'envisager des pistes d'amélioration.

Ces difficultés de mise en place d'une étude objective ont alors été réfléchies et travaillées avec plusieurs professionnels travaillant dans ce domaine, et mises en lien avec la littérature.

Elles sont dues en partie à la temporalité de l'étude et au faible nombre de structures opérationnelles et ayant le recul nécessaire en fin d'année 2019. Elles sont également liées à sa forme observationnelle avec un recrutement par le biais associatif, sur la prise en charge desquelles il était important de ne pas impacter. Enfin, la population étudiée a ses propres spécificités, avec des troubles mnésiques plus importants que la moyenne de la population, une temporalité différente.

Nous avons ainsi pu dégager des pistes d'amélioration du protocole de l'étude afin de permettre d'apporter par la suite une réponse plus précise à notre question de recherche initiale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 15/06/20

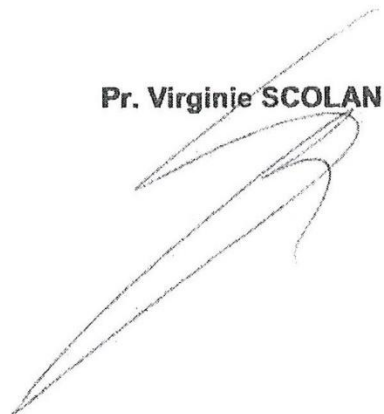
LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

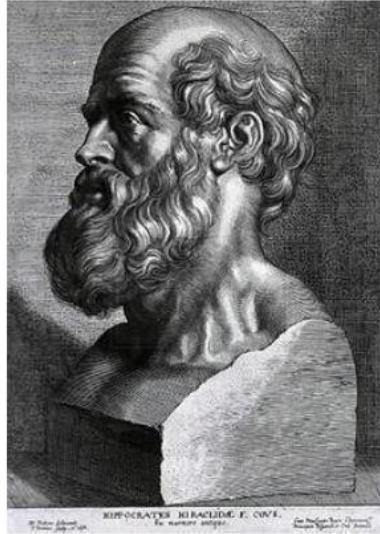


Pr. Virginie SCOLAN

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. Définition - Sans-domicile [En ligne]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>
2. Fondation Abbé Pierre. 25e rapport sur l'état du mal-logement en France 2020 [En ligne]. 2019 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/25e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2020>
3. Organisation Mondiale de la Santé. Promotion de la santé - Charte d'Ottawa. 21 nov 1986;6.
4. De La Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. Insee Première. 2003;1-4
5. Cha O. Health of the homeless. Bull Acad Natl Med. févr 2013;197(2):277-89; discussion 289-291.
6. DREES, Santé Publique France. L'état de santé de la population en France. 2017 436p.
7. Laporte A, Chauvin P. Samenta. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Paris : Inserm; 2010. Commandité par L'institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et L'Observatoire du SAMU social de Paris.
8. 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. Paris : Ministère de la Santé et des Sports ; 2009. Commandité par le ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale.
9. Francès P, Daguzan P, Bismuth S. Medical and social management of homeless individuals. A one year prospective observational study in the south part of France, Pyrénées-Orientales. Rev Prat. janv 2013;63(1):29-34.
10. Furtos J. Le syndrome d'auto-exclusion. Rhizome. 2002;9(2):15
11. Bernad R, Bosetti T, Buxant C, et al. Housing First: Au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie. ERES; 2018, 240p. (Vie sociale; n°23-24)
12. Ginebre G, Lot C. Le logement d'abord, et après ? : Bilan et propositions pour la généralisation du logement d'abord en France. Paris : Agence nouvelle des solidarités actives; 2017
13. Lévy J. Rester dans la rue plutôt qu'aller en centre d'urgence : comprendre le choix des sans-abri [En ligne]. The Conversation. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <http://theconversation.com/rester-dans-la-rue-plutot-qualler-en-centre-durgence-comprendre-le-choix-des-sans-abri-90203>
14. MRIE. Enquête de conjoncture sur la pauvreté en Auvergne-Rhône-Alpes #3. Hiver 2018;11.
15. MRIE - lettre n°50 [En ligne]. 2020 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: http://www.mrie.org/images/MRIE/mrie/MRIE/DOCUMENTS/LETTRES/MRIE-lettre_n50.pdf

16. Zeroug-Vial H, Chambon C, Sorba M, et al. Logement (d'abord ?), accompagnement social et santé mentale. Acte de la journée d'étude du 28 mai 2019. Lyon : Orspere-Samdarra, Fédération des acteurs de la solidarité; 2019
17. Auquier P. Evaluation d'un essai d'intervention randomisé comparant deux stratégies de prise en charge des personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale sévère. Programme « Un Chez Soi d'Abord » - Protocole de recherche. 2012.
18. Tinland A, Girard V, Loubière S, Auquier P. Un chez soi d'abord : Rapport intermédiaire de la recherche - Volet quantitatif [En ligne]. 2016. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport_interm_recherche_quanti_mai_2016_ucfdb.pdf
19. Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, Ministère chargé de la ville et du logement. Dossier de presse : plan quinquennal pour le logement d'abord. Paris : DIHAL; 2019
20. Cochet C. La santé des résidents d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à bas seuil d'exigence : évaluation et propositions. Thèse d'exercice de docteur en médecine, 2016
21. Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Paris : Insee références; 2014, 138p.(France, portrait social)
22. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. *J Gen Intern Med.* janv 2012;27(1):16-22.
23. DIHAL. Résultats de l'expérimentation française [En ligne]. 2018 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <http://extranet.dihal.developpement-durable.gouv.fr/resultats-de-l-experimentation-francaise-r123.html>
24. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. *La Revue de l'Ires.* 2007;n° 53(1):3-49.
25. Magwood O, Leki VY, Kpade V, Saad A, Alkhateeb Q, Gebremeskel A, et al. Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *PLoS ONE.* 2019;14(12):e0226306.
26. Pages E. Les « justifications » de non réponse à un questionnaire administré par téléphone dans le cadre d'une enquête sociologique : le cas des technologies embarquées dans l'automobile [En ligne]. Disponible sur: <http://auto-et-sociologie.over-blog.fr/article-considerations-sur-les-justifications-de-refus-a-la-passation-d-un-questionnaire-administre-par-tele-86476927.html>
27. Damon J. Les SDF en France : difficultés de définition et de prise en charge. *Journal du droit des jeunes.* 2003;N° 223(3):30-5.
28. Pradel B. Besoins, dispositifs et enjeux existants et à venir à propos des personnes sans-abris. Lyon : Millénaire3, 2019.
29. Depp CA, Vella L, Orff HJ, Twamley EW. A Quantitative Review of Cognitive Functioning in Homeless Adults. *J Nerv Ment Dis.* févr 2015;203(2):126-31.
30. Chevreau G, Castillo M-C, Vallat-Azouvi C. Une personne SDF sur 10 souffre de troubles cognitifs : que sait-on de ces troubles ? Une revue de littérature sur la cognition des personnes SDF. *L'Encéphale.* 1 nov 2019;45(5):424-32.



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

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

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

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

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

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN

Dans quels hôpitaux avez-vous consulté au cours des 3 dernières années ?

CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES AU MOMENT DU RECUEIL

Age

Sexe

État civil

- Célibataire
- Marié
- Séparé
- Veuf
- Inconnu

Enfants

- 0
- 1
- 2 ou plus

Provenance précision :

- Rue, squat, CHU,
- CHRS
- Amis/famille
- Incarcération
- Logement perso

Temps d'errance chiffre :

- 0-4 ans
- 5-9 ans
- 10-19 ans
- 20 ans ou plus
- Non évaluable ou discordance entre les discours

Scolarité précision :

- Aucune
- Brevet des collèges
- BEP / CAP
- Bac ou plus

Date de prise en charge par l'association

Date d'entrée dans le logement

Antécédent de consultation en psychiatrie

- Oui
- Non

	M-12 M-6	M-6 M0	M0 M6	M6 M12	M12 M18	M18 M24	
Assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 CMU +mutuelle <input type="radio"/> 2 CMUc <input type="radio"/> 3 AME <input type="radio"/> SS+mutuelle <input type="radio"/> 5 autre <input type="radio"/> 6 inconnue 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 CMU +mutuelle <input type="radio"/> 2 CMUc <input type="radio"/> 3 AME <input type="radio"/> SS+mutuelle <input type="radio"/> 5 autre <input type="radio"/> 6 inconnue 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 CMU +mutuelle <input type="radio"/> 2 CMUc <input type="radio"/> 3 AME <input type="radio"/> SS+mutuelle <input type="radio"/> 5 autre <input type="radio"/> 6 inconnue 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 CMU +mutuelle <input type="radio"/> 2 CMUc <input type="radio"/> 3 AME <input type="radio"/> SS+mutuelle <input type="radio"/> 5 autre <input type="radio"/> 6 inconnue 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 CMU +mutuelle <input type="radio"/> 2 CMUc <input type="radio"/> 3 AME <input type="radio"/> SS+mutuelle <input type="radio"/> 5 autre <input type="radio"/> 6 inconnue 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 CMU +mutuelle <input type="radio"/> 2 CMUc <input type="radio"/> 3 AME <input type="radio"/> SS+mutuelle <input type="radio"/> 5 autre <input type="radio"/> 6 inconnue 	
Précision							
ALD	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	
Précisions							
Invalidité	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP
Précision							
Ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 RSA <input type="radio"/> 2 AAH <input type="radio"/> 3 intérim <input type="radio"/> 4 CDD <input type="radio"/> 5 CDI <input type="radio"/> 6 Chômage <input type="radio"/> 7 retraite <input type="radio"/> 8 ASS <input type="radio"/> 9 autre <input type="radio"/> 10 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 RSA <input type="radio"/> 2 AAH <input type="radio"/> 3 intérim <input type="radio"/> 4 CDD <input type="radio"/> 5 CDI <input type="radio"/> 6 Chômage <input type="radio"/> 7 retraite <input type="radio"/> 8 ASS <input type="radio"/> 9 autre <input type="radio"/> 10 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 RSA <input type="radio"/> 2 AAH <input type="radio"/> 3 intérim <input type="radio"/> 4 CDD <input type="radio"/> 5 CDI <input type="radio"/> 6 Chômage <input type="radio"/> 7 retraite <input type="radio"/> 8 ASS <input type="radio"/> 9 autre <input type="radio"/> 10 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 RSA <input type="radio"/> 2 AAH <input type="radio"/> 3 intérim <input type="radio"/> 4 CDD <input type="radio"/> 5 CDI <input type="radio"/> 6 Chômage <input type="radio"/> 7 retraite <input type="radio"/> 8 ASS <input type="radio"/> 9 autre <input type="radio"/> 10 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 RSA <input type="radio"/> 2 AAH <input type="radio"/> 3 intérim <input type="radio"/> 4 CDD <input type="radio"/> 5 CDI <input type="radio"/> 6 Chômage <input type="radio"/> 7 retraite <input type="radio"/> 8 ASS <input type="radio"/> 9 autre <input type="radio"/> 10 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 RSA <input type="radio"/> 2 AAH <input type="radio"/> 3 intérim <input type="radio"/> 4 CDD <input type="radio"/> 5 CDI <input type="radio"/> 6 Chômage <input type="radio"/> 7 retraite <input type="radio"/> 8 ASS <input type="radio"/> 9 autre <input type="radio"/> 10 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 RSA <input type="radio"/> 2 AAH <input type="radio"/> 3 intérim <input type="radio"/> 4 CDD <input type="radio"/> 5 CDI <input type="radio"/> 6 Chômage <input type="radio"/> 7 retraite <input type="radio"/> 8 ASS <input type="radio"/> 9 autre <input type="radio"/> 10 inconnu

Précisions						
Mesures de protection	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 curatelle <input type="radio"/> 2 tutelle <input type="radio"/> 3 MASP <input type="radio"/> 4 autre <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 curatelle <input type="radio"/> 2 tutelle <input type="radio"/> 3 MASP <input type="radio"/> 4 autre <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 curatelle <input type="radio"/> 2 tutelle <input type="radio"/> 3 MASP <input type="radio"/> 4 autre <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 curatelle <input type="radio"/> 2 tutelle <input type="radio"/> 3 MASP <input type="radio"/> 4 autre <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 curatelle <input type="radio"/> 2 tutelle <input type="radio"/> 3 MASP <input type="radio"/> 4 autre <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucune <input type="radio"/> 1 curatelle <input type="radio"/> 2 tutelle <input type="radio"/> 3 MASP <input type="radio"/> 4 autre <input type="radio"/> 5 inconnu
Précisions						
Vie Sociale	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucun <input type="radio"/> 1 lien avec la famille <input type="radio"/> 2 amis <input type="radio"/> 3 bénévolat <input type="radio"/> 4 sport <input type="radio"/> 5 spectacle <input type="radio"/> 6 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucun <input type="radio"/> 1 lien avec la famille <input type="radio"/> 2 amis <input type="radio"/> 3 bénévolat <input type="radio"/> 4 sport <input type="radio"/> 5 spectacle <input type="radio"/> 6 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucun <input type="radio"/> 1 lien avec la famille <input type="radio"/> 2 amis <input type="radio"/> 3 bénévolat <input type="radio"/> 4 sport <input type="radio"/> 5 spectacle <input type="radio"/> 6 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucun <input type="radio"/> 1 lien avec la famille <input type="radio"/> 2 amis <input type="radio"/> 3 bénévolat <input type="radio"/> 4 sport <input type="radio"/> 5 spectacle <input type="radio"/> 6 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucun <input type="radio"/> 1 lien avec la famille <input type="radio"/> 2 amis <input type="radio"/> 3 bénévolat <input type="radio"/> 4 sport <input type="radio"/> 5 spectacle <input type="radio"/> 6 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 aucun <input type="radio"/> 1 lien avec la famille <input type="radio"/> 2 amis <input type="radio"/> 3 bénévolat <input type="radio"/> 4 sport <input type="radio"/> 5 spectacle <input type="radio"/> 6 inconnu
Précisions						
Addiction	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 non <input type="radio"/> 1 cannabis <input type="radio"/> 2 alcool <input type="radio"/> 3 héroïne ou cocaïne <input type="radio"/> 4 plusieurs <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 non <input type="radio"/> 1 cannabis <input type="radio"/> 2 alcool <input type="radio"/> 3 héroïne ou cocaïne <input type="radio"/> 4 plusieurs <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 non <input type="radio"/> 1 cannabis <input type="radio"/> 2 alcool <input type="radio"/> 3 héroïne ou cocaïne <input type="radio"/> 4 plusieurs <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 non <input type="radio"/> 1 cannabis <input type="radio"/> 2 alcool <input type="radio"/> 3 héroïne ou cocaïne <input type="radio"/> 4 plusieurs <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 non <input type="radio"/> 1 cannabis <input type="radio"/> 2 alcool <input type="radio"/> 3 héroïne ou cocaïne <input type="radio"/> 4 plusieurs <input type="radio"/> 5 inconnu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 non <input type="radio"/> 1 cannabis <input type="radio"/> 2 alcool <input type="radio"/> 3 héroïne ou cocaïne <input type="radio"/> 4 plusieurs <input type="radio"/> 5 inconnu
Précisions						
MT déclaré	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 Non <input type="radio"/> 1 Oui <input type="radio"/> 2 NSP

Précisions						
Cs en ville par spécialiste (oui/non)	MT : Autre MG : Psychiatre : Autre :	MT : Autre MG : Psychiatre : Autre :	MT : Autre MG : Psychiatre : Autre :	MT : Autre MG : Psychiatre : Autre :	MT : Autre MG : Psychiatre : Autre :	MT : Autre MG : Psychiatre : Autre :
Précisions						

ANNEXE 2 : Avis du CPP

Comité de Protection des Personnes

OUEST III

Agréé par arrêté ministériel en date du 16 mai 2018,

Constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine en date du 31 mai 2018.

C.H.U. La Milétrie

Bâtiment Vie La Santé – Entrée n°4 - 1er étage

2 rue de la milétrie – CS 90 577 - 86021 POITIEURS CEDEX

tél: 05.49.45.21.57

E-mail : cpp-ouest3@chu-poitiers.fr

[Données à caractère personnel]

Poitiers, le 2 septembre 2019

Objet : Avis

Référence Comité : 19.08.61 / SI CNRIPH 19.05.20.68736 (à rappeler dans toute correspondance)

Domaine thérapeutique : AUTRES

Date de tirage au sort : 02/07/19 - Recevabilité : 17/07/19

Madame,

Le Comité restreint a étudié lors de la séance du 28 août 2019 votre projet de protocole suivant :

Titre de l'essai : « Evolution du parcours de soins des personnes sans-abris prises en charge par des structures de type logement d'abord et comparatif avec l'étude « Un chez soi d'abord ». »

Identité du promoteur : Béatrice Domine

Adresse électronique de contact du Promoteur : [Données à caractère personnel]

Identité du Coordonnateur : Béatrice Domine, interne en médecine générale rattachée au CHU de Grenoble

Numéro d'identification : 2019-A01237-50

Catégorie : 3

Versions :

Lettre de saisine : non datée

Formulaire de demande d'avis : absent

Protocole : non daté, pas de version

Grille de recueil des données : non datée / pas de version

Résumé en français : absent

Notice d'information : non daté / pas de version

Liste des investigateurs : absent

Récépissé de méthodologie de référence n° 2213903 v 0 MR001 : 06/06/19

Le quorum étant constaté,

Mme	C.	LAMOUR	Qualifiée en matière de recherche biomédicale	(T)
M.	D.	FRASCA	Qualifié en matière de recherche biomédicale	(T)
Mme	E.	GAND	Biostatisticienne	(S)
M.	J.	DELIGNE	Médecin Généraliste	(T)
Mme	V.	BONNAUD	Psychologue	(T)
Mme	A.	RANGER	Qualifiée en matière juridique	(T)
M.	D.	MAROUBY	Représentant d'association de malades	(T)

après avoir entendu le rapporteur et l'avis du méthodologiste, les membres du CPP ont délibéré et émis l'avis suivant :

1 - Qualification de la recherche et conformité du dossier au regard de la qualification :

Il s'agit d'une étude mesurant l'impact d'une prise en charge sociale de personnes sans-abris. Nous sommes ici face à une évaluation des pratiques qui ne rentre pas dans le champ des recherches impliquant la personne humaine.

De plus il n'y a pas de critère de jugement médical. Seules des données de fréquentation seront relevées.

Conclusion :

Le Comité se déclare incompétent pour donner un avis éthique sur ce dossier mais vous encourage à poursuivre l'évaluation de la mise en place de ce programme d'accompagnement social.

Soyez assurée, Madame, de mes sentiments les meilleurs.


Le Président,
Pr Denis FRASCA

ANNEXE 3 : Avis de la CNIL



La Vice-Présidente déléguée

Monsieur Yassine LAKHNECH
PRESIDENT
621 AVENUE CENTRALE
38400
SAINT MARTIN D'HERES

Paris, le

02 MARS 2020

N/Réf. : SLN/MMC/AR203246

Objet: AUTORISATION

Décision DR-2020-103 autorisant l'UNIVERSITE GRENOBLE-ALPES à mettre en œuvre un traitement de données ayant pour finalité une étude portant sur l'évolution du parcours de soins des personnes sans domicile prises en charge par des structures de type logement d'abord. (Demande d'autorisation n° 920040)

La Commission a été saisie d'une demande d'autorisation relative à un traitement de données à caractère personnel. Ce traitement, dont la finalité présente un caractère d'intérêt public, relève de la procédure prévue aux articles 66, 72 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Responsable de traitement	L'Université Grenoble-Alpes
Avis du comité	Avis favorable avec recommandations du Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé du 16 janvier 2020.
Finalité	Etude portant sur l'évolution du parcours de soins des personnes sans domicile prises en charge par des structures de type « logement d'abord ».
Points de non-conformité à la méthodologie de référence	La Commission prend acte que le dossier de demande mentionne que le traitement envisagé est conforme aux dispositions de la méthodologie de référence MR004, à l'exception de la réalisation d'un appariement entre les données déjà existantes d'un même individu issues de plusieurs centres participants.
Information et droits des personnes (Articles 13,14 et suivants du RGPD et articles 69 et suivants de la loi « informatique et libertés »)	Les notes d'information destinées, le cas échéant, aux majeurs ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection, et au représentant légal devront être complétées avant le début de la recherche afin qu'elles comportent l'ensemble des mentions prévues par l'article 13 du Règlement général sur la protection des données.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données (DPO) de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal. Pour en savoir plus : www.cnil.fr/donnees-personnelles.

Catégories particulières de données traitées (autres que données de santé)	<p>La collecte des noms et prénoms est nécessaire pour assurer le suivi des patients qui en sont informés.</p> <p>Les données directement identifiantes doivent être traitées et transmises de façon séparée des données de santé et être enregistrées dans une base de données distincte. En outre, seul un nombre strictement limité de personnes habilitées et soumises au secret professionnel pourra accéder aux données directement identifiantes.</p> <p>La date de naissance complète et la nationalité ne seront pas collectées dans le cadre de cette étude.</p>
Durée de conservation en base active et en archivage	<p>Base active : un an. Archivage : six mois.</p> <p>Les données directement identifiantes seront supprimées à la fin du suivi.</p>

AUTORISE L'UNIVERSITE GRENOBLE-ALPES à mettre en œuvre le traitement, en application de l'article 13 de la loi précitée et de la délibération n° 2019-021 du 28 février 2019 portant délégation d'attributions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés à son président et à son vice-président délégué.



Sophie LAMBREMON