



HAL
open science

Comment aborder la complexité médico-psycho-sociale en soins primaires ? Etude descriptive des patients accompagnés par un SAMSAH à Bordeaux

Marion Cheynet

► **To cite this version:**

Marion Cheynet. Comment aborder la complexité médico-psycho-sociale en soins primaires ? Etude descriptive des patients accompagnés par un SAMSAH à Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02976996

HAL Id: dumas-02976996

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02976996>

Submitted on 23 Oct 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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°95

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par CHEYNET Marion

Née le 13/08/1990 à Lyon

Le 24 Septembre 2020

Comment aborder la complexité médico-psycho-sociale en soins primaires ?

Etude descriptive des patients accompagnés par un SAMSAH à Bordeaux

Sous la direction de : Dr Christophe ADAM

Membres du jury :

Mr Dehail Patrick
Mme Blanc-Bisson Chrystèle
Mr Montariol Yves
Mr Wittwer Jérôme
Mr Godart Pierre
Mr Adam Christophe

Président
Rapporteur
Examinateur
Examinateur
Examinateur
Examinateur

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°95

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par CHEYNET Marion

Née le 13/08/1990 à Lyon

Le 24 Septembre 2020

Comment aborder la complexité médico-psycho-sociale en soins primaires ?

Etude descriptive des patients accompagnés par un SAMSAH à Bordeaux

Sous la direction de : Dr Christophe ADAM

Membres du jury :

Mr Dehail Patrick
Mme Blanc-Bisson Chrystèle
Mr Montariol Yves
Mr Wittwer Jérôme
Mr Godart Pierre
Mr Adam Christophe

Président
Rapporteur
Examinateur
Examinateur
Examinateur
Examinateur

Remerciements :

Au Professeur Patrick Dehail,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Dr Christèle Blanc-Bisson,

Je vous remercie pour votre investissement, vos conseils et votre disponibilité dans l'évaluation et le rapport de ce travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Au Professeur Jérôme Wittwer,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de mon jury de thèse. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Dr Yves Montariol,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je suis très reconnaissante pour l'enseignement dont vous m'avez fait bénéficier au cours de mon cursus. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

Au Dr Pierre Godart,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à l'évaluation de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Dr Christophe Adam,

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée en me proposant ce travail de thèse. Je vous remercie pour votre accompagnement et votre bienveillance tout au long de ce travail. Recevez ici toute ma gratitude.

A Myriam Auptel,

A toute l'équipe du SAMSAH de Bordeaux,

Merci pour votre accueil si chaleureux, pour votre aide et votre disponibilité qui m'ont permis de mener ce travail de recherche.

A Marc et Françoise Cheynet,

Mes parents, pour votre soutien tout au long de ces années d'études, pour votre confiance infinie quand parfois il a pu m'en manquer, pour les belles qualités humaines que vous avez pu me transmettre. Mille mercis.

A Thaddée,

Merci pour ton amour, ta patience, tes encouragements et tout le bonheur que tu m'apportes chaque jour.

A l'ensemble de ma famille,

Pour votre présence à mes côtés, votre écoute et votre bienveillance durant toutes ces années.

A tous mes amis,

Les anciens comme les plus récents,

*Aux membres de la « Team Spirit », avec qui j'ai grandi, qui m'avez fait
découvrir tant de choses, votre amitié m'est si précieuse,*

*Au « GDGS », pour ces belles années d'externat, pour cette solidarité durant
les instants difficiles et pour tous les beaux moments vécus ensemble,*

*Aux agenais, grâce à qui je me suis sentie chez moi et jamais seule dans une
région qui m'était inconnue,*

*Merci à tous pour votre présence, pour vos sourires et votre amitié sans faille.
Merci pour toutes les belles choses qui sont encore à venir.*

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	8
1. QU'EST-CE QU'UN PATIENT COMPLEXE ?	9
2. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE (ISS).....	9
3. LE CONCEPT DE VULNERABILITE	11
4. LA PLACE THEORIQUE DES SOINS PRIMAIRES ET DE LA MEDECINE GENERALE DANS LA LUTTE CONTRE LES ISS.....	12
5. LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COMPLEXES EN MEDECINE GENERALE	12
6. QUELS DISPOSITIFS DE SOIN EXISTENT POUR LES PATIENTS VULNERABLES ?	14
II. PATIENTS ET METHODES	17
III. RESULTATS.....	19
1. SITUATION SOCIO-FAMILIALE.....	19
2. DONNEES DE PRISE EN CHARGE MEDICALE.....	22
3. EVALUATION DE L'AUTONOMIE DES PATIENTS.....	28
4. DONNEES DE PRISE EN CHARGE PAR LE SAMSAH	30
IV. DISCUSSION	34
1. PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE : UNE POPULATION EN SITUATION DE PRECARITE	34
2. PROFIL MEDICAL : DES PATHOLOGIES MULTIPLES ET CHRONIQUES	34
3. UN PARCOURS DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE ET COMPLEXE	36
4. AUTONOMIE : DES PATIENTS VULNERABLES SUR LE PLAN ADMINISTRATIF.....	37
5. LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SAMSAH : LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL ET COORDINATION DES SOINS	38
6. CONCLUSION : DES MALADES VULNERABLES NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE COMPLEXE .	39
V. LIMITES ET PERSPECTIVES.....	40
1. REPERER LA VULNERABILITE	40
2. ETABLIR UN PROJET PERSONNALISE DE SOIN ET FAVORISER L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	42
3. ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE COORDONNEE ENTRE DIFFERENTS PARTENAIRES ET MAINTENIR UNE APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT	43
4. ASSURER UN SUIVI REGULIER AFIN DE REAJUSTER L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT	45
VI. CONCLUSION	47
REFERENCES	48
ANNEXE.....	52

Glossaire :

AAH : Allocation aux adultes handicapés

ALD : Affection longue durée

ACS : Aide pour une complémentaire santé

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APL : Aide personnalisée au logement

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVS : Aide à la vie sociale

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CMP : Centre médico-psychologique

CMU : Couverture maladie universelle

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

HAD : Hospitalisation à domicile

ISS : Inégalités sociales de santé

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PCH : prestation compensatrice de handicap

RPA : Résidence personnes âgées

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RSA : Revenu de solidarité active

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SDF : Sans domicile fixe

SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TDAH : trouble de l'attention avec hyperactivité

TOC : trouble obsessionnel compulsif

WONCA : World Organization of National Colleges and Academies and Acadelic Associations of General Practitioners

I. Introduction

De multiples facteurs participent à l'évolution de l'état de santé d'une personne. Parfois, ces éléments ne sont pas strictement médicaux mais socio-économiques, comportementaux ou psychologiques. Lorsqu'ils majorent la vulnérabilité de la personne, ils complexifient aussi la prise en charge médicale. Ces facteurs de complexité sont étroitement liés à l'état de santé du patient et peuvent y nuire de diverses manières (difficultés d'accès au soin, d'observance, mode de vie néfaste etc.). Ainsi, ils engendrent de réelles inégalités de santé entre les patients. Ne pas les prendre en compte peut s'avérer délétère. Leur gestion paraît donc indispensable à la démarche de soin mais implique l'intervention de plusieurs acteurs ainsi qu'une coordination entre ces derniers.

A l'inverse, certaines pathologies peuvent également, modifier profondément et durablement le mode vie d'une personne et la mener vers une situation de précarisation sociale. Il s'agit le plus souvent de pathologies chroniques, parfois multiples, qui entraînent une limitation dans la réalisation des activités quotidiennes. Le vieillissement de la population et les progrès médicaux ont entraîné une augmentation du nombre de patients présentant une ou plusieurs pathologies chroniques handicapantes. En parallèle, la majoration des inégalités sociales ne cesse d'accentuer la vulnérabilité des patients en situation de handicap (1). Dans le domaine de la santé, et notamment en soins primaires, la prise en charge de ces patients aux pathologies lourdes n'est que plus compliquée lorsque des difficultés sociales s'y additionnent.

Lorsqu'un patient cumule une ou plusieurs pathologies ainsi que d'autres difficultés notamment socio-économiques ou psychologiques, interdépendantes les unes des autres et nécessitant une prise en charge non standardisée, on parle de patient complexe (2). En effet, face à ce type de patient, le soin médical strict ne suffit pas et la prise en compte de la personne dans sa globalité est indispensable. L'article L. 6327-1 du code de la santé publique propose une définition du parcours de santé dit alors « complexe ». Celui-ci nécessite l'intervention de « plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux » du fait de l'état de santé, du handicap ou de la situation sociale du patient (3).

Pour ces patients, la simple considération de la maladie n'est pas suffisante, une prise en charge globale et souvent coordonnée avec plusieurs acteurs est souvent nécessaire. Afin de mieux répondre aux besoins de ces patients, des dispositifs ont été développés, destinés aux malades cumulant des pathologies handicapantes et une fragilité psycho-sociale. Les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), qui accompagnent les patients en situation de handicap, dont le parcours de soin est considéré comme complexe, assurent cette mission.

1. Qu'est-ce qu'un patient complexe ?

Depuis plusieurs années, on observe l'émergence d'une population de patients décrits « complexes » dont la prise en charge représente un réel défi de santé publique.

Selon certaines études menées, le patient peut être assimilé à un système complexe. Celui-ci se caractérise par la somme de multiples facteurs non prévisibles, interagissant les uns avec les autres et donnant naissance à des situations nouvelles, non standardisées (2). Chaque modification d'un des éléments du système a une incidence sur l'ensemble. Dans ce contexte, il paraît difficile de définir de manière précise la notion de patient complexe. On peut toutefois décrire certains facteurs responsables de cette complexité.

Parmi eux on retrouve :

- le vieillissement de la population
- l'existence de pathologies chroniques
- la marginalisation sociale
- les pathologies psychiatriques (4)

De manière non exhaustive, le patient complexe présente souvent plusieurs caractéristiques : il est en général atteint d'une ou plusieurs pathologies chroniques, sa prise en charge exige de nombreuses ressources médicales et de soins qui relèvent fréquemment d'une structure hospitalière et son état de santé nécessite l'utilisation de nombreux médicaments. En outre, c'est une personne souvent limitée dans l'exécution des activités de la vie quotidienne pour des raisons pouvant être physiques, mentales ou psychosociales. L'accumulation de pathologies chroniques, et de difficultés psychologiques ou socio-économiques retrouvées chez les patients complexes, fragilisent leur état de santé et imposent un suivi soutenu et multidisciplinaire.

Ainsi, un patient devient complexe lorsque de multiples problématiques, médicales, psychologiques ou sociales s'additionnent à la pathologie initiale et influent sur la prise en charge médicale.

2. Les inégalités sociales de santé (ISS)

La relation entre état de santé et appartenance sociale est un fait historique. Dès le 18^e siècle, le démographe prussien Süssmilch décrit que les mécanismes économiques et sociaux peuvent se répercuter sur l'état de santé : « *Les maladies ont été des maladies de poitrine, des pleurésies, des fièvres chaudes et quelques fièvres pourprées. La plupart des gens ainsi décédés étaient de basse condition, des manouvriers et autres, qui sont, plus que d'autres, exposés au climat et au froid et dont les poumons et la poitrine peuvent plus facilement attraper le mal.* ». Ainsi, il explique comment les inégalités sociales ont un impact sur la santé des personnes les plus pauvres. Il décrit également que la pauvreté rend les personnes vulnérables, car elle les place à la merci du moindre accident économique : « *Les pauvres gens qui n'ont même pas le sou qui leur serait nécessaire pour les temps de famine et de maladie* » en sont les premières victimes. « *Lorsque la cherté s'ajoute à la pauvreté, la mortalité ne peut que décimer les démunis* » (5).

La Charte d'Ottawa adoptée en 1986, évoque également le lien étroit existant entre la santé et les conditions de vie. Ainsi, l'accès au logement, à l'éducation, à une alimentation suffisante, le fait de disposer d'un certain revenu, de ressources durables et d'avoir droit à une justice sociale et un traitement équitable sont des conditions indispensables à l'amélioration et à la préservation de la santé (6).

Malgré l'augmentation de l'espérance de vie dans les pays industrialisés au cours de la seconde moitié du XXe siècle, il persiste encore de fortes inégalités concernant la mortalité, la maladie, le handicap et l'accès aux soins en fonction du milieu social des individus (7). Ce sont ces différences dans le domaine de la santé observées entre les groupes sociaux et évoluant selon un gradient social qui définissent les inégalités sociales de santé (ISS).

En France, malgré un système de santé performant et accessible, les ISS se sont creusées au cours des dernières décennies et les progrès médicaux ne profitent pas de la même manière à tous. Cela se traduit notamment par une différence d'espérance de vie à 35 ans, de 7 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs (8). Il existe également de fortes inégalités d'espérance de vie sans incapacité entre les catégories socioprofessionnelles (9).

De nombreux éléments socio-économiques ont été identifiés comme déterminants de santé. Parmi les principaux facteurs intervenant dans l'émergence d'ISS on retrouve :

- les conditions de vie
- les conditions de travail
- le mode de vie
- les comportements à risque
- la cumulation de différentes conditions de vie durant l'existence
- le montant du revenu
- l'effet de la structure sociale
- l'éducation
- l'accès à l'emploi
- l'âge de la retraite
- la politique du logement et les politiques redistributives
- les relations sociales

Ainsi, même si le système de santé et d'accès au soin joue un rôle dans la production d'inégalités de santé, il n'en est pas le seul déterminant et des caractéristiques sociales individuelles sont également en cause. L'évaluation des ISS nécessite une approche intersectorielle de la santé puisqu'elle introduit une problématique d'ordre social et économique.

L'égalité d'accès aux soins, à la prévention et à la protection en santé est un droit fondamental en France mis en péril par le développement des ISS (10). C'est pourquoi la réduction des ISS est actuellement un objectif majeur de santé publique.

3. Le concept de vulnérabilité

Le dictionnaire de l'Académie française définit la personne vulnérable comme un individu « *Qui peut être blessé. Qui peut être attaqué, qui offre prise.* » (11). Le dictionnaire Larousse complète cette définition avec les termes : « *qui est exposé aux atteintes d'une maladie* » (12). Les individus vulnérables sont donc ceux qui risquent de subir les conséquences les plus délétères lors de l'exposition à un risque. Le concept de vulnérabilité « *inclut, à propos d'un individu ou d'une population, d'une part son exposition au risque ou la probabilité du dommage, d'autre part sa capacité à réaliser ex ante les ajustements nécessaires à sa protection face à ce risque, et ex post à assumer les effets du dommage s'il survient.* » (13). En santé, la maladie va donc avoir plus de conséquences pour les patients vulnérables. Le concept de vulnérabilité rencontre alors celui d'ISS.

En effet, les conditions socio-économiques défavorables rendent les populations plus vulnérables face à la maladie car moins à même de se protéger face au risque et de le maîtriser lors de l'exposition. On observe notamment que la précarité agit comme un « amplificateur négatif » de la santé. Les effets de la situation socio-économique, des comportements ou de l'environnement d'une personne sont susceptibles de majorer la fréquence ou la gravité de ses pathologies (14). Les ISS sont des facteurs qui fragilisent l'état de santé du patient et l'exposent à des maladies particulières mais aussi à des complications plus fréquentes que le reste de la population. La cumulation d'ISS et de pathologies chroniques chez une personne conduit ainsi souvent vers une situation de soin complexe.

Sur le plan législatif, la notion de vulnérabilité a intégré l'ordre juridique notamment dans le champ du droit civil. Ainsi, les personnes considérées comme vulnérables sont celles dont les libertés sont menacées en raison d'une pathologie, d'un handicap, de leur âge ou de conditions de vie défavorables. Dans ce domaine, la vulnérabilité est donc également liée à plusieurs types d'atteinte de la personne : physique, psychique et socio-économique. En raison de cette vulnérabilité, la personne ne dispose pas d'une autonomie suffisante pour exercer ses droits fondamentaux, c'est pourquoi elle a besoin d'une assistance renforcée des pouvoirs publics (15).

Dans le champ du droit social, la création de l'organisme de Sécurité sociale en 1945 résulte de cette nécessité de soutien aux personnes vulnérables. Les branches maladie, famille, retraite, travail et recouvrement ont été développées progressivement pour lutter contre les différentes formes de vulnérabilité. Il est ainsi énoncé dans l'article 111-1 du code de la Sécurité Sociale : « *La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale. Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille et d'autonomie. Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.* »(16).

Ainsi, le concept de lutte contre la vulnérabilité est transversal aux domaines de la santé, de l'économie et du droit. En santé, les personnes vulnérables étant par définition exposées à un risque accru, le système de santé publique et ses acteurs jouent un rôle essentiel pour le réduire.

4. La place théorique des soins primaires et de la médecine générale dans la lutte contre les ISS

Le serment d'Hippocrate énonce qu'en tant que médecin : « mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. [...] Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. » (17). Ce paragraphe décrit avec justesse la mission de soin et de protection des personnes vulnérables du médecin. Certes, ce texte n'a aucune valeur juridique, mais il reste un pilier fondateur de la déontologie médicale.

En outre, selon la définition donnée par la World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General practitioners (WONCA) (18), le médecin généraliste est un soignant de premier recours, ayant un rôle d'orientation et de coordination des soins grâce à une approche centrée sur le patient. Il est, en effet, un acteur accessible, souvent premier maillon de la chaîne de soin, qui oriente et coordonne, après avoir apprécié les problématiques présentées par le patient dans leur ensemble. En théorie, la présence du médecin généraliste au cœur du système de soins primaires, permet un accès au soin universel.

Le médecin généraliste favorise également la promotion et l'éducation pour la santé et assume une responsabilité de santé publique. La WONCA énonce que la médecine générale « *répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* ».

Ainsi, le médecin généraliste a un rôle pivot essentiel dans la prise en charge des patients complexes et dans la lutte contre les ISS. Sa mission de soin concerne la population dans son ensemble et une attention particulière doit être portée aux personnes vulnérables. Grâce à l'approche centrée sur le patient, il considère la personne malade dans sa globalité (19). Son rôle n'est pas uniquement de traiter la maladie, il doit également s'efforcer de prendre en compte les différents facteurs influant sur l'état de santé de la personne. On retrouve les ISS parmi ces déterminants de santé. Il paraît donc naturel qu'elles soient considérées par le médecin généraliste et que ce dernier s'efforce à les réduire.

5. Les difficultés de prise en charge des patients complexes en médecine générale

Dans le contexte actuel, la réduction des disparités de santé est une priorité de santé publique. Des efforts doivent cibler les populations précaires, les malades chroniques ou présentant un handicap, les patients dits « complexes », afin d'éviter un recul dans l'amélioration de l'accès au soin et de l'état de santé de la population obtenu jusqu'à présent (20). Le rôle du médecin généraliste semble prendre tout son sens auprès de ce type de patients. Pourtant, la prise en charge des situations complexes est souvent source de difficultés.

En effet, lorsqu'on les interroge, certains médecins généralistes évoquent le souhait d'assurer leur mission de coordination et de soin dans la prise en charge des patients complexes mais également les obstacles qu'ils rencontrent (21).

Ils signalent notamment un manque de temps pour réaliser une coordination des soins appropriée, nécessitant une mise en relation avec parfois plusieurs acteurs dans des structures diverses (hôpital, réseau de soins, acteurs sociaux...). En effet, la prise en compte des difficultés psychosociales et l'organisation d'une prise en charge multidisciplinaire est chronophage. En outre, le mode de rémunération à l'acte, en place actuellement en médecine libérale, ne permet pas la reconnaissance du travail réalisé hors consultation et rend donc ce type d'activité peu rentable.

Certains médecins ressentent également des difficultés à évaluer les besoins des patients vulnérables ou à repérer les situations de précarité. La formation universitaire initiale n'aborde que très peu les problématiques psycho-sociales. De plus, les recommandations de bonne pratique permettant d'adapter la conduite médicale aux facteurs psycho-sociaux sont inexistantes. Ainsi, les médecins généralistes s'intéressant aux ISS, se forment soit grâce à des diplômes complémentaires, soit par l'expérience professionnelle ce qui rend leur approche souvent subjective et non uniformisée. En outre, les patients en situation de précarité ne sont pas toujours facilement repérables. Ils ne sont pas forcément sans emploi où en situation d'exclusion. On observe notamment l'augmentation récente du nombre de patients actifs, dont le revenu est faible, mais trop élevé pour permettre l'accès à une couverture complémentaire universelle, pour qui les dépenses de santé s'avèrent problématiques et entraînent parfois un renoncement au soin (22).

Le manque de connaissance des ressources sociales et sanitaires de proximité est aussi pointé comme un élément freinant la prise en charge des patients complexes. En outre, lorsqu'elles sont connues par le médecin, il est également signalé des difficultés pour les contacter (horaires d'ouverture limités et incompatibles avec l'exercice du médecin généraliste, manque de temps).

Certains praticiens évoquent aussi des problèmes dans la mise en place d'une relation médecin-patient. Chez certains soignants, on observe une volonté de prendre en charge les malades de manière égalitaire et non discriminatoire. Cette intention, initialement noble, peut induire une perte d'information concernant la situation sociale du patient et un déni de situations de précarité. Les patients vulnérables doivent bénéficier d'une attention particulière. En souhaitant ne pas faire de différence entre les patients et adopter une conduite uniformisée, les ISS ne sont pas prises en compte (14).

La distance sociale entre le patient et le médecin peut également constituer un frein relationnel majeur et impacter la prise en charge médicale. Certains patients en situation de précarité, ressentent de la honte à bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite ou à dévoiler leurs fragilités. De plus, la santé pour le médecin et pour le patient n'occupe pas toujours la même position dans les priorités de la vie courante. La précarité peut entraîner un déni du corps et rendre la démarche de soins complexe. Certains patients, incapables de se projeter, peuvent se montrer peu observants ou n'être amenés à consulter que dans une situation aigüe. Dans ce contexte, et en association parfois avec des problèmes de communication, l'établissement d'une relation thérapeutique s'avère compliqué.

Enfin, le patient complexe n'est pas toujours en demande, et surpasser cela afin de promouvoir au mieux la santé de la personne est un réel défi.

6. Quels dispositifs de soin existent pour les patients vulnérables ?

Les patients dits « complexes » se caractérisent par des spécificités médicales, psychologiques et sociales interdépendantes les unes des autres et qui impactent leur santé. Leur prise en charge nécessite l'intervention de plusieurs acteurs qui doivent échanger des informations en permanence. Il semble donc naturel que la prise en charge de ces patients fasse intervenir des professionnels de soin primaire au sein d'équipes pluridisciplinaires.

Dans les pays anglo-saxons, le concept de case management a émergé il y a quelques dizaines d'années. Développé pour lutter notamment contre les hospitalisations à répétitions des malades chroniques, ce processus vise à optimiser la coordination entre les différents acteurs de soins et le suivi du patient. Le case-manager intervient auprès du patient afin de l'accompagner dans l'organisation et la poursuite des soins, dans le but de maintenir la personne dans son milieu de vie ordinaire (23). Investi par le domaine de la psychiatrie dans un premier temps, ce concept s'est élargi aux autres domaines de la médecine, devant l'augmentation constante du nombre de patients atteints de pathologies chroniques et la complexification de leur prise en charge.

En France, l'émergence de structures médico-psycho-sociales destinées à répondre à la complexité de certaines prises en charge ambulatoires est très récente et encore peu développée.

En milieu hospitalier, les Permanences d'Accès aux soins de santé (PASS) ont été créées en 1998 afin de prendre en charge les patients en situation de grande précarité (24). Ces dispositifs proposent un accès aux soins gratuit aux personnes sans couverture médicale ou avec une protection incomplète (25). Les PASS proposent un accompagnement médico-social grâce à la mobilisation de différents professionnels et services. Leur lien privilégié avec le secteur hospitalier facilite l'accès à divers types de soins. Ainsi, des professionnels de santé et travailleurs sociaux interviennent directement au sein des PASS et orientent, si besoin, les patients vers des services adaptés (hospitaliers, ambulatoires, associatifs...). Certaines structures s'organisent aussi pour aller à la rencontre des patients en milieu urbain par l'intermédiaire d'équipes mobiles. Les PASS initialement adressées aux patients les plus précaires, reçoivent, ces dernières années, une population de plus en plus diversifiée, signant l'augmentation progressive des inégalités sociales de santé.

Selon le degré de handicap, certains patients peuvent avoir accès, sur notification de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), à une prise en charge par un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ou un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Ces structures s'adressent à tout type de handicap. Elles offrent un accompagnement à la vie sociale concernant les SAVS, mais assurent aussi une prise en charge médicale et paramédicale pour les SAMSAH.

D'après le décret n°2005-23 du 11 mars 2005, les SAMSAH ont pour vocation « dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité » (26). Ainsi, ces structures regroupent des professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants...) et des acteurs médico-sociaux (AVS, éducateurs spécialisés, assistants sociaux...). Ils interviennent au domicile des patients mais aussi dans d'autres lieux de vie sociale ou professionnelle. Grâce à des objectifs d'accompagnement fixés, les différents intervenants travaillent auprès du patient afin de favoriser son insertion sociale et professionnelle. Les équipes mènent également des actions pour renforcer la coopération entre les différents acteurs de santé et maintenir la continuité des soins. La pluridisciplinarité des équipes permet un accompagnement complet des bénéficiaires. Ce type de dispositif permet aussi de favoriser l'inclusion et l'autonomisation des personnes prises en charge (27). Cependant, l'intervention d'un SAMSAH est limitée dans le temps et ne remplace pas le suivi médical déjà en place. En effet, la prise en charge s'achève lorsque le lien entre les différents partenaires est rétabli et permet d'assurer une continuité dans l'accompagnement médico-social du patient.

Le GROUPE SOS est une organisation associative créée en 1984 et composée actuellement de quatre dispositifs : SOS jeunesse, SOS Solidarités, SOS Senior, SOS Santé. Ce groupement associatif a pour objectif de lutter contre les exclusions sociales en développant des actions permettant de favoriser l'accès à divers services (éducation, logement, insertion professionnelle, soins, culture...) pour les populations en difficulté. Chaque secteur regroupe plusieurs associations qui développent des projets d'accompagnement pour les personnes vulnérables.

Le GROUPE SOS Solidarités a ainsi mis en place un SAMSAH dans la ville de Bordeaux, qui fonctionne depuis le 1^{er} Septembre 2011. Cette structure a été créée pour assurer un suivi social, médical ainsi que pour favoriser la réinsertion socio-professionnelle des personnes en situation complexe de handicap.

L'équipe est composée d'une directrice, d'une assistante administrative, d'un pôle médical avec un médecin coordinateur, 3 infirmières coordinatrices, 3 aides-soignants, et d'un pôle social avec une psychologue, une assistante sociale, une éducatrice spécialisée et une monitrice éducatrice.

La structure s'adresse aux personnes majeures pouvant présenter tout type de handicap physique ou psychique, dont le handicap est reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Les patients sont orientés par la CDAPH après demande de prise en charge préalable.

Les bénéficiaires sont pris en charge en milieu ordinaire ou protégé. L'accompagnement réalisé présente plusieurs aspects et répond à des besoins établis avec le bénéficiaire en début de prise en charge. Sur le plan médical, l'équipe participe à l'articulation des soins en jouant un rôle de coordination. Un plan de soin personnalisé est défini pour chaque patient, les intervenants sont identifiés et l'équipe du SAMSAH assure un lien entre les différents acteurs de la prise en charge. Elle s'assure également de la bonne compréhension des soins par le patient et de

son consentement, par exemple en l'accompagnant aux rendez-vous médicaux. Une mission de prévention et d'éducation à la santé est aussi menée, notamment au travers d'ateliers d'éducation thérapeutique, d'actions et de conseils hygiéno-diététiques, mais aussi en rétablissant un lien avec le soin grâce à la relation de confiance établie entre l'équipe et les patients. Sur le plan socio-éducatif, le SAMSAH s'assure de l'accès et du maintien des droits du patient et effectue un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (tâches ménagères, gestion administrative, amélioration de l'habitat...). L'équipe peut également réaliser un accompagnement physique à des rendez-vous administratifs mais aussi pour des achats ainsi que pour lors d'activités socialisantes et culturelles.

Depuis sa mise en activité, le SAMSAH de SOS Solidarités de Bordeaux a donc pu mettre en place un accompagnement pluridisciplinaire permettant de favoriser l'identification et la réponse aux besoins de patients complexes. Grâce à ses actions menées auprès des patients et au développement d'un travail en réseau avec différents partenaires soins, l'action du SAMSAH s'articule avec celle des acteurs de soins primaires.

Pour répondre à la question de recherche : « Comment aborder la complexité médico-psycho-sociale en soins primaires ? », nous avons choisi d'analyser l'expérience du SAMSAH de SOS Solidarité Bordeaux en réalisant une étude descriptive rétrospective des patients pris en charge depuis la mise en activité du dispositif.

II. Patients et Méthodes

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective des patients pris en charge par le SAMSAH de SOS Solidarités de Bordeaux depuis sa mise en activité.

Tous les patients ayant rejoint la file active du SAMSAH entre Septembre 2011 et Janvier 2019 ont été inclus dans l'étude.

Afin de recueillir les données caractérisant les patients, nous avons établi une grille d'analyse. Cette grille a été créée à partir de la bibliographie réalisée et des dossiers des patients du SAMSAH. Elle rassemble un ensemble de caractéristiques permettant de décrire les patients.

Les informations recueillies ont été catégorisées en plusieurs groupes :

- Situation socio-familiale :
 - âge
 - sexe
 - nationalité
 - situation professionnelle
 - présence d'un aidant familial et prestations sociales
 - couverture sociale et ressources financières
 - logement

- Données médicales :
 - pathologie principale ayant motivé la prise en charge
 - type de handicap
 - présence d'une pathologie psychique
 - comorbidités associées
 - existence d'une prise en charge pour ALD
 - nombre de traitements médicamenteux consommés par jour et type de traitement
 - existence d'un trouble de l'usage
 - acteurs intervenant dans la prise en charge médicale et paramédicale
 - présence d'une AVS
 - nombre d'intervenants dans la prise en charge du patient

- Critères d'autonomie des patients
 - hygiène corporelle
 - alimentation
 - déplacements intérieurs et extérieurs
 - communication
 - gestion du suivi et des traitements médicaux
 - gestion administrative
 - existence d'une mesure de protection judiciaire

- Données de prise en charge par le SAMSAH :
 - service demandeur de la prise en charge
 - motif principal d'admission

- objectifs initiaux de prise en charge
- modalités de fin de prise en charge
- durée de l'accompagnement
- orientation en fin de prise en charge si celle-ci était terminée.

La grille d'analyse a été complétée à partir des informations présentes dans les dossiers des patients inclus dans l'étude. Lorsque les données recherchées n'étaient pas retrouvées dans les dossiers, nous avons interrogé l'équipe intervenant au sein du SAMSAH et exploité les statistiques réalisées en interne pour compléter notre grille.

Les données recueillies ont ensuite été analysées par le calcul de moyennes et d'effectifs au sein de la population étudiée.

L'objectif principal de l'étude était d'établir des profils médico-psycho-sociaux des patients pris en charge par le SAMSAH afin de formaliser les grands cadres de besoins et de réponses auxquels ils font appel.

L'objectif secondaire était de proposer des pistes d'action, au regard des besoins exprimés, des réponses observées et des données issues de la littérature, pour mieux accompagner les patients cumulant des complexités médico-psycho-sociales.

III. Résultats

Au total, les caractéristiques de 80 patients ont été étudiées.

1. Situation socio-familiale

Age :

La moyenne d'âge des patients était de 46 ans, 45% de la population étudiée avait entre 50 et 60 ans et 21,25% entre 40 et 50 ans.

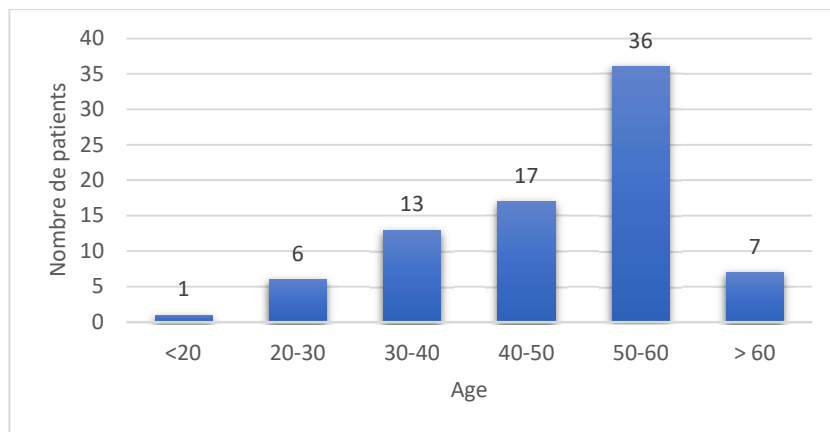


Figure 1 : Répartition des patients selon leur âge

Sexe :

Presque deux tiers de la population était de sexe masculin. En effet, sur les 80 patients étudiés, on comptait 52 hommes (65%) pour 28 femmes (35%).

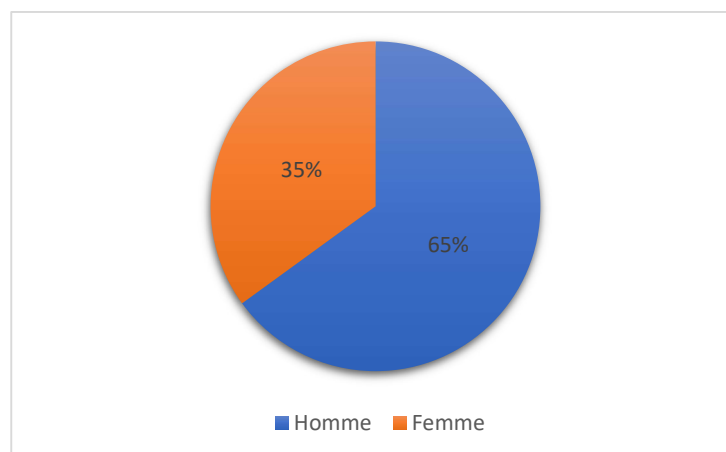


Figure 2 : Répartition des patients selon leur sexe

Nationalité :

67 patients étaient de nationalité française en début de prise en charge par le SAMSAH (83,75% de la population étudiée). Seuls 13 étaient de nationalité étrangère (16,25%).

Situation professionnelle :

Parmi les patients, 10 personnes (12,5%) pratiquaient une activité : 2 avaient un emploi dans le cadre d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), 2 travaillaient en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), 2 pratiquaient une activité de bénévolat, 3 réalisaient régulièrement des activités socialisantes, et 1 était élève au lycée.

Les 70 autres patients, (87,5%) étaient inactifs.

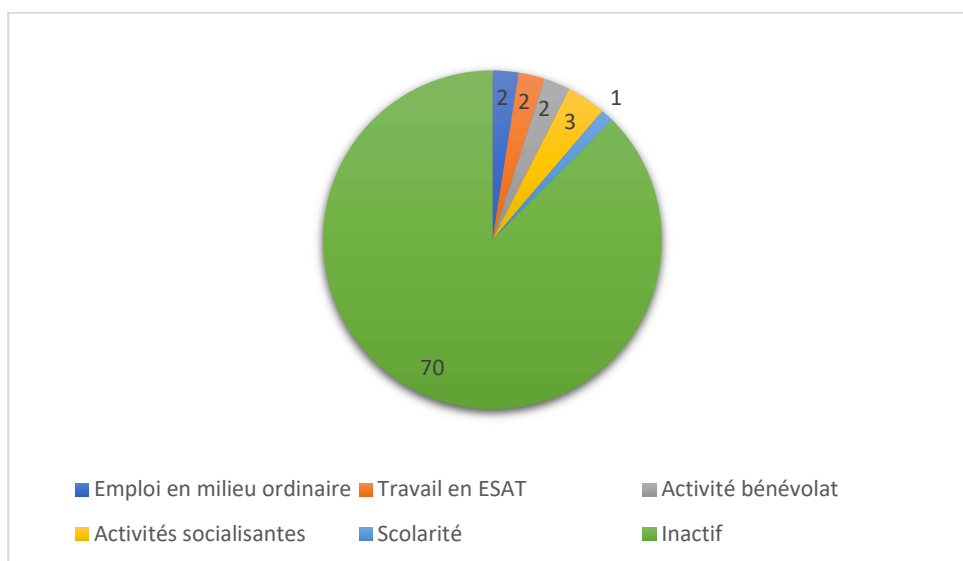


Figure 3 : Répartition des différents types d'activité

Au sein de la population, 11 patients bénéficiaient d'une RQTH (13,75%) mais seulement 2 d'entre eux étaient employés.

Présence d'un aidant familial et prestations sociales :

Pour 25 patients, un aidant dans la famille a pu être identifié (31,25%). Les 55 autres patients étaient en situation d'isolement familial (68,75%).

Dans 87,5% des cas, les patients étaient déjà accompagnés par un travailleur social en début de prise en charge.

Parmi les patients étudiés, 75 (93,75%), percevaient l'Allocation aux adultes handicapés (AAH).

Une Prestation de compensation du handicap (PCH) était accordée pour 42 patients (52,5%), 37 patients n'en bénéficiaient pas (46,25%) et l'information n'a pas été retrouvée pour une personne. Le nombre d'heures de PCH par mois était en moyenne de 59,9 heures. Plusieurs types de PCH pouvaient être en place : aide humaine pour 40 patients, aide technique pour 3, aide spécifique pour 3 et aidant

familial pour 1 personne. Parmi l'ensemble des patients pris en charge par le SAMSAH, 50% bénéficiaient d'une PCH en aide humaine.

PCH	Effectif	Pourcentage
Oui	42	52,50%
Non	37	46,25%
Non précisé	1	1,25%
Total	80	100%

Figure 4 : Effectif des patients bénéficiant d'une PCH

Couverture sociale et ressources financières :

Dans l'ensemble de la population, 46 personnes (57,5%) perçoivent une Aide personnalisée au logement (APL), 9 (11,25%) une pension d'invalidité, 5 (6,25%) une pension de retraite, 4 (5%) bénéficient d'une majoration pour la vie autonome, 3 (3,75%) d'un complément de ressource, 2 (2,5%) du Revenu de solidarité active (RSA), 2 (2,5%) d'une pension de solidarité, 2 (2,5%) d'un salaire. 1 personne (1,25%) est prise en charge par sa famille, 1 (1,25%) reçoit une pension de réversion, 2 (1,25%) une pension de l'armée.

Concernant la couverture sociale des patients, 61 possédaient une couverture mutuelle (76,25%), 13 bénéficiaient de la Couverture maladie universelle (CMU) (16,25%) et 6 de l'Aide pour une complémentaire santé (ACS) (7,5%).

Les revenus mensuels bruts des patients étaient pour la moitié d'entre eux supérieurs à 1026€ et pour l'autre moitié en dessous de ce seuil.

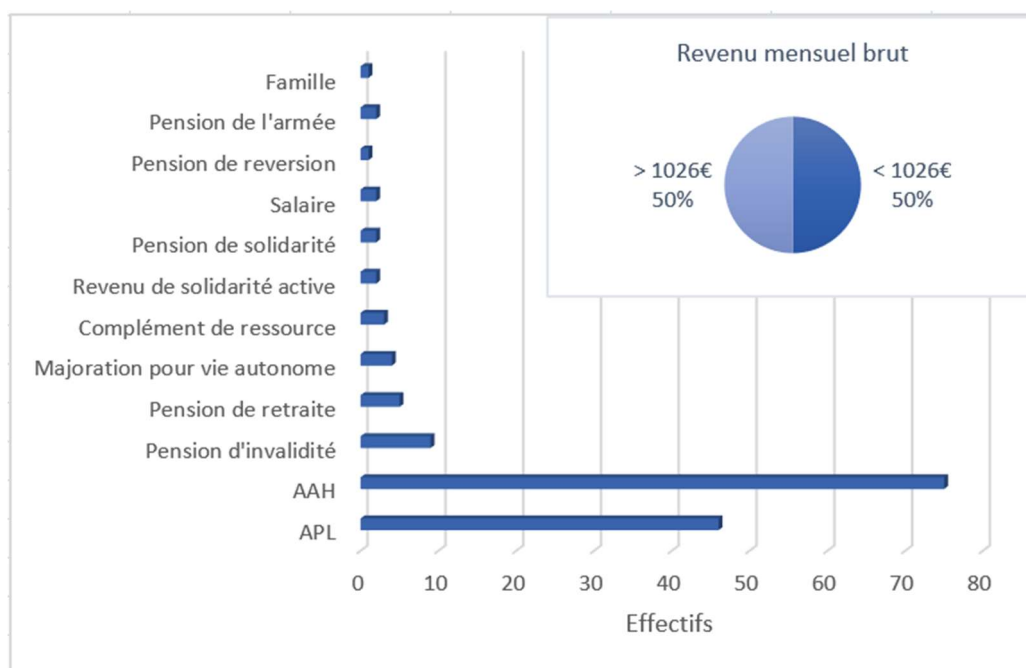


Figure 5 : Montant et type de revenu

Logement :

S'agissant du logement, 60 personnes occupaient leur domicile personnel (75%), 9 logeaient dans le domicile familial (11,25%), 3 dans une maison relais (3,75%) et 1 dans une Résidence personnes âgées (RPA) (1,25%). Pour 7 personnes (8,75%), la situation était qualifiée comme « autre » avec 1 personne en hébergement d'urgence, 2 vivaient en sous-location dans un logement d'Habitat et Humanisme, 3 étaient logées dans une structure hôtelière et 1 dans un appartement de coordination thérapeutique. Le logement était considéré comme adapté au handicap pour 53 patients donc dans 66,25% des cas. 54 patients soit 67,5% bénéficiaient d'un logement social.

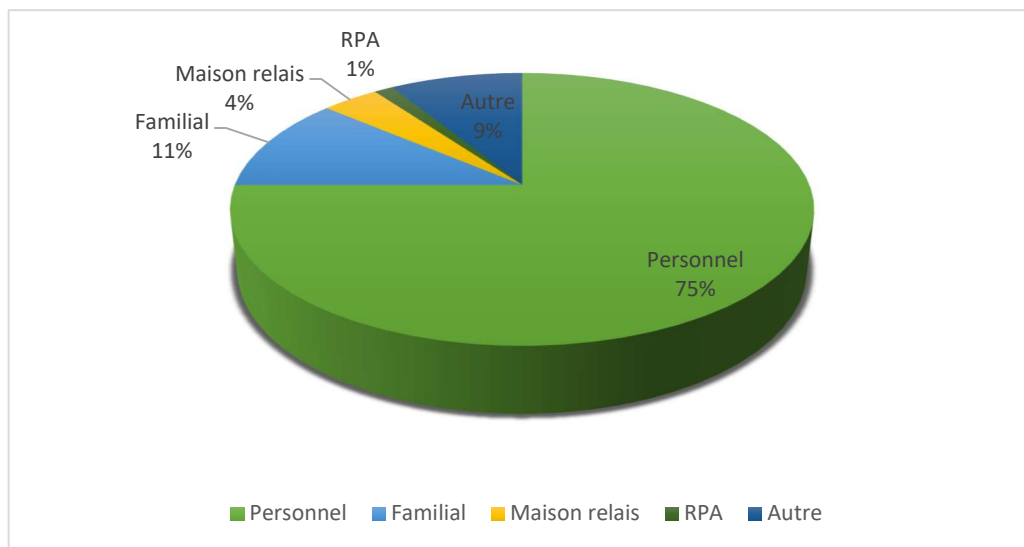


Figure 6 : Types de logements occupés

2. Données de prise en charge médicale

Pathologie principale à l'origine de la prise en charge :

Pour 35 patients (43%), la pathologie principale ayant motivé la prise en charge était psychiatrique. Pour 15 personnes (18,75%), il s'agissait d'une maladie neurologique, pour 8 d'une maladie infectieuse (10%), pour 5 d'une pathologie endocrinologique (6,25%), pour 4 d'une déficience intellectuelle (5%), pour 3 d'un problème cardiologique (3,75%) et pour 2 d'un cancer (2,5%). D'autres types pathologies ont également été retrouvés de manière ponctuelle : 1 pathologie rénale, 1 pathologie hépatique, 1 Trisomie 18, 2 fibromyalgies, 1 tassement vertébral, 1 Maladie de Steinert, 1 Déficit sensoriel.

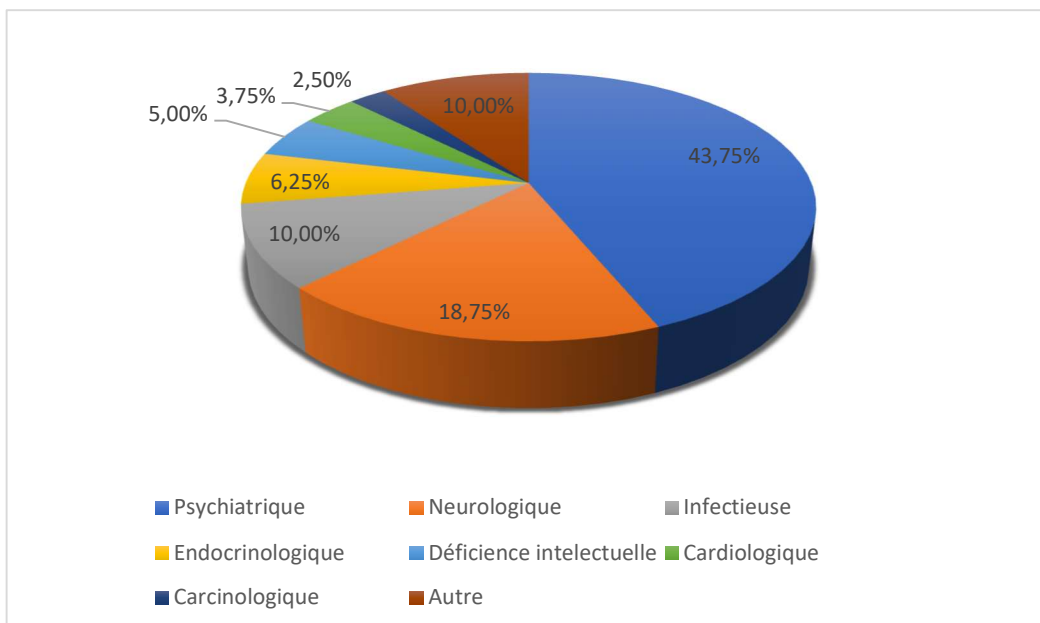


Figure 7 : Répartition des patients selon le type de pathologie

Type de handicap :

Le type de handicap à l'origine de la prise en charge par le SAMSAH a été évalué. 25 patients (31,25%) présentaient un polyhandicap, 10 une défaillance viscérale (12,5%), 6 avaient présenté un traumatisme cérébral ou un autre type de lésion cérébrale (7,5%), 5 souffraient d'un handicap purement moteur (6,25%). Pour 36 patients, le handicap était catégorisé comme « autre », il s'agissait d'un trouble psychiatrique, d'un problème d'addiction, d'un déficit sensoriel ou d'une déficience intellectuelle congénitale.

Présence d'une pathologie psychique :

Qu'il soit responsable de l'accompagnement par le SAMSAH ou non, une pathologie psychique était identifiée dans 87,5% des cas, c'est-à-dire pour 70 patients.

Le trouble le plus représenté était l'addiction. En effet, 32 patients souffraient d'un trouble de l'usage (40%), parfois en association avec d'autres pathologies psychiatriques. Parmi eux, 31 présentaient un éthylisme chronique (38,75%). On retrouvait un tabagisme actif chez 27 patients (33,75%). Un trouble de l'usage médicamenteux était décrit pour 2 patients (2,5%). Enfin, 7 patients présentaient une addiction au cannabis (8,75%), 6 aux opiacés (7,5%) mais ayant un traitement substitutif prescrit. Un patient présentait une toxicomanie non substituée avec consommation régulière d'héroïne et de cocaïne (1,25%).

Concernant les autres pathologies psychiatriques décrites, 22 patients présentaient un syndrome dépressif (27,5%), 16 un trouble de personnalité (20%), 8 des troubles du comportement (10%), 5 une déficience intellectuelle (6,25%), 4 une schizophrénie (5%), 3 un trouble autistique (3,75%), 3 un trouble bipolaire (3,75%), 2 une psychose infantile (2,5%), 1 un trouble obsessionnel compulsif (1,25%), 1 un

trouble de l'attention avec hyperactivité (1,25%), 2 présentaient une pathologie psychiatrique non étiquetée (2,5%).

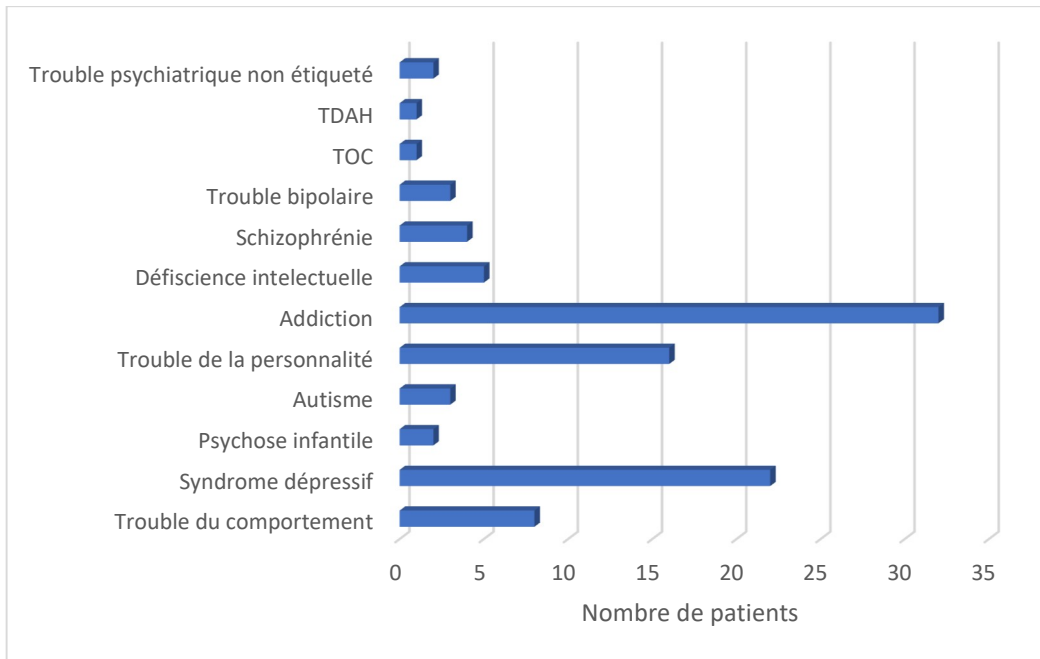


Figure 8 : Effectifs des patients pour chaque type de pathologie psychiatrique rencontré

Présence de comorbidités associées :

Dans plus de 78% des cas (63 personnes), les patients présentaient d'autres problèmes de santé que la pathologie principale ayant motivé la prise en charge par le SAMSAH. Seuls 17 patients (21,25%) ne signalaient pas de comorbidité.

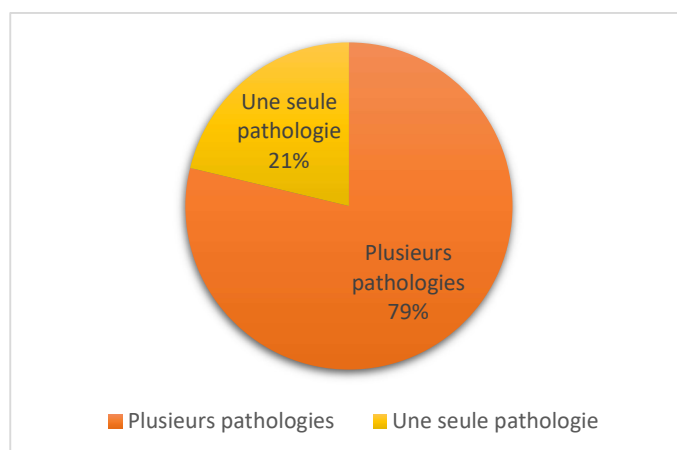


Figure 9 : Effectifs des personnes atteintes de polyopathologies

Parmi les pathologies retrouvées, les troubles cardiovasculaires étaient les plus représentés car ils concernaient 35 patients (43,75%). 15 patients étaient hypertendus, 5 présentaient une coronaropathie, 5 une artériopathie oblitérante des

membres inférieurs, 4 une dyslipidémie, 4 une arythmie cardiaque, 1 une valvulopathie, 1 une insuffisance veineuse.

Les maladies endocrinologiques et métaboliques faisaient partie des comorbidités de 24 patients (30%). Parmi eux, 14 étaient diabétiques, 5 souffraient d'hypothyroïdie, 4 d'obésité et 1 d'insuffisance surrénalienne.

Environ un quart des patients souffraient également d'une pathologie neurologique (22 patients au total soit 27,5% de la population). Pour 7 patients il s'agissait d'une épilepsie, pour 5 d'une polyneuropathie, 3 avaient été victimes d'un AVC, 2 patients présentaient un syndrome de Korsakoff, 1 patient présentait une encéphalite chronique, 1 des troubles mnésiques non étiquetés, 1 une maladie de Charcot Marie Tooth, 1 une algie vasculaire de la face, 1 présentait des séquelles de traumatisme crânien.

Les pathologies gastroentérologiques étaient aussi fortement représentées car retrouvées chez 21 patients soit plus d'un quart (26,25%) également. 7 patients étaient atteints d'une hépatite C, 5 d'une cirrhose hépatique, 3 souffraient d'œsophagite, 2 d'une gastrite, 1 patient présentait une gastroparésie nécessitant l'utilisation d'un neurostimulateur, 1 patient était atteint d'une hépatite B, 1 d'une pancréatite chronique et 1 d'une maladie de Crohn.

Les autres types de pathologies retrouvées étaient : pneumologiques (12 patients), ostéoarticulaires (12 patients), rénales (3 patients), ophtalmologiques (3 patients), carcinologiques (3 patients).

Pour 15 patients, la classification en grand cadre pathologique était délicate : 3 patients étaient atteints d'une affection par le VIH, 2 souffraient d'une surdité, 2 présentaient des séquelles de toxoplasmose. On retrouvait également 1 personne atteinte de la maladie de Marfan, 1 personne souffrant de psoriasis, 1 ayant contracté la tuberculose, 1 ayant une prostatite chronique. Chez 1 patient, une mutation du facteur V était connue, et une anémie hémolytique chez une autre personne.

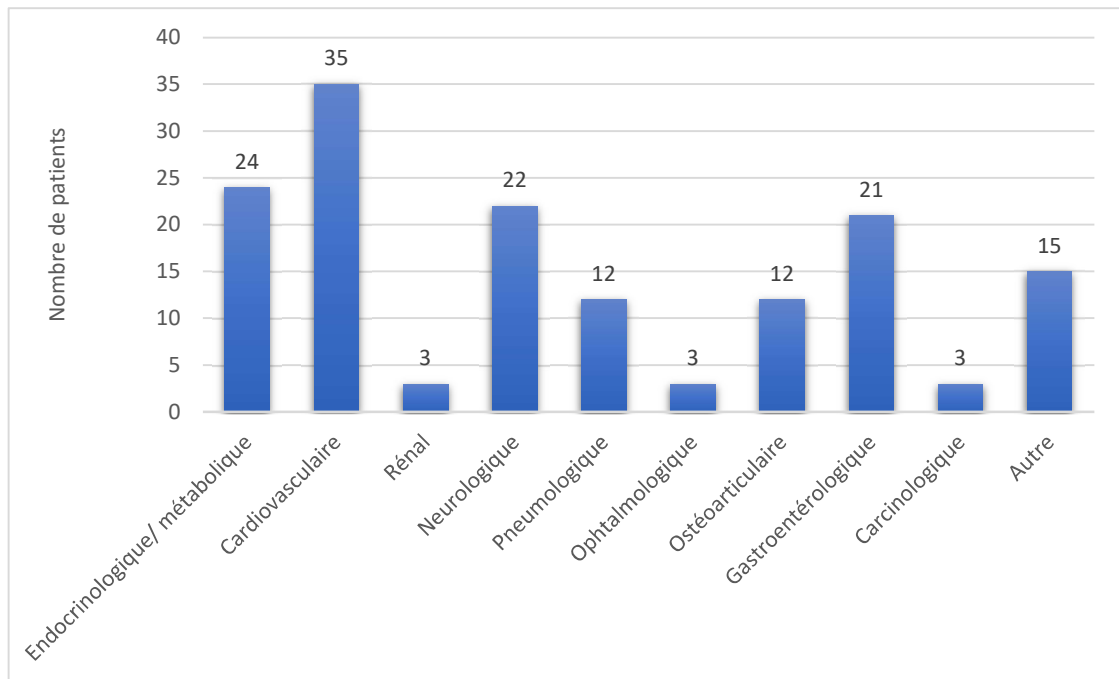


Figure 10 : Effectifs des patients pour chaque comorbidité associée

Prise en charge pour Affection longue durée (ALD) :

Dans 90% des cas, les patients bénéficiaient une prise en charge pour ALD. Au total 72 patients étaient concernés par ce type d'affection, seuls 8 personnes ne l'étaient pas.

Traitements médicamenteux :

Pour 35 patients (43,75%), l'ordonnance habituelle contenait entre 5 et 10 médicaments. On y retrouvait moins de 5 médicaments pour 33 patients, soit 41,25%. Enfin, seuls 12 patients prenaient plus de 10 médicaments différents soit 15%.

Les médicaments les plus prescrits étaient des traitements psychotropes. Ils concernaient 52 patients (65% de la population étudiée). L'ordonnance de 24 patients possédait au moins un traitement cardiologique, celle de 17 personnes un traitement endocrinologique. On retrouvait des antalgiques sur l'ordonnance de traitement de fond de 18 patients dont 6 prenaient des traitements opiacés. Des traitements antiviraux étaient prescrits à 10 patients, neurologiques à 9, pneumologiques à 6. 3 patients bénéficiaient d'un traitement opiacé à visée substitutive. Chez 2 patients, on retrouvait des immunosuppresseurs sur la prescription, un traitement agissant sur le plan rénal pour 2, urologique pour 2, une antibiothérapie pour 3 et de l'hydroxychloroquine pour 1.

Seuls 4 bénéficiaires ne prenaient aucun traitement médicamenteux.

Dans 5 cas, la prescription médicamenteuse n'était pas renseignée.

Acteurs de la prise en charge médicale :

74 patients déclaraient être suivi régulièrement par un médecin généraliste soit 92,5% de la population prise en charge. On observait un suivi spécialisé pour 53 personnes (66,25%), un suivi hospitalier pour 37 individus (46,25%), en Centre médico-psychologique (CMP) pour 21 (26,25%) et en Hospitalisation à domicile (HAD) pour une personne seulement.

Acteurs paramédicaux :

Dans 45% des cas (pour 36 patients), un infirmier diplômé d'état libéral intervenait déjà auprès du patient en début de prise en charge par le SAMSAH. Un kinésithérapeute était intégré aux soins chez 9 personnes (11,25%), un psychologue pour 6 (7,5%), un orthophoniste pour 5 personnes (6,25%), un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour 3 (3,75%), un ergothérapeute dans 2 cas (2,5%) et un psychomotricien pour un patient.

Type d'acteur de soin	Nombre de patients concernés	Pourcentage de la population concerné
Médecin généraliste	74	92,5%
Médecin spécialiste	53	66,25%
Hôpital	37	46,25%
CMP	21	26,25%
HAD	1	1,25%
IDE libéral	36	45%
Kinésithérapeute	9	11,25%
Psychologue	6	7,5%
Orthophoniste	5	6,25%
SSIAD	3	3,75%
Ergothérapeute	2	2,5%
Psychomotricien	1	1,25%

Figure 11 : Tableau récapitulatif des acteurs de soin intervenant dans la prise en charge du patient

Intervention d'un SAVS :

Une intervention par un SAVS était en place avant l'accompagnement SAMSAH dans 60% des cas, soit pour 48 patients.

Nombre d'intervenants dans la prise en charge :

Pour 45 patients (56,35%) on comptait entre 3 et 5 intervenants dans la prise en charge médicale dès le début de l'accompagnement par le SAMSAH. Pour 23 patients (28,75%), moins de 3 acteurs de soin étaient présents. Pour 12 personnes (15%), la prise en charge faisait intervenir plus de 5 partenaires.

3. Evaluation de l'autonomie des patients

Hygiène corporelle :

Les soins d'hygiène étaient réalisés seuls par 65 patients (81,25%) et avec une aide humaine pour 15 personnes (18,75%).

Alimentation :

52 patients pouvaient s'alimenter seuls (65%), 26 avec une aide partielle (32,5%), 2 avaient besoin d'une aide totale (2,5%)

Déplacements :

Concernant les déplacements intérieurs, 52 personnes étaient entièrement autonomes (65%), 25 avaient besoin d'une aide matérielle partielle (31,25%), 3 d'une aide totale (3,75%).

S'agissant des déplacements extérieurs, 49 patients étaient autonomes (61,25%), 21 utilisaient une aide matérielle partielle (26,25%), 10 nécessitaient d'une aide totale (12,5%).

Les types d'aide au déplacement étaient pour 13 patients un fauteuil roulant, pour 11 des béquilles ou une canne, pour 3 un déambulateur, pour 1 une personne tierce, pour 1 des bottes de marche.

Communication :

62 patients communiquaient spontanément et sans difficulté (77,5%). On retrouvait des difficultés de compréhension du langage chez 9 personnes (11,25%), et d'expression chez 6 (7,5%). Un bénéficiaire ne communiquait pas du tout.

Gestion budgétaire et administrative :

Elle était réalisée par la personne seule et sans problème pour 11 personnes (13,75%). 14 patients exprimaient réaliser seuls cette tâche mais avec des difficultés (17,5%). 29 personnes étaient aidées pour la gestion budgétaire et administrative (36,25%) et 21 n'y participaient pas du tout (26,25%). Pour 4 personnes (5%) l'information n'était pas précisée.

Gestion des traitements et du suivi médical :

16 patients (20%) estimaient être autonomes dans le suivi de leurs pathologies et la prise des traitements. Pour 10 personnes (12,5), le suivi était assuré seul mais avec des difficultés exprimées. 29 patients (36,25%) étaient aidés partiellement par une tierce personne dans la gestion de leur suivi médical et 21 personnes (26,25%) ne réalisaient pas du tout cette tâche. Cette donnée n'a pas pu être évaluée pour 4 bénéficiaires (5%).

Evaluation autonomie	Nombre de patients	Pourcentage
Hygiène corporelle :		
- Fait seul	65	81,25%
- Fait avec aide	15	18,75%
Alimentation :		
- Seul	52	65%
- Avec aide partielle	26	32,5%
- Avec aide humaine	2	2,5%
Déplacements intérieurs :		
- Seul	52	65%
- Aide partielle	25	31,25%
- Aide totale	3	3,75%
Déplacements extérieurs :		
- Seul	49	61,25%
- Aide partielle	21	26,25%
- Aide totale	10	12,5%
Communication :		
- Spontanée	62	77,5%
- Difficultés de compréhension	9	11,25%
- Difficultés d'expression	6	7,5%
- Aucune	1	1,25%
Gestion budgétaire et administrative :		
- Seul	11	13,75%
- Seul avec difficulté	14	17,5%
- Avec aide	29	36,25%
- Non fait	21	26,25%
Gestion des traitements et suivi médical		
- Seul	16	20%
- Seul avec difficulté	10	12,5%
- Avec aide	29	36,25%
- Non fait	21	26,25%

Figure 12 : Tableau récapitulatif de l'évaluation de l'autonomie des patients

Mesure de protection :

Au total, 48 personnes (60%) bénéficiaient d'une mesure de protection juridique :

- 38 patients étaient sous curatelle (47,5%)
- 8 sous tutelle (10%)
- 2 sous mesure d'accompagnement judiciaire (2,5%)

Parmi ces patients, la mesure de protection était exercée par un prestataire extérieur dans 93,75% des cas (45 patients), et par un membre de la famille dans 6,25% des cas (3 personnes).

4. Données de prise en charge par le SAMSAH

Service demandeur de prise en charge :

Le SAMSAH était sollicité par un mandataire judiciaire pour 30 personnes (37,5%). Dans 14 cas (17,5%), c'était un travailleur social (assistant social ou Centre communal d'action sociale (CCAS)) qui orientait la personne vers une prise en charge par le SAMSAH, dans 12 cas (15%) il s'agissait d'une association. 7 patients (8,75%) ont eux-mêmes fait appel à la structure pour être accompagnés, dans 5 cas (6,25%) la famille était à l'origine de la demande de prise en charge, dans 2 cas (2,5%) c'était une structure médicale (médecin spécialiste ou CMP), dans 2 cas (2,5%) un centre d'hébergement et pour 1 patient (1,25%) un Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO).

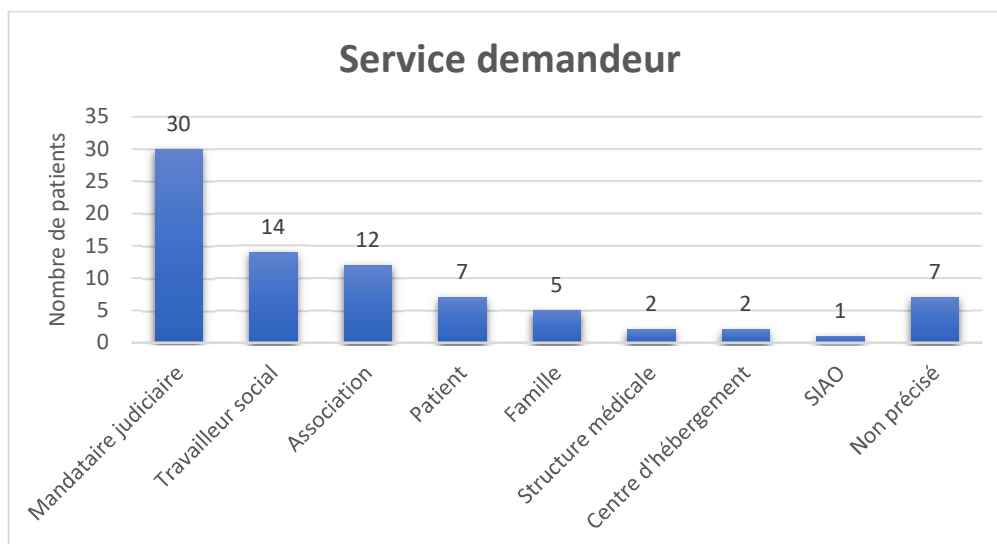


Figure 13 : Effectif des patients pour chaque service demandeur

Motif d'admission :

Le motif principal d'admission était l'isolement social dans 26 cas (32,5%). Le besoin d'aide multiples était un motif d'admission retrouvé pour 13 personnes (16,25%). 8 patients ont sollicité le SAMSAH pour un accompagnement vers l'autonomisation (10%), 5 ont été pris en charge devant l'épuisement des aidants principaux (6,25%), 3 personnes exprimaient le besoin d'une aide au suivi médical (3,75%), 3 étaient pris en charge pour leur polyhandicap (3,75%) et 3 pour permettre un maintien au domicile (3,75%). Pour 2 personnes (2,5%) le motif principal d'entrée au sein du SAMSAH était la rupture de soins, 2 personnes étaient prises en charge pour un problème d'addiction (2,5%), 2 autres pour améliorer la coordination des soins (2,5%) et 1 personne pour être accompagnée vers une vie en logement autonome (1,25%). Le motif d'admission principal n'était pas précisé pour 12 patients (15%).

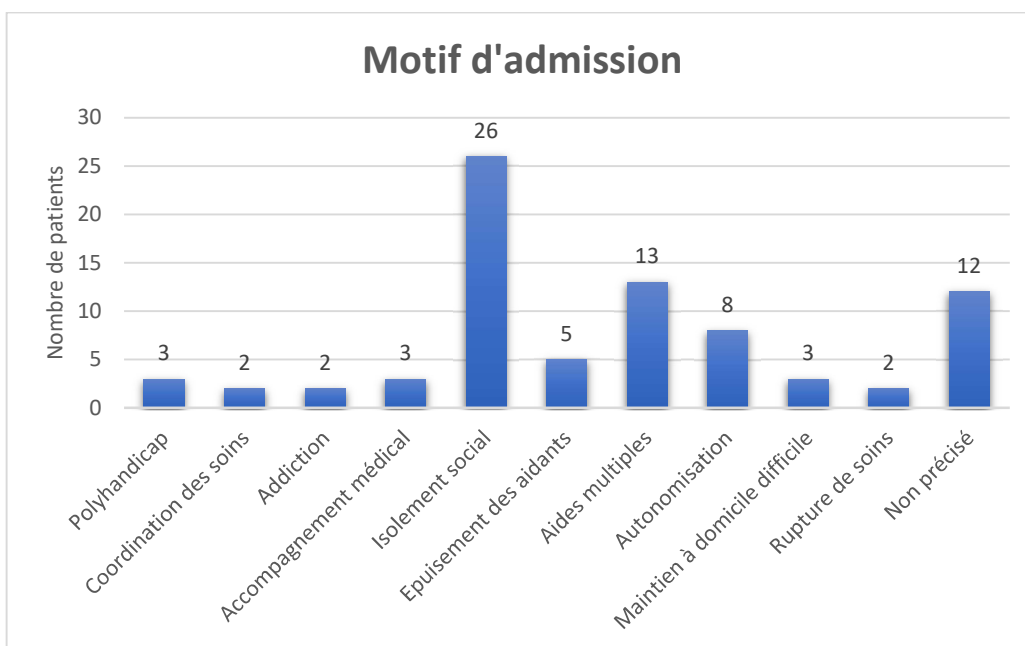


Figure 14 : Effectifs des patients pour chaque motif principal d'admission

Objectifs initiaux de prise en charge :

Le premier objectif de prise en charge était l'amélioration de la coordination des soins dans 52 cas (65%). Pour 42 personnes (52,5%), l'accompagnement vers des activités socialisantes, des déplacements extérieurs ou dans l'organisation de la vie quotidienne était retrouvé dans les objectifs initiaux. L'aide à la gestion administrative en faisait partie dans 39 cas (48,75%). 24 patients (30%) avaient un projet de déménagement dans un nouveau lieu de vie ou d'aménagement du logement habité. L'accompagnement dans le suivi médical était inclus dans les objectifs initiaux pour 24 personnes (30%), les soins corporels pour 9 personnes (11,25%), l'accompagnement dans le suivi psychiatrique pour 8 patients (5%) et dans la gestion de l'addiction pour 2 personnes (2,5%). La mise en place d'une aide à domicile était l'un des objectifs principaux dans 2 cas (2,5%), le soutien des aidants l'était également dans 2 cas (2,5%). Le suivi social n'était évoqué dans les objectifs initiaux que pour un patient (1,25%).

Dans 5 cas (6,25%), les objectifs initiaux n'ont pas été retrouvés dans les dossiers.

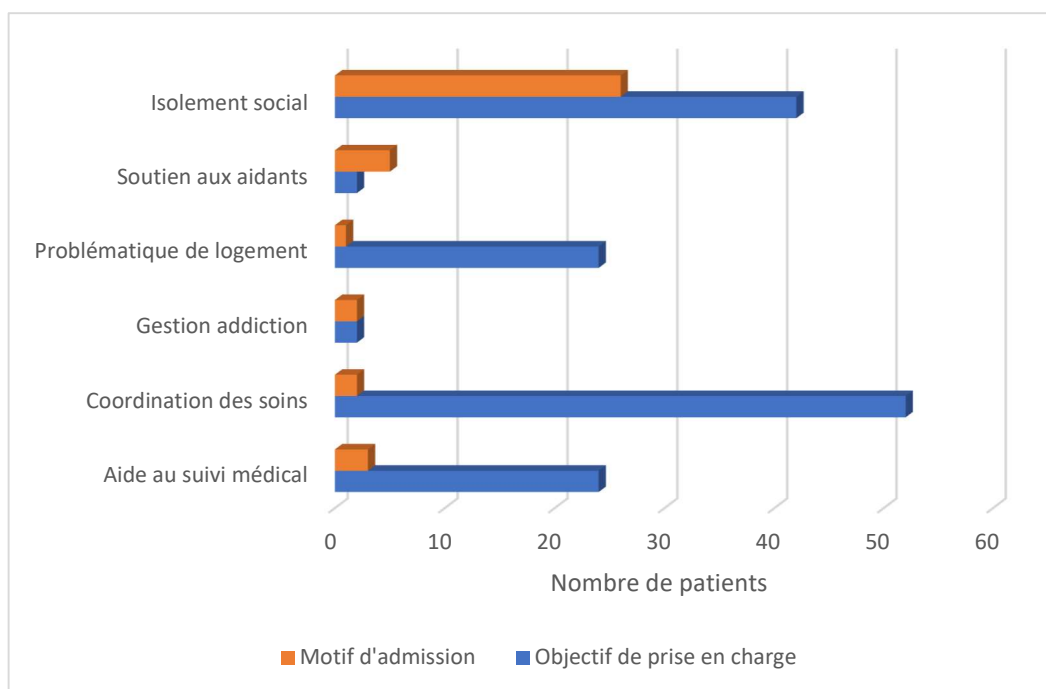


Figure 15 : Comparaison des effectifs des patients pour les principaux motifs de prise en charge et objectifs initiaux

Fin de prise en charge :

Au moment du recueil de données, l'accompagnement par le SAMSAH était achevé pour 52 patients (65%), et encore en cours pour 28 personnes (35%).

Modalités de fin de prise en charge :

16 prises en charge (20%) se sont achevées car les objectifs étaient atteints. Pour 14 cas (17,5%), la prise en charge s'est terminée suite au décès du patient. 7 personnes (8,75%) n'adhéraient pas à la prise en charge et c'est ce qui a motivé l'arrêt du suivi, 5 patients (6,25%) ont rompu soudainement tout contact avec le SAMSAH. Les autres bénéficiaires ont été orientés vers différents types de structures au terme de l'accompagnement par le SAMSAH : 1 personne (1,25%) a intégré un FAM, 1 a été hospitalisée, 1 est entrée en RPA, 1 a été orientée vers un autre SAMSAH, 1 a déménagé et une autre est entrée dans une institution dont la dénomination n'était pas précisée dans le dossier. Pour une personne, la prise en charge s'est achevée en fin de notification MDPH. Pour 3 patients (3,75%), les modalités de fin d'accompagnement n'étaient pas précisées.

Durée de prise en charge :

La prise en charge a duré moins d'un an dans 15 cas (18,75%), entre 1 et 5 ans pour 28 personnes (35%) et plus de 5 ans dans 14 cas (17,5%) dont 5 dont la prise en charge n'était pas terminée au moment du recueil de données.

Orientations post prise en charge :

En fin de prise en charge, 24 patients (30%) sont restés à domicile, 6 (7,5%) ont intégré une structure spécialisée dans le handicap, 2 (2,5%) ont rejoint un EHPAD, 1 personne (1,25%) a déménagé, 1 a intégré une RPA, 1 a été orientée

vers une maison relais. Pour 3 personnes (3,75%) l'orientation post prise en charge n'était pas précisée. 14 patients (17,5%) sont décédés.

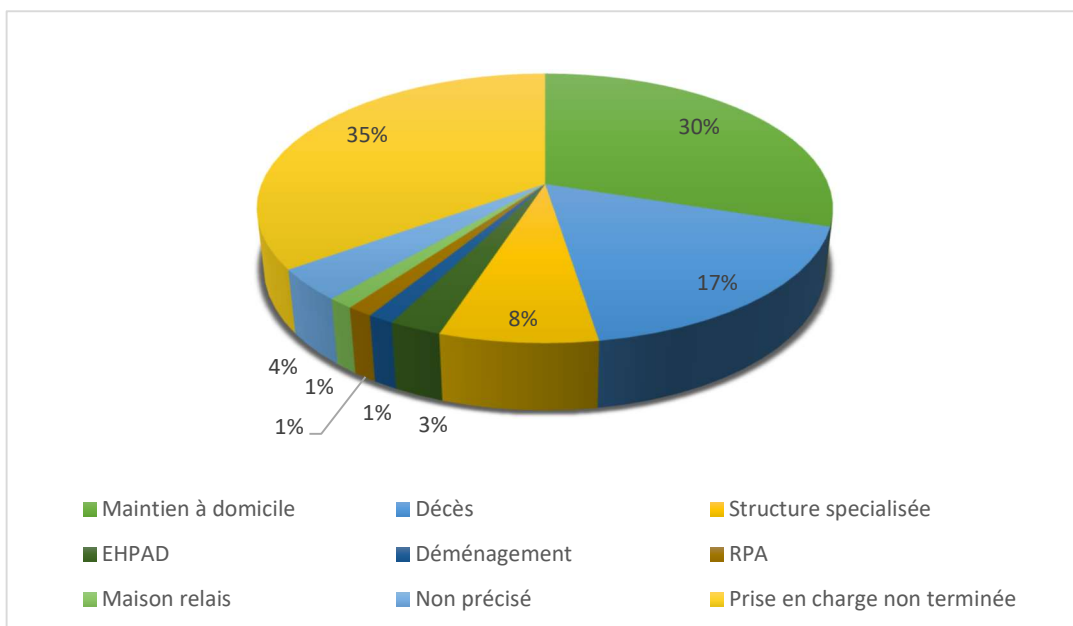


Figure 16 : Orientation post prise en charge

IV. Discussion

1. Profil socio-économique : une population en situation de précarité

Lorsqu'on analyse les résultats obtenus, on constate que près de la moitié des patients pris en charge par le SAMSAH étaient âgés de 50 à 60 ans, et que 2/3 étaient des hommes. La population était principalement de nationalité française. La prise en charge par un SAMSAH nécessite d'être dans une situation de régularité civile puisqu'elle est accessible par notification MDPH. Les personnes en situation irrégulière et notamment certains patients migrants et sans domicile fixe (SDF) ne sont donc pas représentés dans la population étudiée.

La majeure partie des bénéficiaires se trouvait dans une situation économique précaire : ils étaient isolés familialement dans plus de 2/3 des cas et presque tous inactifs sur le plan professionnel (87,5% de la population étudiée). L'AAH constituait, pour la plupart, la principale source de revenu. En se basant sur le seuil de pauvreté à 60% du niveau de vie médian de la population en 2018 s'élevant à 1026€, on constate que la moitié des patients étudiés présentait des revenus inférieurs. Le taux de pauvreté était de 50% dans la population analysée. Il était donc nettement supérieur au taux de pauvreté observé dans la population générale qui était de 14% en 2016 (28) et estimé à 14,7% en 2018 (29).

Toutefois, on observe que plus des $\frac{3}{4}$ des patients bénéficiaient d'une couverture mutuelle et occupaient un logement individuel. Il s'agissait cependant d'un logement social dans 2/3 des cas. En outre, il s'avère que le logement occupé nécessitait souvent d'être réaménagé ou même quitté. En effet, cette demande est retrouvée dans les objectifs initiaux d'accompagnement dans 30% des dossiers.

Les patients présentaient donc des facteurs de fragilité sociale avec souvent une situation professionnelle, financière et de logement précaire. La régularisation de l'état civil étant nécessaire à l'accès au SAMSAH, les populations de patients en situation irrégulière n'ont pas pu être inclus au sein de l'étude et ne sont donc pas évalués. Les résultats montrent cependant, que la précarité sociale peut également exister chez des patients qui bénéficient d'un logement et d'une couverture santé complémentaire et ce malgré les aides financières attribuées par l'Etat.

2. Profil médical : des pathologies multiples et chroniques

Les individus accompagnés par le SAMSAH étaient atteints, dans 78% des cas, de pathologies multiples. Il s'agissait en grande partie de pathologies chroniques puisque 90% des patients étaient pris en charge pour une ALD. Ce type d'affection était largement surreprésenté dans la population étudiée par rapport à la population générale française. En effet, seuls 17% de l'ensemble des individus affiliés au régime général de la CPAM étaient rattachés à une ALD en 2017 (30).

On observe que la majorité des patients présentait un problème de santé mentale même s'il ne s'agissait pas toujours de la pathologie ayant motivé la prise en charge. La pathologie psychiatrique la plus représentée était l'addiction. Là aussi, on constate une différence importante entre la population étudiée et la population générale française. Ainsi, chez 38,75% des bénéficiaires du SAMSAH un éthylisme

chronique était décrit contre 10% de la population française selon les données Baromètre santé 2017 (31). L'addiction au tabac concernait un plus faible effectif (33,75%) selon le recueil effectué mais cette donnée n'était pas toujours précisée dans les dossiers analysés et est certainement sous-évaluée dans l'étude réalisée.

La prévalence importante des pathologies psychiques et de l'addiction chez les populations en situation de précarité est un fait déjà bien connu. Des études ont comparé notamment la prévalence des troubles mentaux en population générale et chez les personnes SDF (Figure 17) et montrent une nette différence entre les deux groupes : la pathologie psychiatrique s'avère bien plus fréquente au sein des populations SDF.

	Fazel et al., 2009	SAMENTA (Laporte et al., 2009)	SMPG (Roelandt et al.2007) Hommes-Femmes
Dépendance alcoolique	34%	21%	7%-1,5%
Dépendance à d'autres drogues	24%	17%	4%-1%
Troubles psychotiques	13%	13%	3,1%-2,5%
Troubles dépressifs	11%	20%	9%-13%
Trouble anxieux généralisé		4%	11%-15%

Figure 17 : Prévalence des troubles mentaux en population générale (Roelandt et al., 2007) et au sein de la population SDF (Fazel et al. 2009 ; Laporte et al ; 2009) (32)

Certes, la population accompagnée par le SAMSAH n'est pas sans domicile, mais elle présente des critères de précarité économique et professionnelle ainsi que des signes d'exclusion sociale marqués. Bien que les mécanismes reliant santé mentale et vulnérabilité sociale ne soient pas entièrement identifiés, ils sont souvent rencontrés ensemble, la précarité sociale a un impact délétère sur la santé mentale des individus et vice versa (32).

Dans notre étude, ce phénomène n'est pas constaté uniquement pour les troubles psychiatriques. En effet, lorsqu'on observe, par exemple, les données concernant la prévalence du diabète, les estimations réalisées entre 2012 et 2016, montraient que 4,6% à 5,0% de la population, tous régimes d'Assurance maladie confondus (33), présentait un diabète tandis qu'au sein de la population prise en charge par le SAMSAH sur la durée de l'étude, 17,5% des patients étaient concernés. Ces résultats sont en accord avec les données épidémiologiques qui mettent en évidence que le diabète atteint 3 à 4 fois plus les populations précaires (34). Ces informations concernent surtout le diabète de type 2. Ceci s'explique notamment par les pratiques alimentaires observées au sein des populations fragilisées sur le plan socio-économique. On constate en effet un déséquilibre du régime alimentaire fréquent, associé à une inactivité physique pour ces personnes, ce qui majore la prévalence de l'obésité directement liée au risque de diabète de type 2 (35).

Les éléments concernant la prévalence des pathologies chroniques observés dans l'étude menée sont en accord avec les données d'analyse de l'état de santé des populations en situation de précarité. En effet, les données épidémiologiques confirment que les maladies chroniques sont plus fréquentes en milieu socialement précaire avec notamment 2 fois plus de patients en ALD dans cette catégorie de la population à âge et sexe égal. On observe une prévalence globale plus importante des pathologies chroniques chez les patients bénéficiaires de la CMU-C. Ces patients en situation de vulnérabilité sociale et en ALD présentent également une surmortalité avec un taux de décès annuel estimé à 2,5% contre 1,5% pour le reste de la population en ALD.

Ce phénomène s'explique par une double interaction entre conditions de vie fragiles et maladies chroniques. En effet, la précarité favorise l'émergence de maladies notamment par le biais de conduites à risque. On constate ainsi une prévalence nettement plus importante de cancers des voies aéro-digestives liés surtout à l'éthylotabagisme ou de maladies infectieuses telles que les hépatites virales ou le VIH chez les populations bénéficiaires de la CMU-C. En outre, les maladies chroniques favorisent la précarisation. Par exemple, seuls 10% des patients atteints de schizophrénie présentent une forme de maladie permettant une autonomie sociale (36). La maladie chronique peut donc être cause ou conséquence d'une situation de vulnérabilité sociale et les deux phénomènes s'associent fréquemment.

3. Un parcours de soins multidisciplinaire et complexe

D'après notre étude, les patients accompagnés par le SAMSAH cumulaient simultanément de multiples pathologies chroniques. Leur suivi était assuré presque systématiquement par le médecin traitant, présent dans 92,5% des cas, mais aussi par un ou plusieurs médecins spécialistes dans près de 2/3 des situations. Les pathologies observées nécessitaient l'intervention de plusieurs professionnels de santé, souvent nombreux, puisque plus de 70% des patients faisaient appel à au moins 3 intervenants différents. Cependant, alors que 70 patients étaient concernés par un trouble psychique, on constate que seuls 26% étaient suivis en CMP et 7,5% par un psychologue. Lorsqu'on observe les pathologies psychiatriques décrites dans la population étudiée, on s'aperçoit pourtant qu'un certain nombre conduisent habituellement à un suivi spécialisé régulier.

En examinant les prescriptions médicamenteuses, on constate une cohérence entre les pathologies les plus retrouvées dans la population étudiée et les types de traitements pharmacologiques prescrits. En effet, les prévalences des pathologies retrouvées correspondaient aux prévalences des types de médicaments. Cependant, il semble que dans plusieurs cas, les patients présentaient une pathologie sans traitement correspondant retrouvé. Ainsi, quand 43,75% des personnes suivies étaient atteintes d'un trouble cardiovasculaire, des traitements pour ce type de maladie n'étaient retrouvés que chez 30% de la population étudiée. On observe le même type d'écart pour les autres grands cadres de pathologies (endocrinologiques, gastroentérologiques, pneumologiques, neurologiques, psychiatriques). Il est vrai qu'une prise en charge médicamenteuse ne s'impose pas systématiquement pour certaines pathologies, toutefois, ces écarts peuvent révéler des difficultés de suivi et

d'observance des patients et marquent le besoin d'un accompagnement médical accru.

Plusieurs obstacles à l'accès aux soins sont identifiés chez les patients en situation de précarité et peuvent expliquer ce qui est constaté. La restriction et l'inadaptation dans la consommation de soins sont liées à la barrière linguistique chez les populations migrantes, une mauvaise connaissance du système de soins, des difficultés de financement, une couverture sociale inadaptée aux ressources et aux besoins ou un sentiment de honte de bénéficier d'une aide sociale, une faible estime de soi ou encore des liens familiaux déstructurés (37).

Au total, les malades étudiés cumulaient de multiples pathologies chroniques, dont certaines sont observées de manière plus fréquente que dans la population générale. Le même constat a été fait dans diverses études concernant les populations en situation de précarité et plusieurs éléments expliquent ce phénomène. Dans l'étude, ces problèmes de santé nécessitaient l'intervention de plusieurs types de soignants, dont l'action semblait difficile au vu de l'inadéquation parfois présente entre pathologie et traitement suivi.

4. Autonomie : des patients vulnérables sur le plan administratif

Concernant les gestes d'hygiène du quotidien, l'alimentation, la communication et les déplacements, la population étudiée était globalement autonome. Ces capacités conservées permettaient leur maintien à domicile dans la plupart des cas et l'intervention du SAMSAH en milieu ordinaire et sur le lieu de vie des bénéficiaires.

Toutefois, dans le domaine de la gestion administrative et budgétaire, des difficultés étaient exprimées par la plupart des patients. Seuls 13,75% disaient assurer ce type d'activité seul, sans aide nécessaire. Cette donnée paraît cohérente avec la prévalence de l'intervention d'un travailleur social auprès de la population étudiée puisque celle-ci était retrouvée dans 87,5% des cas. Du fait des difficultés présentes dans la gestion administrative et financière, la majorité des patients suivis par le SAMSAH bénéficiaient également d'une mesure de protection juridique. La plus représentée était la curatelle, ce qui traduit le manque d'autonomie partiel mais pas total dans le domaine administratif des personnes accompagnées par le dispositif. On remarque aussi l'isolement des patients et les difficultés d'accompagnement des familles lorsqu'elles sont présentes en examinant à qui était confié le rôle de protecteur juridique. En effet, on note que dans plus de 90% la mesure de protection était exercée par un mandataire extérieur et par un membre de la famille seulement dans 6,25% des cas.

Concernant la gestion du suivi médical, là aussi des difficultés sont soulignées par les patients. Plus d'un tiers des personnes étaient participantes mais aidées partiellement par une tierce personne et plus d'un quart de la population ne participait pas du tout à l'organisation de la prise en charge médicale et au suivi des soins. Par ailleurs, près d'un patient sur deux bénéficiait de l'intervention d'une infirmière libérale ou via un service dédié. La fréquence et le type de soins infirmiers n'ont cependant pas pu être évalués au sein de l'étude réalisée.

Grâce aux données étudiées, on constate que les personnes prises en charge sont autonomes pour une partie des actes de la vie quotidienne mais se retrouvent en difficulté dans la gestion administrative, financière et de leur suivi médical. Par ailleurs, on ne retrouve que très peu d'aidants présents dans l'entourage pour les soutenir dans ce type d'activité. Certes on observe la présence d'acteurs sociaux (assistants sociaux, curateurs ou tuteurs) auprès des patients mais leur intervention reste limitée au champ social et parfois parallèle à la prise en charge médicale et paramédicale sans coordination. Le besoin d'accompagnement et l'isolement mis en évidence reflètent une vulnérabilité médico-sociale marquée. Cette fragilité renforce les ISS et présente un frein à l'accès au soin par des mécanismes déjà cités comme la méconnaissance et l'usage inadapté du système de santé.

5. Les modalités d'accompagnement par le SAMSAH : lutte contre l'isolement social et coordination des soins

L'isolement social était une caractéristique retrouvée tout au long de l'étude et il s'agissait du principal motif de prise en charge, concernant presque 1/3 des patients (32,5%). De plus, dans 37,5% des cas c'était un mandataire judiciaire qui était à l'origine de la demande d'intervention du SAMSAH, et dans 15% des cas un travailleur social. Ces données soulignent en plus de leur isolement, le besoin d'accompagnement social des personnes prises en charge par le service. Les problématiques de vie sociale étaient d'ailleurs identifiées dès le début de la prise en charge. En effet, parmi les objectifs initiaux, l'accompagnement vers les activités socialisantes, ou dans d'autres activités de la vie quotidienne était retrouvé dans 52,5% des cas, suivi par l'aide à la gestion administrative (48,75%). Plusieurs autres objectifs initiaux présentés signaient un souhait de sortir de l'isolement de la part des patients (aide à un projet de déménagement, aide aux soins corporels, mise en place d'aide à domicile...)

Le second motif de prise en charge le plus fréquent était la nécessité d'aides multiples, à la fois médicales, psychologiques et sociales. En outre, l'objectif initial le plus retrouvé était l'amélioration de la coordination des soins (65% des cas). L'accompagnement vers un suivi médical était également très régulièrement présent dans les axes de prise en charge. Les patients présentaient de multiples pathologies chroniques associées à des fragilités sociales dans la plupart des cas. Malgré l'intervention de plusieurs acteurs sociaux et médicaux, des difficultés de suivi et de coordination des soins étaient identifiées. Une problématique prépondérante décrite dans la population étudiée n'est que très peu retrouvée dans les objectifs de prise en charge : la gestion de l'addiction. Elle n'est exprimée que pour 2 patients tandis qu'elle concerne 32 patients au total. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'addiction n'est pas toujours acceptée ni considérée comme une difficulté prioritaire par les bénéficiaires.

Même si le travail du SAMSAH n'était pas achevé pour tous les patients étudiés, on observe quand même que pour une partie d'entre eux, les objectifs fixés étaient atteints au terme de l'accompagnement par le dispositif. Toutefois, quelques patients n'adhéraient pas à la prise en charge ou ont même rompu contact avec le service. Sur les 52 personnes pour lesquelles la prise en charge s'est terminée, 46% ont pu rester à domicile. 21% ont intégré une structure. Parmi les patients, une

mortalité accrue a été constatée puisque 17,5% de la population totale étudiée est décédée.

6. Conclusion : des malades vulnérables nécessitant une prise en charge complexe

Les données recueillies, confrontées aux éléments de littérature observés montrent que les personnes accompagnées par le SAMSAH du groupe SOS à Bordeaux sont des patients complexes. En effet, ils présentent des pathologies multiples, intriquées, à la fois organiques et psychiques, s'associant à une fragilité sociale ayant un impact direct sur leur état de santé. Victimes d'inégalités sociales de santé, ces patients sont isolés sur le plan familial mais aussi socio-professionnel. Partiellement autonomes, ils vivent en situation de précarité socio-économique pour la plus grande partie des cas ce qui entrave l'accès au soin et a un impact délétère sur leur état de santé même si leur accès aux droits est globalement respecté.

Bien que de nombreux intervenants (médecin traitant, médecins spécialistes, soignants paramédicaux, travailleurs sociaux) soient présents dans la presque totalité des situations, la coordination des soins et du suivi reste une source de difficulté pour ces professionnels. Il en résulte notamment des discordances entre pathologies et types de traitements recensés, des situations de rupture de suivi, et une aggravation de la situation médicale et sociale des patients.

De ces profils médico-psycho-sociaux complexes, naissent des besoins que nous avons pu identifier notamment grâce aux objectifs initiaux de prise en charge par le SAMSAH. Ainsi, les patients et différents acteurs présents autour de ces derniers, exprimaient en priorité la nécessité d'une amélioration de la coordination des soins, d'un accompagnement à la vie sociale, pour la gestion administrative et budgétaire mais aussi pour le suivi médical, psychologique et parfois la gestion d'addictions. D'autres types de besoins ont également été soulevés, et notamment de l'aide pour certains projets de vie : déménagement, amélioration des soins corporels mais aussi un soutien pour les aidants présents.

Les besoins résultant de ces situations complexes sont divers et nécessitent la mise en place d'actions coordonnées et multidisciplinaires. L'étude menée offre un aperçu de ces besoins et nous amène à rechercher des pistes de réponse pour mieux aborder la complexité médico-psycho-sociale.

V. Limites et perspectives

L'étude menée auprès des patients accompagnés par le SAMSAH de SOS Solidarité n'est pas représentative de la population globale. L'échantillon de patients étudiés est de petite taille, avec seulement 80 patients. De plus, l'étude présente un biais de sélection puisqu'elle concerne une population de personnes en situation de handicap bien spécifique, sélectionnés par la MDPH après une initiative de demande d'accompagnement émanant du patient lui-même ou d'un aidant. Il existe également un biais d'information lié à une variabilité des données présentes dans les dossiers étudiés. La longue durée du recueil de données expose aussi à un biais puisque la population cible et les modalités de prise en charge ont pu varier depuis la mise en activité de la structure. Lorsqu'une information manquait au dossier, nous avons tâché de questionner l'équipe du SAMSAH afin de réaliser un recueil le plus exhaustif possible.

Certes, cette étude est limitée par la taille de l'échantillon analysé et par les biais qu'elle présente ; toutefois, l'effectif reste honorable pour une population spécifique et les résultats confrontés aux données de littérature permettent de faire émerger des pistes de réflexion concernant la prise en charge des patients complexes et pourraient faire l'objet de travaux plus approfondis.

1. Repérer la vulnérabilité

La vulnérabilité individuelle mais aussi collective entraîne un risque accru de subir les effets de la maladie. Elle expose à des prises de risque, à un non recours aux soins, à une utilisation inappropriée du système de santé, à une mauvaise coordination des soins, à des problèmes d'observance thérapeutique et des refus ou ruptures de soins. La vulnérabilité d'un patient est à l'origine de parcours de soins complexes. Le soignant, dans sa mission de réduction des risques, doit pouvoir repérer les facteurs de fragilité afin de limiter leur impact sur la santé des patients. L'analyse des parcours de soin des patients pris en charge par le SAMSAH de SOS Solidarités Bordeaux croisée aux données de littérature, permet d'identifier des éléments, de manière non exhaustive, qui peuvent donner naissance à des situations de vulnérabilité. Nombreux sont les facteurs qui peuvent mettre en péril ces éléments (coût des soins, âge des patients, connaissance du système de santé, types de pathologies et notamment atteintes psychiques, condition de vie des patients, statut social, économique, éducation etc...). Ils doivent retenir l'attention des professionnels de santé.

Pour certains auteurs, la vulnérabilité naît d'un décalage entre les besoins du patient et les actions mises en œuvre pour y répondre. Elle est à la fois générée par des caractéristiques intrinsèques au malade mais aussi par des facteurs liés aux acteurs de la prise en charge ainsi que par le fonctionnement du système de soin (38).

On retrouve parmi les caractéristiques intrinsèques au patient, des données médicales et des éléments socio-économiques. Ainsi, l'âge, les pathologies dont il est atteint et notamment la présence d'addictions, de troubles psychiatriques ou la polypathologie vont fragiliser le patient. En outre, la précarité sociale et économique

entravent l'accès au soin par d'autres mécanismes : l'inégalité d'accès aux compléments santé, la méconnaissance et l'incompréhension du système de soin avec non recours par inquiétude du coût des traitements ou des décisions médicales (39). Le statut légal, les conditions de logement, les situations d'exclusion ou de violence dans l'environnement du patient sont également des facteurs qui entraînent des ISS et créent des situations de vulnérabilité en santé.

Les indicateurs de fragilité sociale sont multiples mais certains peuvent être ciblés pour permettre un dépistage des personnes susceptibles d'être touchées par des ISS. L'utilisation d'un questionnaire de dépistage a notamment été étudiée afin de repérer la vulnérabilité sociale dès le début d'une prise en charge médicale (40). La vulnérabilité intrinsèque au patient peut également être recherchée à l'interrogatoire mais nécessite une connaissance des facteurs qui l'engendrent de la part du soignant.

Si on s'intéresse à la prise en charge globale du patient, on peut repérer d'autres éléments susceptibles d'altérer la qualité du soin. Ainsi, des caractéristiques liées aux soignants ou au système de soin tels que le manque de temps pour aborder une situation complexe, la méconnaissance de certaines situations sociales, des sentiments négatifs pouvant émaner du soignant, le coût et l'accessibilité des soins, participent aussi à la naissance d'une vulnérabilité.

Une autre caractéristique, qui peut toucher à la fois patients et soignants, influe sur la vulnérabilité en santé : la littératie. Ce terme est utilisé pour décrire « les compétences nécessaires pour accéder à, évaluer et utiliser l'information afin de prendre des décisions en terme de soins de santé, de prévention ou de promotion de la santé. » (41). La faiblesse de la littératie a un impact négatif sur la préservation de la santé et l'utilisation du système de soins. L'évaluer permet la mise en place de stratégies qui permettent de réduire les inégalités de santé, d'adapter les modes d'information, de prévention et de renforcer l'accès aux soins.

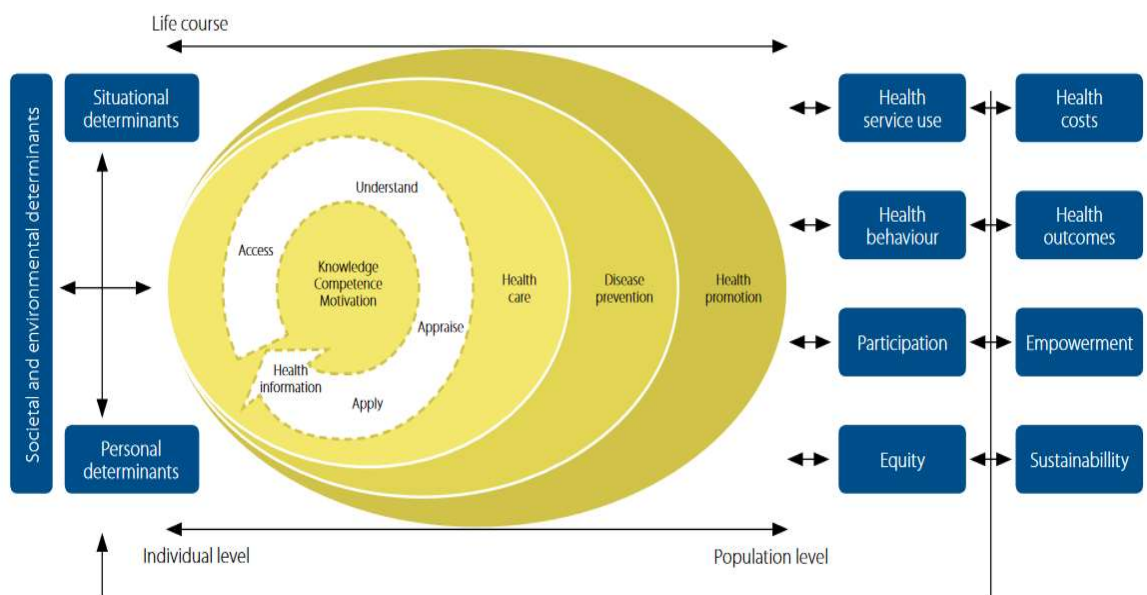


Figure 18 : Modèle conceptuel de la littératie en santé de l'European Health Literacy Survey (42)

Le dépistage de la vulnérabilité n'est pas aisé ; celle-ci peut se présenter sous des formes variées et évoluer au cours de la vie d'une personne. Certains facteurs susceptibles de mettre en péril des besoins primordiaux peuvent être évalués notamment en questionnant la personne soignée. Ainsi, on peut notamment identifier cinq grands facteurs de vulnérabilité liés au patient lui-même ou à son environnement qui doivent attirer l'attention des professionnels de santé (43)(44) :

- L'accès aux droits : le droit à la santé (l'assurance), le droit au séjour, à la protection, à l'activité rémunératrice et socialisante
- La dépendance : à un produit, à un système, à une personne lorsqu'elle n'est pas vectrice d'une juste autonomie et qu'elle ne permet pas l'autodétermination. Ce facteur concerne aussi la dépendance dans le soin, dans les divergences entre les acteurs de soins qui rendent impossible une position thérapeutique cohérente, la dépendance psychique liée à des angoisses, aux addictions ou une labilité émotionnelle.
- La littératie : pouvoir communiquer et comprendre les consignes, particulièrement dans la compréhension des contraintes thérapeutiques favorisant l'observance.
- L'exposition à des violences
- La précarité du logement qui va de l'absence de logement au logement inadapté du fait du handicap, de la vétusté ou de la surpopulation.

Cette approche de la vulnérabilité rappelle 3 éléments majeurs. Quand on repère des indices de complexité dans un parcours de soin, il faut :

- S'appuyer sur une analyse pluridisciplinaire prenant en compte à la fois des éléments médicaux, sociaux et de santé mentale
- Nouer une alliance avec le patient afin de le remettre au centre de la prise en charge. Le développement de cette relation thérapeutique nécessite du temps et du discernement. Elle nécessite aussi de répéter les forces du patient, ses capacités afin d'en faire un vrai partenaire de soin
- Négocier le cadre du projet de prise en charge et d'accompagnement, sans objectif de coller à un référentiel thérapeutique mais pour trouver le bon niveau d'exigence thérapeutique.

2. Etablir un projet personnalisé de soin et favoriser l'alliance thérapeutique

Les patients complexes, et notamment ceux suivis par le SAMSAH de SOS Solidarités Bordeaux, expriment le besoin d'être aidé dans leur suivi médical et social. Leurs caractéristiques médico-psycho-sociales rendent souvent difficile leur maintien dans la filière de soins classique ce qui entraîne des situations de rupture de soins. Afin de permettre un accompagnement durable, il est nécessaire de mettre en place un projet thérapeutique et une relation de soins qui correspond à leurs attentes. Une fois identifiés, les facteurs de vulnérabilité présentés par les patients doivent être pris en compte pour constituer un plan d'accompagnement individualisé, adapté à la fois aux pathologies rencontrées mais aussi à la situation sociale des malades (45).

Afin de répondre aux besoins verbalisés et de favoriser l'adhésion thérapeutique du patient, il apparaît important d'établir un projet de soin personnalisé, adapté à la personne accompagnée. Ce travail nécessite un temps pour construire un lien de confiance avec le malade qui ne peut se faire que par le développement d'une relation de proximité. Il est donc indispensable d'assurer une présence régulière auprès du patient pour créer une relation thérapeutique permettant par la suite de réaliser un travail de synthèse avec le patient. C'est d'ailleurs une stratégie qui a été adoptée par le SAMSAH. En effet, en début d'accompagnement, un travail de synthèse est réalisé avec le patient grâce à des contacts réguliers avec ce dernier.

Il permet de :

- recenser les besoins que le bénéficiaire estime prioritaires
- évaluer les difficultés de soins rencontrées
- effectuer un état des lieux de la situation de vie
- identifier les partenaires présents initialement

Ce travail préliminaire permet par la suite de définir des objectifs de prise en charge, adaptés aux souhaits et aux capacités du patient afin de favoriser l'alliance thérapeutique. Ce travail a également pour but de renforcer la participation du malade dans sa prise en charge afin de l'inclure dans une démarche active. En effet, la vocation du SAMSAH n'est pas de « faire à la place » des patients mais de les accompagner, momentanément, dans la réalisation d'un projet de vie et de renforcer leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne et dans le suivi des soins.

Renforcer l'adhésion des patients au projet thérapeutique nécessite de les aider à s'approprier les soins et le système de santé. Pour cela, il faut aussi permettre aux patients d'acquérir des connaissances en santé de manière adaptée à leur environnement. L'amélioration de leur littératie peut ainsi entraîner l'adoption d'un mode de vie plus sain et les amener à revendiquer leurs droits de patients grâce à une meilleure connaissance du système de soin.

L'accompagnement des patients complexes nécessite une démarche individualisée auprès du patient, prenant en compte sa vulnérabilité médico-psycho-sociale mais aussi respectant les besoins qu'il exprime dans le cadre d'une relation de confiance. Il en résulte un programme personnalisé de soins, dans lequel le patient occupe une place centrale, active, et autour duquel s'articulent différents types d'interventions.

3. Organiser une prise en charge coordonnée entre différents partenaires et maintenir une approche centrée sur le patient

Afin de maintenir une prise en charge cohérente du patient complexe, il est indispensable d'organiser un travail coordonné des différents partenaires qui gravitent autour du malade. Bien que capitale, cette tâche est souvent une source de difficulté pour les différents partenaires de soin.

Parmi les réponses développées pour répondre à cette difficulté, on retrouve le concept de « case management ». Ce processus fait intervenir un ou plusieurs « case manager » qui coordonnent les actions des différents partenaires participant à

la prise en charge du patient sur le plan médical ou social. Les case manager ont une approche globale du patient et se chargent d'articuler et de maintenir le lien entre les différents services acteurs autour du patient et ce dernier. La mise en place d'un tel accompagnement sur le long terme vise à éviter les situations de décompensations qui nécessitent souvent une hospitalisation ou la sollicitation de prestataires de soin dans l'urgence, de manière non optimale. De plus, ce type de dispositif permet de décloisonner le système de soins, de le rendre ainsi plus accessible au patient et de lui permettre son maintien en milieu ordinaire (23) (46).

La coordination des soins est l'une des principales missions du SAMSAH et c'est l'objectif initial d'accompagnement le plus retrouvé dans notre étude. Les moyens utilisés par le dispositif reprennent en partie le concept de case management. Ainsi, deux acteurs principaux sont chargés de faire le lien avec les différents partenaires : le médecin et l'infirmier coordinateur. Ils veillent à la réalisation du plan personnalisé de soins et tâchent de communiquer avec le médecin traitant, les équipes spécialisées, les acteurs paramédicaux intervenant à domicile, les services sociaux et le patient afin d'assurer la continuité des soins. Les équipes du SAMSAH se placent ainsi comme interlocuteur privilégié pour les partenaires de soin. Leur présence régulière auprès du patient à domicile et leur connaissance du mode de vie de ce dernier ainsi que l'évaluation régulière des difficultés qu'il peut rencontrer leur permet de solliciter et d'informer les structures de soins et d'assurer une coordination optimale. Afin d'éviter au mieux la perte d'information et de rendre le bénéficiaire acteur de sa prise en charge, un classeur de coordination est remis à chaque personne accompagnée. Ce classeur permet le recueil des coordonnées des différents services médicaux et sociaux référents, des rendez-vous médicaux, des besoins du patient qu'il inscrit lui-même, des informations médicales ou paramédicales de suivi ainsi que des ordonnances et résultats médicaux.

En outre, des réunions de coordination entre l'équipe du SAMSAH et les différents partenaires sont organisées régulièrement tout au long de la prise en charge du patient : en début d'accompagnement puis tous les 6 mois ou si une difficulté importante de prise en charge est signalée. Ces réunions permettent de renforcer le lien entre les acteurs de la prise en charge, de préciser les missions de chaque partenaire et de les réajuster en fonction des besoins du patient. Ce travail doit aussi permettre une autonomisation progressive des partenaires de soin dans la coordination de la prise en charge. En effet, l'action du SAMSAH est limitée dans le temps et le travail de « case management » ainsi que l'évaluation régulière des besoins du patient doivent pouvoir être poursuivis sur le long terme.

Ainsi, le développement d'une relation professionnelle interdisciplinaire solide est indispensable pour faire face à la complexité des parcours de soins des patients cumulant des pathologies chroniques et une vulnérabilité psycho-sociale. Le modèle de Kaiser (figure 19) illustre la nécessaire adaptation de prise en charge selon le degré de la maladie chronique.

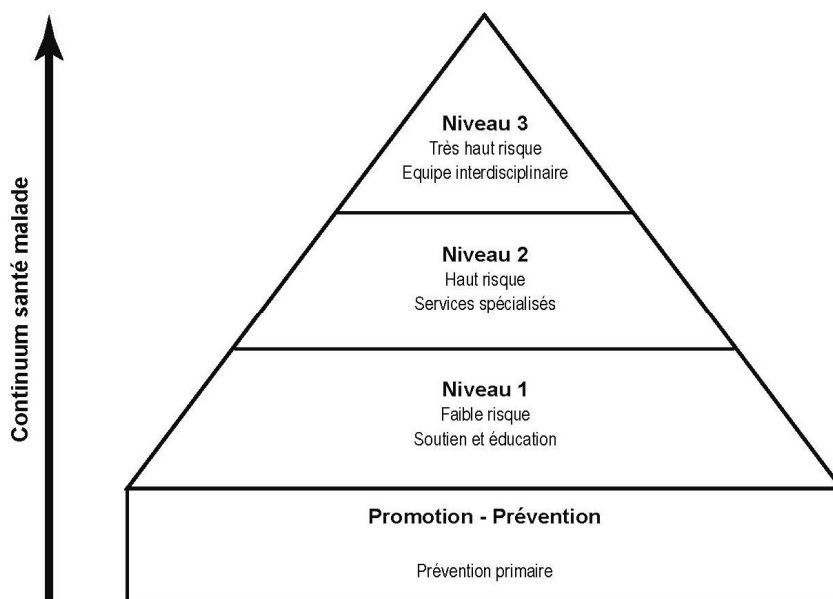


Figure 19 : Pyramide de Kaiser

Le niveau 0 représente la population générale bénéficiant d'actions de prévention et de promotion de la santé. Les niveaux suivants abordent la pathologie chronique. Ainsi au niveau 1, les patients présentent une maladie chronique à faible risque dont la prise en charge nécessite une éducation thérapeutique et un soutien médical de premier recours. Au niveau 2, les patients sont à haut risque et l'intervention de services spécialisés coordonnés avec les soins primaires s'impose. Enfin, le niveau 3 représente les malades chroniques à forte complexité pour lesquels des outils de travail interdisciplinaire doivent être mis en place pour permettre une articulation des soins (47).

L'accompagnement de patients complexes est un travail de suivi qui concerne des personnes dont la situation et les besoins évoluent. La réévaluation régulière des situations et du plan de soins établi paraît donc elle aussi indispensable pour réaliser un accompagnement adapté.

4. Assurer un suivi régulier afin de réajuster l'accompagnement du patient

L'évolution permanente des problématiques médico-sociales des patients aux parcours de soins complexes nécessite une réadaptation fréquente de l'accompagnement proposé. L'évaluation doit, là aussi, s'appuyer sur une écoute attentive des besoins exprimés par le patient, et sur l'analyse des types d'actions menés par les professionnels qui l'accompagnent. Pour cela, des critères d'évaluation doivent être initialement établis.

Les établissements médico-sociaux, sont tenus, d'après la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, de réaliser des évaluations régulières de leur activité, s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique (48). Ces expertises sont réalisées d'une part par les services eux-mêmes mais aussi par des organismes extérieurs habilités. L'évaluation interne permet aux professionnels de l'établissement ainsi qu'aux usagers d'analyser les actions menées et de proposer des pistes d'amélioration au

sein d'un travail collectif et collaboratif. L'évaluation externe intervient en complémentarité de cette démarche.

Afin de maintenir une action adaptée aux besoins des patients accompagnés, le SAMSAH a mis en place plusieurs types de démarches de suivi qualité en interne.

Ainsi, des synthèses où sont conviés les partenaires sont organisées tous les 6 mois pour chaque patient. Elles permettent de réévaluer régulièrement le projet d'accompagnement. En outre, l'organisme a développé un dispositif de recueil des événements indésirables, à destination des bénéficiaires qui donne lieu par la suite à une analyse réalisée en interne après signalement des incidents. Les usagers peuvent aussi s'exprimer sur la qualité du suivi lors de réunions organisées avec eux au moins trois fois par an. Des groupes de parole sont également planifiés trois fois par an, animés par la psychologue et un autre professionnel du service. Ces moments permettent de laisser la parole aux usagers concernant un thème choisi par l'animateur ou par les bénéficiaires. Enfin, chaque année, un questionnaire de satisfaction est proposé aux patients afin de recueillir leur ressenti.

Au sein de l'organisme, des audits qualités sont menés tous les 3 ans pour évaluer les projets mis en œuvre et déterminer des pistes d'amélioration dans le fonctionnement global et l'organisation du SAMSAH. Par ailleurs, des réunions qualité ont lieu de manière hebdomadaire. Ces démarches d'évaluation réalisées en interne s'appuient sur un référentiel Qualité élaboré par le Groupe SOS. Il a été développé selon des recommandations de bonne pratique validées par l'ANESM, les pratiques professionnelles et les démarches qualité observées dans d'autres établissements sociaux et médico-sociaux.

L'évaluation à la fois par des structures externes, l'organisme lui-même ainsi que les bénéficiaires permet de bénéficier de plusieurs regards sur le travail effectué et d'envisager des pistes d'amélioration multiples. Toutefois, si l'intervention du SAMSAH est analysée et réévaluée régulièrement au cours de l'accompagnement, nous n'avons pas de donnée concernant l'évolution de la situation des patients après la prise en charge par la structure. Par ailleurs, les méthodes d'évaluation décrites ne concernent que l'organisme étudié. Le transfert de compétences, la qualité de la relation interdisciplinaire entre les différents acteurs de soin et le maintien de la dynamique mise en place ne sont quant à eux pas analysés. On peut alors s'interroger sur la manière dont se poursuit le travail auprès du patient et comment la coordination des soins est maintenue.

VI. Conclusion

Dans notre pays, l'allongement de l'espérance de vie a conduit à l'augmentation du nombre de pathologies chroniques. En parallèle, on observe en France une accentuation des ISS durant ces dernières années. En santé, ces deux phénomènes étroitement liés ont conduit à l'émergence de populations de patients aux parcours de soins complexes. Ces patients présentent des pathologies chroniques, avec souvent un trouble psychiatrique et des conditions de vie précaires. De ces caractéristiques naissent une vulnérabilité en santé. Les acteurs de soins primaires ont un rôle essentiel à jouer auprès de ces populations. Les missions de prévention, d'accès au soin universel et de protection des personnes vulnérables prennent tout leur sens auprès des patients complexes. On retrouve chez ces derniers une intrication de problématiques sociales, économiques et médicales. En effet, le suivi médical n'est plus une priorité lorsque les conditions de vie sont fragiles, il n'est pas aisé lorsque les difficultés économiques ou les connaissances ne permettent pas un mode de vie sain, compliquent l'accès au soin ou que le fonctionnement du système de santé est mal maîtrisé. Ainsi, l'accompagnement de ces patients impose une vision globale de leur situation et la mise en jeu de compétences médicales mais aussi sociales. Pour cela, il est nécessaire que les professionnels de santé soient à l'écoute des besoins exprimés afin d'établir un plan de soin personnalisé pour chaque patient. De plus, la prise en charge adoptée doit être multidisciplinaire, coordonnée entre plusieurs partenaires aux compétences diverses et dont le malade occupe une place centrale. Les professionnels peuvent agir de manière synergique si la coordination des soins est maintenue. Pour cela, certains acteurs doivent se charger d'assurer la transmission des informations utiles à la prise en charge tout en gardant un lien privilégié avec le patient afin de répondre au mieux à ses attentes et suivre l'évolution de ses besoins. Les dispositifs comme les SAMSAH ont vocation à assurer ce type d'accompagnement. Grâce à leurs équipes comprenant professionnels de santé et travailleurs sociaux, ils proposent une prise un accompagnement global et s'assurent d'une bonne coordination des actions menées par les différents partenaires, permettant le maintien du patient dans une démarche de soin répondant à ses besoins.

Ces dispositifs sont relativement nouveaux dans le système de soin mais la lutte contre la vulnérabilité est une priorité de santé publique et une problématique actuelle comme le montre le projet récent de création d'une branche dédiée à la dépendance et au handicap au sein de la Sécurité Sociale. L'action de structures telles que le SAMSAH reste toutefois limitée dans le temps. Même si leur fonctionnement est déjà régulièrement évalué selon des critères répondant aux recommandations de bonnes pratiques, il est nécessaire de se questionner de manière permanente sur la pertinence des actions menées afin d'améliorer encore la prise en charge des patients complexes concernés par l'accompagnement proposé. Il est également indispensable de s'interroger sur la pérennité des effets de l'accompagnement par une structure comme le SAMSAH, à distance de son intervention et sur les modalités de maintien d'un travail coordonné entre les différents partenaires de soin.

Références

1. Heard M. Vulnérabilité en santé : du concept à l'action, l'exemple du VIH. In: Les défis actuels de la santé publique [Internet]. Presses Universitaires de France. 2011. Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/les-defis-actuels-de-la-sante-publique--9782130577263-page-121.htm>
2. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 15 sept 2001;323(7313):625-8.
3. Code de la santé publique - Article L6327-1. Code de la santé publique.
4. Waldovogel FA, Balavoine J-F, Perone N, Schusselé-Fillietaz S. Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée - *Revue Médicale Suisse*. 2012. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-340/Les-malades-complexes-de-la-theorie-des-systemes-complexes-a-une-prise-en-charge-holistique-et-integree>
5. Bourdelais P. Qu'est-ce que la vulnérabilité ? 2005. Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/revue-Annales-de-demographie-historique-2005-2-page-5.htm>
6. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. :6.
7. Aïach P, Niewiadomski C. Discours croisés sur les inégalités sociales de santé aujourd'hui. juin 2008;(28).
8. Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité. Paris; 2009 déc p. 9.
9. Lang T. Les inégalités sociales de santé. déc 2010;(73).
10. Code de la santé publique - Article L1110-1 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685741&dateTexte=&categorieLien=cid>
11. Dictionnaire de l'Académie française | 8e édition | vulnérable [Internet]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A8V0832>
12. Larousse É. Définitions : vulnérable - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vuln%C3%A9rable/82657>
13. Vulnérabilité en santé : du concept à l'action, l'exemple du VIH | Cairn.info [Internet]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/les-defis-actuels-de-la-sante-publique--9782130577263-page-121.htm>

14. De Pauw P. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Presses de l'EHESP. 2017. (Recherche, santé, social).
15. » Vulnérabilité et droits fondamentaux – Rapport de synthèse | Revue des droits et libertés fondamentaux [Internet]. Disponible sur: <http://www.revuedlf.com/droit-fondamentaux/dossier/vulnerabilite-et-droits-fondamentaux-rapport-de-synthese/>
16. Code de la sécurité sociale - Article L111-1. Code de la sécurité sociale.
17. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
18. WONCA-Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002 p. 52.
19. Stadler H. Médecine générale - pensée linéaire et complexité. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-80/31655>
20. Bréchat P-H, Lebas J. Innover contre les inégalités de santé [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2012. 512 p. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794.htm>
21. Tanquerelle C. La coordination des situations complexes: définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du Pré-Bocage. 2015.
22. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Sante Publique (Bucur). 31 déc 2015;Vol. 27(5):679-90.
23. Petitqueux-Glaser C, Acef S, Mottaghi M. Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? Vie Soc. 2010;N° 1(1):109-28.
24. Pfister V, Guiboux L, Naitali J. Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner. Inf Soc. 4 juill 2014;n° 182(2):100-7.
25. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass>
26. Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. 2005-223 mars 11, 2005.
27. fiche-samsah-complte.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.samsah-savs.fr/images/stories/fiches-download/fiche-samsah-complte.pdf>

28. Insee. Niveaux de vie - Pauvreté – Tableaux de l'économie française [Internet]. Insee.fr. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676666?sommaire=3696937>
29. Estimation avancée du taux de pauvreté et des indicateurs d'inégalités - Insee Analyses - 49 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4231288>
30. ameli.fr - Prévalence [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
31. Alcool & Santé [Internet]. Inserm - La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
32. Halima Zeroug-Vial, Leane E, Chambon N. Santé mentale et précarité. In: La santé des populations vulnérables. Ellipses. 2017.
33. Prévalence et incidence du diabète [Internet]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/diabete/prevalence-et-incidence-du-diabete>
34. Georges C, Adam C. Les pathologies de la malnutrition: manque ou excès. In: La santé des populations vulnérables. Ellipses. 2017.
35. Poulain J-P, Tibère L. Alimentation et précarité. Considérer la pluralité des situations. Anthropol Food [Internet]. 14 oct 2008. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/aof/4773>
36. Points_de_repere_n__8.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__8.pdf
37. Bouchaud O, Cha O. 9. Médecine générale et précarité. In: Innover contre les inégalités de santé [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2012. p. 117-34. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794-p-117.htm>
38. Sossauer L, Schindler M, Hurst S. Vulnerability identified in clinical practice: a qualitative analysis. BMC Med Ethics [Internet]. 27 nov 2019. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6880593/>
39. Desprès C. Parcours de soins en situation de précarité: entre détermination et individualisation. Sante Publique (Bucur). 19 sept 2018;S1(HS1):157-63.
40. Pascal J, Lombrail P, Agard C, Quélier C, Nguyen J-M. Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public. :7.
41. Henrard G, Ketterer F, Giet D, Vanmeerbeek M, Belche J-L, Buret L. La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions. Sante Publique (Bucur). 19 sept 2018;S1(HS1):139-43.

42. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, éditeurs. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. 73 p. (The solid facts).
43. Netgen. Protéger les personnes vulnérables : une exigence éthique à clarifier [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-386/Proteger-les-personnes-vulnerables-une-exigence-ethique-a-clarifier>
44. Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Ellipses; 2017.
45. Grimmer-Somers K, Guerin M, Luker J, Jones D, Zucco M. Guiding Principles for Chronic Disease Management for Vulnerable and Disadvantaged People: Pilot Study Findings. 2009;8.
46. Brunn M, Chevreul K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. Sante Publique (Bucur). 4 avr 2013;Vol. 25(1):87-94.
47. Adam C. Populations et inégalités sociales de santé: de qui parle-t-on? In: La santé des populations vulnérables. Ellipses. 2017.
48. Haute Autorité de Santé - L'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/l-evaluation-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms

Annexe

Grille de recueil de données

a) Situation socio-familiale

Age						
Sexe	Masculin	Féminin				
Nationalité	Française	Etrangère				
Aidant familial	Oui	Non				
Situation professionnelle	Emploi en milieu ordinaire	ESAT	Activité bénévole	Activité socialisante	Scolarité	Inactivité
RQTH	Oui	Non				
Suivi par un travailleur social	Oui	Non				
Situation sociale/ ressources	AAH	Pension d'invalidité	RSA	Retraite	Autre à préciser	
PCH	Oui	Non				
Si oui, nombre d'heures						
Type de PCH	Aidant familial	Aide humaine	Aide technique	Aide exceptionnelle	Aide spécifique	
Couverture sociale	CMU	ACS	Mutuelle			
Revenu mensuel brut	>1026€	<1026€				
Type de logement	Autonome	Maison relais	RPA	Autre	à préciser	
Logement adapté au handicap	Oui	Non				
Logement social	Oui	Non				

b) Données de prise en charge médicale :

<i>Pathologie principale</i>						
<i>Type de handicap</i>	Handicap moteur	Polyhandicap	Traumatisme cérébral	Défaillance viscérale	Autre	
<i>Handicap psychique</i>	Oui	Non				
<i>Si oui lequel ?</i>						
<i>Addictions</i>	Tabac	Alcool	Usage alternatif de médicaments	Autre à préciser	à	
<i>Comorbidités associées</i>	Oui	Non				
<i>Si oui lesquelles ?</i>						
<i>Prise en charge ALD</i>	Oui	Non				
<i>Nombre de médicaments quotidiens</i>	0	< 5	5-10	>10		
<i>Types de médicaments</i>						
<i>Acteurs de prise en charge médicale</i>	Médecin généraliste	Spécialiste	Hôpital	CMP	HAD	
<i>Acteurs de prise en charge paramédicale</i>	IDEL/SSIAD	Kinésithérapeute	Orthophoniste	Psychologue	Psychomotricien	Aide-soignant
<i>Intervention d'un SAVS</i>	Oui	Non				
<i>Nombres d'intervenants extérieurs au SAMSAH</i>	<3	3-5	>5			

c) Evaluation de l'autonomie des patients

<i>Hygiène corporelle et élimination</i>	Fait seul	Aide matérielle	Aide humaine	
<i>Alimentation, préparation des repas</i>	Fait seul	Aide partielle	Aide totale	
<i>Déplacements intérieurs</i>	Seul sans aide	Aide matérielle partielle (cane, déambulateur ...)	Aide totale	
<i>Déplacements extérieurs</i>	Seul sans aide	Aide matérielle partielle	Aide totale	
<i>Type d'aide au déplacement si présent</i>				
<i>Communication</i>	Spontanée non altérée	Difficultés d'expression	Difficultés de compréhension	Aucune communication
<i>Gestion budgétaire et administrative</i>	Fait seul	Fait seul avec difficulté	Fait avec aide	Ne fait pas
<i>Gestion des traitements, du suivi médical</i>	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	
<i>Mesure de protection</i>	Tutelle	Curatelle	MAJ	Aucune
<i>Si oui, assurée par quel intervenant</i>	Prestataire familial	Prestataire extérieur		

d) **Données de prise en charge par le SAMSAH**

<i>Motif d'admission</i>				
<i>Service demandeur</i>				
<i>Objectifs initiaux de prise en charge</i>				
<i>Modalités de fin de prise en charge</i>				
<i>Durée de prise en charge SAMSAH</i>	<1 an	1-5 ans	>5 ans	
<i>Orientation au terme de la prise en charge SAMSAH</i>	Maintien domicile	Famille d'accueil	Structure spécialisée	EHPAD

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Résumé :

Introduction : L'allongement de la durée de vie, l'augmentation des pathologies chroniques et l'accentuation des inégalités sociales de santé ont conduit à l'émergence de patients complexes dont la prise en charge ne peut être intégrée aux schémas standards. Nous nous sommes interrogés sur la manière dont leur accompagnement pourrait être abordé en soins primaires.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective des 80 patients pris en charge par le SAMSAH de SOS Solidarités à Bordeaux entre septembre 2011 et janvier 2019. L'objectif principal était d'établir des profils médico-psycho-sociaux de patients supposés complexes. L'objectif secondaire était de proposer des pistes de prise en charge pour ces patients.

Résultats : Concernant les données socio-familiales, 68,75% des patients étaient isolés, 87,5% inactifs professionnellement et 50% percevaient un revenu inférieur à 1026€. Sur le plan médical, 90% des patients étaient reconnus en ALD, 78% présentaient plusieurs pathologies chroniques. 87,5% des malades souffraient d'un handicap psychique. Le suivi médical était majoritairement pluridisciplinaire. Sur le plan administratif, 60% des patients étaient sous mesure de protection juridique. Le besoin d'aides multiples, de coordination des soins et la sortie de l'isolement social étaient les principaux motifs d'admission.

Discussion : L'étude a été réalisée sur une population de petite taille et elle présente des biais de sélection. Toutefois, elle permet de décrire une population de malades complexes, en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale. Des difficultés d'accès au soin, de suivi et de coordination sont observées. Pour mieux accompagner ces patients, la vulnérabilité doit être identifiée afin d'établir un projet de soin personnalisé, interdisciplinaire et coordonné, adapté à la complexité du patient et devant être réévalué de manière régulière.

Conclusion : La prise en charge des patients aux parcours de soins complexes nécessite une approche globale, centrée sur le patient, interdisciplinaire et coordonnée. Pour que la prise en charge soit pérenne et adaptée aux besoins du malade, elle doit être questionnée de manière systématique.

Mots clés : Patient complexe, inégalités sociales de santé, SAMSAH, multidisciplinaire

Discipline : Médecine générale

