

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2008

N° 20

THESE
pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
DES de médecine générale

par

Laurie Belin

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2008

Prise en charge médico-sociale des consultants désocialisés sans domicile à Nantes. Analyse critique des actions menées auprès de 25 patients à la Consultation Jean Guillon (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CHU de Nantes.

Président : Monsieur le Professeur Jacques Barrier

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christian Agard

« Je ne peux plus avoir de passé puisqu'il n'a plus aucun lien avec ce que je vis aujourd'hui. Je n'ai pas de futur, je n'ai aucun moyen de l'organiser. Quels projets pourrais-je faire ? Je n'ai aucun moyen de les mener à bien. Il me reste l'instant présent. Mon espace s'est rétréci. L'hébergement la nuit me permet tout juste de dormir mais en fait je n'ai plus de lieu où vivre. Plus d'espace où conserver quelques objets extérieurs à moi-même : plus de placards ni de maison. Il me reste sur la planète l'endroit où reposent mes pieds. Pour occuper un peu plus d'espace sur la terre, je dois m'étendre sur le sol. Je n'ai plus rien. Ce qui est à moi, c'est mon corps, l'endroit où je me tiens, l'instant pendant lequel je respire ».

Le dit de la cymbalaire, Charles MERIGOT, Editions La Ramonda, 2005, 236 pages.

Table des Matières

Introduction	6
1ère Partie : Etat des lieux de la population sans domicile	8
1. Historique et tentative de définition	9
2. Genèse d'une approche statistique nationale	12
2.1. Un manque de connaissance des données	12
2.2. Le modèle des Etats-Unis	12
2.3. Mise en place de la stratégie statistique : les institutions en quête d'un chiffre	12
2.4. L'Enquête « SD 2001 »	13
2.5. L'information publiée par les associations	16
3. La santé des personnes sans domicile	17
3.1. La problématique santé et précarité	17
3.1.1. Rappel de la définition de la précarité	17
3.2. Revue des pathologies	18
3.2.1. Etat de santé perçu par les personnes à la rue	18
3.2.2. La notion de "décor pathologique"	18
3.2.3. Les pathologies somatiques	21
3.2.4. La santé mentale des personnes sans domicile	26
3.2.5. La mortalité des sans-domicile	28
3.3. L'Accès aux soins	28
3.3.1. Pré-requis : les droits des personnes sans domicile en terme de couverture sociale	28
3.3.2. L'Hôpital, lieu de soin privilégié pour les sans-domicile	29
3.3.3. Historique	30
3.3.4. Législation	31
3.3.5. Les PASS	32
3.4. L'offre de soins à Nantes	32
3.4.1. L'application de la Loi de lutte contre les exclusions au CHU de Nantes : le dispositif PASS	32
3.4.2. La consultation Jean Guillon (CJG)	33
3.4.3. La Veille Sociale 44	34
3.5. La population sans domicile dans les PASS	34
3.5.1. Au niveau national	34
3.5.2. A la consultation Jean Guillon	35
2ème partie : Enquête	36
1. Matériel et méthodes	37
1.1. Description du contexte	37
1.2. La population étudiée	37
1.3. La période d'étude	38
1.4. Les critères d'inclusions	38
1.4.1. Critères chronologiques	38
1.4.2. Critères sociaux	38
1.4.3. Critères démographiques	38
1.5. Les critères d'exclusion	38

1.6. Objectifs de l'enquête	39
1.6.1. Objectif principal	39
1.6.2. Objectifs secondaires	39
1.7. Outils	39
1.7.1. La grille de données	40
1.7.2. La frise chronologique	40
2. Résultats de l'enquête	42
2.1. Population étudiée	42
2.2. Données démographiques	42
2.2.1. Sexe	42
2.2.2. Origine géographique	42
2.2.3. Age lors de la première consultation	42
2.3. Habitus et situations familiales	43
2.3.1. Les professions exercées avant la vie à la rue	43
2.3.2. La rue et autres lieux de vie	44
2.3.3. Les situations familiales	45
2.4. Données médicales	45
2.4.1. Pathologies	45
2.4.2. Recours aux soins	48
2.5. Données sociales	52
2.5.1. Couverture sociale	52
2.5.2. Domiciliation	54
2.5.3. Les sources de revenus	54
2.5.4. Les mesures de protection	55
2.6. Bilan des biographies	55
3ème partie : Analyse et discussion	61
1. Précisions sur les critères d'inclusions	62
2. Précisions et idées reçues sur la population étudiée	62
2.1. Les modalités de logement	63
2.2. Une origine modeste	63
2.3. Un cumul de ruptures	64
2.4. Travail et chômage	64
2.5. Idées reçues	65
3. Analyse des données démographiques	66
3.1. Sexe	66
3.2. Age	67
3.2.1. Comparaison avec l'ensemble des patients de la CJG	67
3.2.2. Comparaison avec la population sans domicile	67
4. Analyse des données médicales	68
4.1. L'importance de la morbidité ressentie	68
4.2. La tuberculose	68
4.3. Les autres maladies infectieuses	69
4.4. La dépendance à l'alcool	69
4.5. Santé mentale	71

4.6. Santé bucco-dentaire	73
5. Remarques sur le recours aux soins par les personnes sans domicile	73
5.1. Les hospitalisations	73
5.2. Les Urgences	74
5.3. Quelles alternatives aux soins hospitaliers ?	76
5.3.1. Un exemple d'action ciblée : les Lits Halte Soins Santé (LHSS)	76
5.3.2. Quel rôle pour les médecins généralistes auprès des personnes sans domicile ?	77
6. Remarques sur les situations familiales	78
7. La CJG : une réponse aux obstacles aux soins	79
7.1. Les obstacles aux soins	79
7.1.1. Obstacles institutionnels	79
7.1.2. Obstacles individuels	79
7.2. Les réponses apportées par la création de la CJG	80
7.2.1. L'offre de soins	80
7.2.2. Les compétences sociales	80
8. Synthèse et perspectives	83
8.1. Qu'est-ce qu'une prise en charge médico-sociale adaptée ?	83
8.2. Quelles sont les limites à une intervention médico-sociale auprès des sans-domicile ?	84
Conclusion	86
Annexes	92

Introduction

La figure du vagabond, de l'indigent, du clochard, du sans-abri, est inscrite dans le paysage des sociétés depuis toujours, et les réactions parfois ambiguës (fascination, rejet) qu'elle suscite sont le reflet des représentations que l'inconscient collectif se fait de la vie à la rue.

La rue, « miroir de nos peurs et de nos solidarités » [1], est pourtant un lieu de vie avéré pour des dizaines de milliers de personnes en France, et leur visibilité ne cesse d'augmenter.

« Il y a des sans-abris dans nos villes, on les voit, on les croise dans une société opulente où le nombre de m² par habitant n'a jamais été aussi élevé. Ils sont de plus en plus nombreux ou, en tous cas de plus en plus présents, de plus en plus visibles. Ils sont sur nos écrans, ils sont dans nos consciences. Combien ? Qui ? Pourquoi ? Que faire ? »¹

A l'heure où la précarité et l'exclusion sont au cœur des questions politiques publiques, il est un domaine autour duquel les difficultés se cristallisent : celui de la santé.

En 1998, la santé des grands exclus fait l'objet d'une loi, dite d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (loi n° 98-657 du 29 juillet) : l'accès aux soins des personnes les plus démunies est désormais une priorité de santé publique. Dès lors, une réflexion s'engage pour tenter d'identifier les obstacles aux soins des populations précaires, et parmi celles-ci, celle plus spécifique des personnes sans domicile fixe.

La création du dispositif PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) au CHU de Nantes en 1999 répond à l'exigence de la circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre les exclusions sociales des établissements de santé participant au service public hospitalier : la prise en charge conjointe des problématiques sanitaires et sociales des personnes rencontrant des difficultés d'accès aux soins s'effectue depuis lors au sein d'un seul et même lieu, la Consultation Jean Guillon (CJG).

Au sein du public qui fréquente la CJG, j'ai souhaité m'intéresser plus particulièrement aux personnes sans domicile fixe, de nationalité française.

En effet, des recherches effectuées à l'échelle européenne montrent toutes que seul un faible pourcentage de personnes sans domicile en général (et de gens à la rue en particulier) sont enregistrées auprès d'un prestataire de soins primaires (médecin généraliste) [2], et on sait de manière intuitive que, face à leurs difficultés quotidiennes, les personnes sans domicile ont tendance à faire passer les préoccupations de santé au second plan.

¹ Pierre Calame, président de la Fondation pour le progrès de l'homme, président du groupe de travail sur les sans-abri créé par le CNIS (Comité National de l'Information Statistique) en 1993.

L'objectif de ce travail est tout d'abord de tenter une analyse critique et objective des actions menées par les acteurs de la PASS auprès de cette population : à travers un petit nombre d'histoires de vie authentiques, j'essaierai de dégager des actions ou des propositions, tant sur le plan médical que social, qui pourraient à terme être représentatives d'une prise en charge « réussie », sans pour autant occulter celles ayant mené à des échecs.

Il ne s'agit pas d'aboutir à des « guidelines » standardisées en matière de prise en charge des patients sans domicile (on sait qu'elles sont inadaptées à ce public hétérogène que les publications anglaises aiment à qualifier de « target moving », soit cible mouvante), mais plutôt de mettre en évidence, au sein d'une consultation comme la Consultation Jean Guillon, l'indispensable transversalité de la prise en charge (regards croisés entre les professionnels médicaux, paramédicaux et assistantes sociales), nécessaire à un repérage des points de ruptures qu'il faudrait pouvoir prévenir, tout en gardant à l'esprit les limites qu'implique la mise en exergue de parcours individuels.

La diversité des appellations –sans-abri, sans-domicile-fixe, sans-logis– rend difficile l'établissement d'une définition, mais c'est ce que la première partie de ce travail s'attache à faire, en confrontant les propositions de divers auteurs. S'ensuit un état des lieux de la population sans domicile fixe en France, abordant les questions démographiques, sanitaires et le problème de l'accès effectif aux soins.

Dans un deuxième temps, une enquête rétrospective, avec trois ans de suivi au moins, et concernant 25 patients SDF français ayant consulté à la PASS au cours des trois premières années de son fonctionnement, sera l'occasion de mettre en perspective leurs devenir médico-sociaux et les changements survenus (ou pas) dans leur façon de recourir au système de soins.

Plusieurs travaux de recherche sur le public fréquentant la PASS du CHU de Nantes ont déjà été effectués, considérant soit l'ensemble des patients sans distinction, soit un échantillon caractérisé par des critères médicaux, ou sociodémographiques. La population immigrée [3], les patients atteints de tuberculose [4] et d'hépatite C [5], les enfants [6], ont par exemple fait l'objet de travaux à la CJG.

Cette étude s'inscrit donc dans la continuité de ces recherches, en choisissant de s'intéresser à une nouvelle catégorie de patients n'apparaissant pas majoritaire dans la fréquentation, mais souvent à l'origine d'une mobilisation toute particulière de la part de l'équipe de soins.

1ère Partie : Etat des lieux de la population sans domicile

1. Historique et tentative de définition

Depuis le début des années 1990, et après que l'ONU ait déclaré l'année 1987 « année internationale des sans-abri » le thème des sans-domicile est récurrent en Europe. La persistance de personnes vivant à la rue est l'expression des difficultés politiques à répondre à la spirale de ruptures menant à la précarité. Pour autant cette problématique n'a rien de moderne et l'histoire des sans logis peut se retracer sur plusieurs siècles, mais c'est très récemment qu'ils ont été pris en compte par les politiques publiques autrement que par le biais de la répression de la mendicité et du vagabondage.

Au XXème siècle, la protection sociale débute avec l'ordonnance du 4 octobre 1945 [7], mais elle est conditionnée par le versement de cotisations sur les revenus d'activités. Elle exclut donc d'emblée les personnes ne travaillant pas du fait d'un handicap ou de leur âge. Peu à peu, la protection sociale s'étend, basée sur une obligation légale des collectivités publiques à verser des cotisations à ces catégories de personnes. Ainsi dès 1953, l'aide sociale à l'hébergement est réservée aux personnes sortant d'établissements hospitaliers ou pénitentiaires.

Le désormais célèbre « appel de l'Abbé Pierre » attire l'attention, durant l'hiver 1954, sur la grave crise du logement que connaît la France, mais ce n'est que 20 ans plus tard que la loi du 19 novembre 1974 [8] étend l'aide sociale en ouvrant des centres d'hébergement aux « personnes et familles dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale ». La plupart du temps, la gestion de ces centres est confiée à des associations dont le nombre croît, et dont la volonté d'agir sera, on le verra, à l'origine de la réflexion sur l'« urgence sociale ».

L'année 1988 est un tournant de l'histoire de la protection sociale avec la création du RMI (Revenu Minimum d'Insertion), qui n'assujettit plus à l'aptitude au travail pour bénéficier de moyens d'existence *a minima*. Pensé initialement comme un outil d'insertion, il s'avèrera cependant être une impasse pour certains, comme le montreront les histoires de vie décrites dans ce travail. En 1993 est fondé le SAMU Social de Paris, et les premiers travaux statistiques qualitatifs et ethnographiques apparaissent, ciblés sur la population sans-abri fréquentant les CHRS (Centres d'Hébergement d'urgence et de Réinsertion Sociale). C'est alors que se pose la question de la définition de cette population.

Il est intéressant de noter, comme le fait Cécile Brousse², que les termes indiquant l'absence de toit ou d'abri (sans-abri, sans-logis) ont fait place, avec l'amélioration des services d'hébergement, à une terminologie faisant référence à la privation de logement : sans-domicile-fixe (SDF).

Le sigle SDF date de la fin du XIXème siècle mais s'est imposé véritablement au début des années quatre-vingt-dix, et l'adjectif « fixe » tend d'ailleurs à être abandonné dans les publications les plus récentes. Brousse souligne également une

² Cécile Brousse, administratrice à l'INSEE, membre de la mission d'expertise sur les sans-abri européens (Eurostat) en 2002, a participé à l'élaboration de la définition de la population sans domicile recrutée pour l'enquête INED-INSEE « Sans-Domicile 2001 ».

évolution essentielle dans les représentations [9] : le « clochard, personnage folklorique du paysage urbain dans l'imagerie commune » à l'époque des Trente Glorieuses, aurait « choisi » sa situation. Le SDF du XXI^{ème} siècle, devenu symbole de pauvreté extrême, serait la victime du « fait social »³ s'imposant à lui.

Revenons au sens commun de ces termes : au sens strict, « sans-abri » et « sans-logis » s'appliquent aux personnes ne disposant pas de lieux couverts pour se protéger des intempéries : elles dorment à l'extérieur, dans la rue, ou dans des abris de fortune comme les halls de gare, les centres commerciaux, les cages d'escaliers.

L'expression « sans-domicile-fixe » est plus large, elle renvoie aux personnes privées de résidence fixe ou de « chez soi », y compris celles qui vont d'un hébergement à un autre, sans connaître l'expérience de la rue. Ainsi la situation des sans-domicile est-elle définie par la combinaison de deux critères : un critère morphologique, spatial (le type d'habitat), et un critère juridique, le statut d'occupation.

Suite aux travaux de Brousse *et al.*, la définition retenue pour l'enquête de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) « Sans-domicile 2001 » est la suivante [10] :

Une personne est dite sans-domicile un jour donné si, la nuit précédente, elle a eu recours à un service d'hébergement ou elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune).

Les lieux non prévus pour l'habitation sont :

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

Si cette définition marque un progrès indéniable par rapport aux données antérieures, il faut garder à l'esprit qu'elle a été créée pour une enquête, et est donc forcément restrictive puisqu'elle cherche à limiter le nombre d'individus qui pourront être soumis aux questions. Elle exclut notamment les personnes devant être hébergées.

³ Emile Durkheim (1858-1917), fondateur de la sociologie moderne, définit le « fait social » comme toute manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure. Il correspond à un système de normes établies pour et par la société et n'est que rarement modifiable autrement que par un bouleversement social.

La définition adoptée par les anglo-saxons est fondée sur la trilogie *Shelter/Housing/Home*, que l'on peut traduire par *abri/logement/chez soi*. Intéressante, car elle prend en compte les différents types d'habitats en terme de qualité, elle introduit surtout le concept d'appropriation des lieux avec le terme *Home* (usage que l'on fait du lieu pour le faire sien) et *Homeless* (« sans chez soi »).

Lors de la récente Conférence de Consensus « Sortir de la Rue » organisée par la Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS), la définition retenue par le jury est la suivante : est qualifiée de sans-abri une personne privée de « chez soi », pas seulement au sens matériel du terme (des murs, une maison), mais également au sens de la privation de garanties personnelles et sociales. Etre privé de « chez soi », c'est ne pas pouvoir exercer ses droits en matière de sécurité (protéger ses biens), de santé (suivre un traitement), de loisirs (recevoir chez soi), de mobilité (entreposer ses biens), d'emploi, de culture, etc.

Patrick Declerck, ethnologue et psychanalyste belge, auteur d'un ouvrage sur les « clochards de Paris » [11], a choisi d'utiliser ce terme désuet plutôt que celui de sans-domicile, nomenclature négative qui selon lui ne véhicule rien quant à l'identité de l'individu. Les clochards sont « *le noyau dur d'une population qui est depuis longtemps et chroniquement désocialisée* », mais il reste prudent sur la nécessité de catégoriser : « *Je les appelle "clochards" parce qu'il faut bien leur donner un nom. Celui-là n'est en rien meilleur que les autres, sinon qu'il renvoie à des images partagées, en France, par tout le monde. Mais s'il en est besoin d'autres, SDF, sans-abri, routards ou grands exclus feront tout aussi bien l'affaire. Il est à ce propos des querelles d'écoles. D'aucuns voudraient instaurer de subtils distinguos, hiérarchiser, ranger, botaniser. Combattre enfin à l'aide de spécieuses catégories, la sourde et angoissante anomie de ce milieu. On aimerait pouvoir donner corps à l'informe, appréhender l'évanescent. Qu'il suffise de savoir que le clochard, c'est toujours l'autre et jamais soi.* »

Tous les auteurs semblent s'accorder sur le *continuum* qui existe entre la population sans abri et le reste de la population, et seule une succession de circonstances particulières séparent un chômeur de longue durée assumant difficilement son logement et un exclu vivant à la rue.

Il semble donc difficile d'établir un consensus sur la définition des personnes sans domicile sans faire intervenir d'autres concepts tels que l'exclusion, la précarité, le logement, la pauvreté. La statique d'une définition convient mal, en effet, à la multiplicité des parcours, à la spirale des ruptures menant aux situations d'exclusion, et il faut se garder d'aboutir à une approche restrictive de cette population hétérogène.

2. Genèse d'une approche statistique nationale

2.1. Un manque de connaissance des données

Au début des années 1990, les données quantitatives et ethnographiques concernant la population sans domicile sont presque inexistantes. Jusqu'alors, les travaux ont essentiellement porté sur la dimension sociologique de l'exclusion, avec les écrits de René Lenoir en 1974 (« *Les exclus, un français sur dix* »), ceux de Serge Paugam (« *La disqualification sociale* ») et de Robert Castel (« *Métamorphoses de la question sociale* »), introduisant les notions de disqualification ou de désaffiliation.

Néanmoins, ces recherches ne pouvant se passer indéfiniment d'une évaluation quantitative, les regards se sont tournés vers les Etats-Unis, où les Américains mènent, depuis le début des années 1980, une série d'études exploratoires locales et nationales sur la population sans domicile.

2.2. Le modèle des Etats-Unis

Deux enquêtes ont inspiré les futurs travaux français [9].

La première, réalisée à l'occasion du recensement par l'Urban Institute en 1987 porta une attention toute particulière aux personnes de la rue et à celles fréquentant les services d'hébergement, les consignes étant de recenser toutes les personnes dormant dans les centres d'hébergement, ou visibles dans la rue et autres lieux publics. Ses résultats furent très controversés, dans le sens d'une sous-estimation, pour la population à la rue en particulier. L'opération, limitée aux 200 plus grandes villes des Etats-Unis, dénombra 230 000 personnes sans domicile, alors que les estimations en annonçaient 2 à 3 millions.

La *National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients* réalisée en 1996 par le Bureau of the Census a tenté d'améliorer la méthode en élargissant le champ d'enquête, incluant les personnes s'adressant à divers dispositifs d'aide (hébergement, restauration, accueil de jour).

2.3. Mise en place de la stratégie statistique : les institutions en quête d'un chiffre

Au moment où la connaissance de données chiffrées concernant la population sans domicile en France devient indispensable, seules des estimations délivrées par les associations sont disponibles. La diversité des chiffres et l'absence de méthodologie font penser que la seule réponse valable à la question « *Combien y a-t-il de sans-abri ?* » est : « *personne n'en sait rien* » [12].

Enfin se pose la question éthique de la légitimité d'une enquête, le risque étant de créer un ghetto statistique.

Trois éléments de réponse sont proposés par Maryse Marpsat et Jean-Marie Firdion, chercheurs à l'INSEE et l'INED [13] :

- d'un point de vue scientifique, il s'agit d'« ébranler les stéréotypes et les caricatures qui dominent dans les représentations des sans-domicile » ;
- le projet a également une légitimité démocratique, en redonnant une place aux sans-abri, puisqu' « être ignoré de la statistique, c'est être exclu de la cité » ;
- il a enfin une légitimité humaine, afin de « faire reculer le sentiment d'invisibilité sociale ».

La première initiative de grande ampleur a été engagée en 1991, sous le gouvernement de Michel Rocard, avec le « Plan Urbain sur les sans-domicile-fixe » du service de recherche du Ministère de l'Équipement.

Malgré la formation d'un groupe de travail spécifique au sein du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) en 1996, et la mise en œuvre d'enquêtes pilotes par l'INED (Institut National des Etudes Démographiques) en 1995 et 1998 [14, 15], tous les auteurs restent prudents en ce qui concerne l'édition de données chiffrées précises.

Le CNIS prend fermement position et met en garde contre la quête malhabile du chiffre : « *A ceux qui demanderont simplement combien ? Nous répondrons et nous continuerons à répondre simplement : non* ».

Pourtant, ces enquêtes préliminaires montrent que les difficultés envisagées initialement peuvent être résolues, il apparaît désormais que des méthodes d'enquêtes étendues peuvent, sous certaines conditions, être respectueuses de cette population précarisée et fragilisée.

2.4. L'Enquête « SD 2001 »

Les chiffres circulant avant la réalisation de cette enquête de l'INSEE (la seule encore disponible en 2007), varient de 100 000 à 800 000 personnes en France.

L'impossibilité d'appliquer les règles classiques utilisées pour la population générale – la population enquêtée est tirée au sort à partir d'une base de données de logement – amène les auteurs à s'inspirer des méthodes américaines : ils conduisent une enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, soit un échantillon de 4084 personnes dans 80 agglomérations françaises de plus de 20 000 habitants.

Ainsi, au cours d'une semaine du mois de janvier 2001, **63 500** adultes accompagnés de 16 000 enfants sont sans-domicile au sens de l'enquête donné ci-dessus (voir Tableau 1).

Les résultats se situent dans la fourchette basse des estimations faites jusqu'alors, mais rappelons les limites très précises de la définition retenue : elle ne prend en compte ni les personnes hébergées, ni les personnes n'ayant pas recours aux services suscités, et une extrapolation à la France entière est difficile puisque les agglomérations de moins de 20 000 habitants n'ont pas été enquêtées.

Les premiers résultats sont complétés par les enquêtes *Logement* de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) et par le recensement, les chiffres concernant les situations atypiques de logement atteignant près de 400 000 personnes (voir Tableau 2).

Quelques années après les études américaines, et première de son genre en Europe de par son étendue, l'enquête SD 2001 a permis d'avancer considérablement dans la connaissance des mécanismes de l'exclusion. Une périodicité décennale est envisagée par l'INSEE, raison pour laquelle les conclusions de l'enquête sont les dernières disponibles à ce jour.

Tableau 1 : Le dénombrement des personnes sans domicile (Enquête de l'INSEE, 2001)

Au cours d'une semaine du mois de janvier 2001 (hors CADA, CPH et centres de transit)¹ :

- 86 500 adultes, francophones et non francophones, ont eu recours au moins une fois à un service d'hébergement ou de distribution de repas chauds,
- dont 63 500 personnes dépourvues d'un domicile personnel (dont 59 500 francophones) ; elles étaient accompagnées de 16 000 enfants.

Près du quart des adultes sans domicile (23 %) dorment dans la rue ou dans un centre d'hébergement fermé en journée. 8 % sont des personnes « sans abri » : usagers des services d'aide qui ont dormi dans un lieu qui n'est pas prévu pour l'habitation, un espace fermé et privé (cave, voiture, usine) ou un espace public (métro, gares, centres commerciaux).

1. CADA : Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asiles, CPH : Centre Provisoire d'Hébergement

Source : *Rapport public thématique de la Cour des comptes 2007 d'après données INSEE*

Tableau 2 : Données de l'INSEE sur les personnes en situation de logement atypique ou sans logement

	Source	Nombre
Usagers sans domicile des services d'aide	Enquête 2001	79 500
Habitations de fortune (baraques de chantiers, etc.)	Recensement 1999	41 400
Habitations mobiles	Recensement 1999	129 000
Hébergement contraint <i>En prenant en compte les enfants</i>	Enquête Logement 2002	115 000 376 000

Source : Cour des comptes 2007 d'après données INSEE

Les résultats de l'enquête SD 2001 permettent de dégager cinq sous-ensembles sociodémographiques [16] :

- un premier groupe (45%) de personnes seules, sans activité professionnelle, essentiellement des hommes (80%) ;
- un groupe plus jeune et plus diplômé, sans conjoint ni enfants mais disposant d'un emploi (22%) ;
- une catégorie composée de femmes (18%) accompagnées de jeunes enfants pour trois quarts d'entre elles ;
- un quatrième groupe (13%) formé de couples jeunes avec enfants ;
- enfin un groupe de personnes âgées de plus de 50 ans, minoritaire (2%).

La tendance forte de ces résultats est la mise à mal de la figure classique du sans-domicile exposée par les médias. On peut noter, entre autres :

- la part des jeunes adultes (18-29 ans) : plus d'un tiers, alors qu'ils représentent un quart de l'ensemble de la population ;
- la présence significative des femmes jeunes, aussi nombreuses que les hommes dans la tranche des 18-24 ans ;
- enfin le quart des sans-domicile est accompagné d'un ou plusieurs enfants.

2.5. L'information publiée par les associations

Elle complète celle des organisations statistiques, est parcellaire et pêche par son manque de méthodologie, mais elle est indiscutablement un instrument d'interpellation des pouvoirs publics et fait parfois émerger de nouvelles problématiques : ainsi, Emmaüs, Le Secours Catholique, la Fondation Abbé Pierre conduisent chaque année des enquêtes sur les situations rencontrées au cours de leurs activités. Par exemple, dans son rapport 2006, Médecins du Monde a pu constater une augmentation de la proportion de sans-domicile, passant de 16% des consultants en 2000 à 19% en 2006, soit presque deux patients sur dix [17].

On a vu que l'obtention de données chiffrées nationales sur la population sans domicile ne s'est pas faite sans mal, mais qu'en est-il des connaissances à l'échelle de Nantes et sa région ?

Si l'on en croit le rapport 2007 de l'Observatoire régional de la santé, qui cite brièvement dans son chapitre « Pauvreté, précarité » les chiffres de l'enquête SD 2001, aucune donnée chiffrée n'est disponible pour les Pays de la Loire. L'Inspection Générale des Affaires Sociales souligne d'ailleurs dans son rapport 2007 sur la coordination de l'observation statistique des personnes sans abri, qu'en dehors de Paris, il n'y a pas actuellement de dispositifs permanents d'observation de la population sans domicile au niveau départemental ou local.

3. La santé des personnes sans domicile

3.1. La problématique santé et précarité

3.1.1. Rappel de la définition de la précarité

Selon Joseph Wresinski, fondateur du mouvement ATD-Quart Monde :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de reconquérir ses droits et d'assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » [18].

La protection de la santé de l'individu par la nation est un des droits fondamentaux affirmés par la Constitution, mais depuis plusieurs décennies, les inégalités sociales en matière d'accès aux soins ne cessent d'être montrées du doigt. Certains auteurs tentent d'analyser les origines de ces disparités.

Selon Jacques Lebas et Pierre Chauvin, médecins membre de l'Institut de l'Humanitaire à Paris et coauteurs du livre « Précarité et Santé », la liberté d'accès aux praticiens qui caractérise le système français constitue en réalité un facteur d'inégalité en terme d'accès aux soins : « ce modèle consumériste où chacun consulte qui il veut et quand il le souhaite [...] ne vaut qu'à partir du moment où on postule que chacun porte une même attention à sa santé, possède un niveau de connaissance suffisant et toute l'information nécessaire pour prendre en charge sa santé et formuler ses attentes vis-à-vis du système de soins » [19].

Divers facteurs de précarité s'associent chez les personnes sans domicile : précarité du lieu de vie, précarité des ressources, du travail, de la prise en charge sociale, etc.

Le constat des auteurs, valable pour toute personne en situation de précarité, l'est encore plus pour les personnes à la rue, puisque la désocialisation s'accompagne par définition de modifications du rapport à soi : l'attention à son propre corps et le ressenti du message douloureux s'altèrent.

Ainsi, on constate que plus les personnes sont désinsérées, plus la demande de soins diminue. Lorsque les équipes de soins sont sollicitées par cette population, de quoi est constituée cette demande ? Peut-on parler de « pathologie de la rue » ?

3.2. Revue des pathologies

Il existe un consensus sur l'absence de spécificité des pathologies chez les personnes désocialisées par rapport à la population générale : il n'y a pas deux espèces humaines physiologiquement dissemblables – les « sans » et les « avec » domicile – et l'incidence élevée de certaines maladies chez les premiers s'explique par les conditions de vie dans la rue ou par les conduites addictives [20].

3.2.1. Etat de santé perçu par les personnes à la rue

Dans la population générale, la perception de l'état de santé se dégrade avec l'âge, ce qui n'est pas le cas des personnes sans domicile : la proportion jugeant sa santé mauvaise est identique parmi les jeunes et les plus âgés. Les personnes sans domicile déclarent souffrir d'une maladie chronique deux fois plus souvent que la population logée (Tableau 3).

Tableau 3

Perception santé	Population avec logement (en %)	Sans-domicile (en %)
Médiocre à très mauvaise	3	16
Moyenne	16	31
Bonne à très bonne	81	53
Déclare au moins une maladie chronique	32	66

Source : Enquête auprès de 4084 personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas chauds, janvier 2001 et Enquête « comportements vis-à-vis de la santé » partie variable de l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie mai 2001

3.2.2. La notion de “décor pathologique”

Développée par Patrick Declerck [21], la notion de “décor” figure un cadre composé de sept éléments, à l'intérieur duquel évoluent les pathologies communes à la population générale et aux personnes de la rue. Les sept constantes peuvent être présentes simultanément ou non :

- l'intoxication éthylo-tabagique et les toxicomanies ;
- la malnutrition et la dénutrition ;
- la souffrance psychique ;
- l'exposition aux agressions ;
- les troubles du sommeil ;
- l'absence d'hygiène ;
- le retard à la médicalisation.

L'intoxication éthylo-tabagique et les polytoxicomanies

Curieusement, alors que tous les auteurs soulignent l'incidence massive de la consommation d'alcool au sein de la population sans domicile, peu d'études spécifiques ont été menées à ce sujet. Une incidence supérieure à 75% pour l'alcoolisme chronique paraît vraisemblable. Selon une étude menée au Centre d'Hébergement et d'Accueil pour les Personnes Sans-Abri (CHAPSA) de Nanterre, l'éthylisme, le tabagisme et les pathologies associées (traumatismes, hypothermies, gastrites) représentent 37% des antécédents [22].

L'alcool le plus consommé est le vin rouge, six bouteilles par jour en moyenne. La bière à titrage alcoolique élevé est plus utilisée chez les jeunes SDF.

La consommation de tabac est de l'ordre de deux paquets de cigarettes par jour.

Les comportements de polytoxicomanie sont surtout observés chez les moins de 40 ans, associant à l'alcool la consommation de cannabis et de médicaments psychotropes. Les drogues dites « dures » sont peu utilisées pour des raisons évidentes de coût.

Il est intéressant de noter, concernant l'addiction, que les sujets polytoxicomanes semblent plus dépendants à l'égard des comportements toxicomaniaques que des substances elles-mêmes.

Souvent les comportements addictifs sont antérieurs à la désocialisation, mais la vie à la rue et la souffrance psychique qu'elle entraîne augmentent indubitablement la consommation des produits.

Malnutrition et dénutrition

Les difficultés à se déplacer ainsi que la priorité donnée aux diverses dépendances sont responsables de carences nutritionnelles importantes, dont les répercussions peuvent être d'ordre dermatologique ou neurologique (*cf.* affections correspondantes).

Souffrance psychique

La détresse morale accompagne très souvent le processus de désocialisation : près d'un quart des sans-domicile interrogés sur leur état psychique déclarent un état dépressif récurrent, contre 3% dans la population générale. Parmi les événements personnels, familiaux et sociaux qui majorent cette tendance, on retrouve fréquemment des difficultés ou ruptures survenues dans l'enfance : 28% de mauvais traitements déclarés contre 8,5% dans la population générale ; 20% de placements en institution contre 2% [23].

Exposition aux agressions

Il s'agit en premier lieu des agressions physiques, quasi quotidiennes, parfois entre membres d'un même groupe (rixes sous l'emprise de l'alcool), mais la situation la plus fréquente est l'agression nocturne du SDF par des inconnus, avec vol et coups. Les lésions sont souvent nombreuses, à type de fractures, plaies, contusions.

Le terme « agression » peut aussi s'entendre dans le sens climatique, puisque les gelures, les hypothermies, la déshydratation et les brûlures sont des motifs de consultations fréquents, variables selon les saisons.

Les troubles du sommeil

La durée moyenne des nuits d'une personne à la rue est de 3 à 4 heures de sommeil, 30% d'entre elles s'en plaignent d'ailleurs. Les causes évoquées sont l'appréhension de l'agression ou du vol de ses effets personnels, les effets secondaires de la consommation d'alcool, le prurit nocturne d'origine parasitaire, les douleurs diffuses insomniantes.

L'hygiène

L'idée répandue que l'absence d'hygiène est liée à une négligence est partiellement fautive : au-delà des difficultés d'accès à des sanitaires convenables et gratuits, c'est souvent l'altération des facultés de jugement et la moindre attention portée à son corps qui aboutit à ces situations d'incuries souvent observées en consultation.

Le retard à la médicalisation

Parmi les causes évidentes de la consultation tardive, on retrouve le manque de structures de soins adaptées ou la méconnaissance de leur existence, l'absence de couverture sociale, les modifications du schéma corporel et le fait que la demande n'interviendra qu'au moment où la maladie aura une répercussion directe sur l'autonomie du patient. Le retard rend évident certains diagnostics dès l'inspection, mais le praticien devra être d'autant plus vigilant à ne pas se limiter à ceux-ci.

Une fois ce décor posé, il faudra donc garder à l'esprit à chaque consultation médicale que chacun des sept éléments ci-dessus peut participer au tableau pathologique.

3.2.3. Les pathologies somatiques

Maladies infectieuses

Elles constituent la première cause de morbidité et de mortalité chez les patients à la rue. Parmi elles, la tuberculose pose un réel problème de santé publique en terme de dépistage et d'observance du traitement.

a) Tuberculose

Il semble que le constat alarmant d'une résurgence des cas de tuberculose chez les populations en situation de précarité au milieu des années 1990 soit aujourd'hui plus nuancé : avec le recul, cette recrudescence est attribuée à l'émergence du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), et une stagnation de l'incidence de la tuberculose est actuellement observée [24].

Ces chiffres sont à interpréter avec prudence car ils concernent la population générale, or on sait que les personnes sans domicile font partie de la population à risque. Ainsi, en 2004, l'incidence estimée de la maladie est d'au moins 220 cas pour 100 000 personnes chez les SDF contre 8,9 cas pour 100 000 dans la population générale [25].

La maladie évolue souvent jusqu'au stade bacillifère contagieux du fait du retard à la médicalisation, et la promiscuité augmente le nombre de sujets contacts potentiels.

Les hommes sont quatre fois plus touchés que les femmes et l'atteinte pulmonaire est prédominante (> 70% des cas).

La prise en charge de cette pathologie chez un patient à la rue comporte des spécificités propres au mode de vie : si l'on suspecte une tuberculose, il est fondamental de prendre le temps de relever les lieux de vie possibles et d'avoir possibilité de contacter le patient par le biais d'intermédiaires –associations, travailleurs sociaux– afin de ne pas perdre de vue un patient bacillifère.

Le dépistage d'une coinfection par le VIH et les hépatites virales est fortement recommandé.

L'hospitalisation n'est pas impérative chez ces patients souvent réticents, sauf pour isolement en cas de bactériologie positive. Parfois l'altération de l'état général est telle qu'elle s'impose d'elle-même, et il est bien rare alors que les patients s'y opposent.

Il est illusoire de croire au dépistage de tous les sujets contacts, mais la surveillance doit s'effectuer autant que possible, notamment dans les cas où le patient source a fréquenté un établissement d'hébergement d'urgence.

L'objectif est l'observance maximale du traitement, et les solutions les plus simples doivent être d'emblée envisagées afin d'éviter la rupture thérapeutique. Si le

traitement s'effectue en ambulatoire, alors les durées de prescription doivent être courtes afin d'optimiser les chances de revoir le patient régulièrement.

Partant de ce constat, une équipe mobile de lutte contre la tuberculose a suivi 78 patients sans domicile à Paris d'avril 2002 à décembre 2004 [26], en utilisant une stratégie de délivrance du traitement antituberculeux appelée D.O.T (Directly Observed Therapy) : le traitement était délivré quotidiennement, et sa prise supervisée par l'équipe mobile. 43 patients (73%) ont ainsi pu bénéficier d'un traitement complet, démontrant l'intérêt de cette stratégie par rapport à une approche classique auprès de cette population (le taux d'échec de la prise en charge classique avoisinant les 50 %).

b) Hépatites virales

La prévalence des hépatites B et C est élevée (> 50%) chez les patients toxicomanes, mais là encore on ne dispose pas de données concernant la population sans domicile en particulier [27].

Toute la difficulté de la prise en charge se situe dans l'indication du traitement des hépatites chroniques actives dans la mesure où persiste souvent une intoxication éthylique qui contre-indique le traitement.

Chez les patients séronégatifs, la vaccination contre l'hépatite B doit être proposée.

Il n'est pas rare de constater des manifestations extra-hépatiques associées aux hépatites virales telles que les cryoglobulinémies ou la périartérite noueuse.

c) Infection par le VIH

Pour l'ensemble des auteurs, il faut donner la priorité aux traitements des infections opportunistes, et les objectifs thérapeutiques doivent rester « humbles et pragmatiques » [27], étant donné la prise en charge multidisciplinaire qu'implique cette pathologie et les difficultés de surveillance des patients désinsérés.

La seule étude disponible à ce jour en France a comparé deux groupes de patients atteints par le VIH, avec ou sans couverture sociale, consultants du dispositif précarité de l'hôpital St Antoine entre 1992 et 1995 [28]. Dans le groupe de patients sans couverture sociale, composé à 75% de personnes sans domicile stable, la contamination par le VIH était plus souvent liée à une toxicomanie que dans le groupe témoin. Elle était également associée significativement à une positivité de la sérologie de la syphilis (TPHA + VDRL), et à une survenue plus rapide d'une maladie témoignant du passage au stade SIDA (Syndrome de l'Immunodéficience Acquise).

d) Autres infections sexuellement transmissibles (IST)

Dans le cas de figure du SDF âgé, très désocialisé, vivant à la rue depuis longtemps, il semble que la prévalence des IST soit rare, du fait d'une sexualité peu active (effets secondaires de l'intoxication éthylique, isolement, absence d'intimité, faible proportion de femmes à la rue).

Chez les plus jeunes, plus souvent en couple, ou moins désinsérés, le traitement des urétrites et cervicites est aisé, les traitements en dose unique assurant une observance maximale s'ils sont délivrés lors de la consultation.

e) Pneumopathies à pneumocoques

Elles surviennent sous forme d'épidémies dans les foyers d'accueil, et des formes graves liées au « décor pathologique » peuvent mener à des hospitalisations en réanimation. D'où l'importance de rappeler l'existence d'un vaccin anti-pneumococcique, dont l'indication prend tout son sens dans cette population.

f) Infections à transmissions vectorielle et animale

Elles sont virales, bactériennes ou parasitaires et transmises par des acariens ou insectes dont l'hôte réservoir est souvent l'animal domestique du patient (chien, rongeurs) ou le patient lui-même (rickettsioses transmises par *Pediculus humanus corporis*, ou poux de corps). Parfois la transmission se fait directement à partir des déjections animales ou par morsure.

Le diagnostic des rickettsioses, borrelioses, bartonnelloses (liste non exhaustive) est clinique et sérologique.

Complications de l'intoxication éthylo-tabagique

a) Complications hépato-gastro-entérologiques

Elles sont nombreuses et connues, évoluent de façon chronique ou aiguë, et sont liées à la toxicité directe de l'alcool : cirrhose et ses complications, hépatites aiguës, gastropathies, œsophagites.

La prise quotidienne d'alcool favorise également les troubles du transit (diarrhées de malabsorption par insuffisance pancréatique) et les troubles fonctionnels intestinaux, qui sont des motifs de consultations fréquents.

Encore une fois, la particularité de ces atteintes chez les patients sans domicile est le retard à la médicalisation. Dans certaines situations d'urgence comme les hémorragies digestives, ce retard peut conduire au décès.

b) Complications neurologiques

Le syndrome de sevrage est la complication la plus connue des équipes de soins prenant en charge des patients désocialisés dans les services d'Urgence : le manque de ressources est souvent la cause de l'arrêt brutal de la consommation d'alcool.

Le tableau « livresque » du *delirium tremens* avec syndrome confusionnel, agitation et hallucinations multiples est maintenant rarement observé à l'hôpital du fait de la généralisation de sa prévention. Il n'est pas rare cependant de voir des états de « pré-delirium », qui imposent une prise en charge rapide par hydratation, vitaminothérapie B1-B6 et benzodiazépines. La comitialité complique souvent le syndrome de sevrage.

Les complications liées aux carences vitaminiques (vitamines B1, PP, folates) se manifestent par des atteintes polyneuropathiques périphériques et centrales : membres inférieurs, névrite optique, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff.

c) Complications néoplasiques

Les organes concernés sont les organes cibles de la toxicité conjuguée alcool-tabac : carcinomes hépatocellulaires, néoplasies pulmonaires, adénocarcinomes et carcinomes épidermoïdes de la sphère ORL.

d) Complications traumatiques

Elles sont potentiellement induites par la consommation d'alcool. Les chutes en état d'ébriété ont de nombreuses répercussions dont l'issue peut être fatale : plaies, fractures multiples, hématomes sous-duraux.

Dermatologie

La pathologie cutanée représente, dans l'étude menée à l'hôpital St Antoine (CHAPSA) en 1996 [29], 13% des pathologies observées, et constitue le deuxième motif de consultation. Elle reflète à la fois les conditions de vie difficiles et le terrain fragilisé de ces patients (alcoolisme, toxicomanies, pathologies psychiatriques).

Les atteintes sont infectieuses pour la plupart, bactériennes, fongiques ou parasitaires. La morbi-mortalité des complications est plus élevée que pour la population générale du fait d'un recours aux soins tardif [29].

a) Les membres inférieurs et les pieds

Il importe de relever la fréquence de leur atteinte (aucune donnée chiffrée n'est disponible), car c'est celle qui a le plus de retentissement sur l'autonomie de la personne en errance. La marche et la position debout prolongée, le port de

chaussures inadaptées, sont des facteurs favorisant l'apparition de phlyctènes, de douleurs ou déformations (cors, hallux valgus).

Les ulcères naissent de la coexistence de plusieurs facteurs : macération, artériopathie des membres inférieurs, neuropathie carencielle, et sont des portes d'entrée aux infections fongiques et bactériennes.

Les gelures peuvent conduire à une nécrose des tissus cutanés.

Un tableau spécifique à l'exposition prolongée du pied à l'humidité a même été décrit : il s'agit du « pied d'immersion », dont les complications sont identiques à celles décrites ci-dessus.

Les atteintes infectieuses des membres inférieurs et des pieds classiquement décrites sont les onychomycoses et l'érysipèle, dont le traitement nécessite souvent une courte hospitalisation pour que des conditions minimales d'hygiène soient respectées, et afin d'éviter l'évolution vers la cellulite ou la fasciite nécrosante.

b) Les pédiculoses, la gale et les dermatophyties

Le prurit est un motif classique de consultation pour les sans-domicile, il est le plus souvent la manifestation d'une ectoparasitose.

La pédiculose corporelle (poux de corps) est la manifestation la plus typique et exclusive des conditions misérables de la vie à la rue : le diagnostic est clinique, on retrouve des excoriations de la région cervico-thoracique liées au prurit, mais surtout le pou est retrouvé à l'inspection des vêtements, qu'il faudra détruire ou désinfecter. L'invasion à un stade chronique a été décrite sous le terme de leucomélanodermie du vagabond, les excoriations ayant laissé place à des lésions et des cicatrices pigmentées.

La pédiculose du cuir chevelu est également de diagnostic aisé. Les traitements de ces deux affections sont suspensifs et les réinfestations sont favorisées par la promiscuité.

La gale se manifeste par un prurit à recrudescence nocturne, localisé initialement aux espaces interdigitaux. Le dos et le visage sont épargnés. Les lésions spécifiques (sillons, vésicules perlées, papulo-nodules) ne sont pas toujours retrouvées, et en théorie, le traitement d'épreuve par ivermectine n'est pas recommandé. En pratique, le diagnostic clinique n'est pas toujours d'emblée évident, l'examen parasitologique est alors indiqué. On comprend, étant donné la faible projection dans l'avenir des patients, qu'il est difficile d'attendre les résultats d'un examen pour mettre en œuvre un traitement. Le prurit persistant à 15 jours d'un traitement bien conduit peut traduire une réinfestation ou un eczéma de contact aux traitements locaux. Le lavage du linge et de la literie fait partie des recommandations difficilement applicables chez ces patients.

Les dermatophyties sont transmises par les animaux de compagnie. Parmi elles on peut citer l'herpès circiné.

c) Les manifestations cutanées liées aux carences

L'intoxication éthylique et la malnutrition sont responsables de tableaux cutanés peu spécifiques, associant des lésions séborrhéiques, psoriasiformes, des perlèches et des chéillites.

La carence en vitamine PP, ou pellagre, est rare mais assez typique : au tableau dermatologique s'associent des manifestations digestives et neurologiques.

Les grandes dénutritions (kwashiorkor) ne s'observent plus en France.

Pour conclure ce volet de pathologie cutanée, rappelons qu'aucune liste ne saurait être exhaustive. De façon anecdotique, et pour nuancer le caractère aspécifique de la pathologie de la rue évoqué plus haut, une seule affection pathognomonique du clochard parisien a été décrite par Patrick Declerck : la brûlure par les grilles de ventilation de métro, qui se produit lorsqu'une personne en état d'ébriété s'endort au chaud au-dessus d'une grille de ventilation...

3.2.4. La santé mentale des personnes sans domicile

Là encore, on peut considérer quelques notions qui serviront de base à la description de la pathologie psychiatrique / psychologique des plus défavorisés.

Un passé lourd d'antécédents

Dans les conclusions de l'enquête de l'INED de 1998 menée en région parisienne [15], préambule à celle de 2001, il apparaît que l'enfance des personnes sans domicile s'est souvent déroulée dans des conditions sociales difficiles, marquant à jamais leur vie d'adulte.

Ainsi, à 16 ans, 5% des personnes interrogées n'avaient jamais connu leurs parents ou les avaient perdu de façon prématurée, 15 % vivaient en famille d'accueil.

Dans 37% des cas, des événements tels que des violences intrafamiliales, incestes, incarcération d'un parent, sont déclarés (une fois sur deux avant l'âge de 18 ans).

Le présent marqué par la solitude

Décès, séparations, ruptures, sont fréquemment retrouvés dans les déclarations des sans-domicile. Seuls 5% des hommes et 14% des femmes vivent en couple.

Si la plupart des études s'accordent sur le fait qu'il n'y a pas de prévalence plus élevée des troubles psychiatriques répertoriés parmi les plus défavorisés, le phénomène mérite qu'on s'y attarde pour son aspect médical, mais aussi pour son retentissement dans le débat autour de la limite de l'intervention psychiatrique.

Le médecin responsable du CHAPSA (Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans-Abri) de Nanterre, souligne que, quelles que soient les sources, il existe une variation des taux de prévalence des pathologies psychiatriques qu'il attribue aux difficultés méthodologiques et de classification. Ainsi une synthèse de toutes les publications sur le sujet retrouve des taux de prévalence allant de 2 à 90% [19] !

La notion de souffrance psychique, qui ne correspond à aucun critère diagnostique du DSM- IV (classification internationale des pathologies psychiatriques) est également sujette à caution. Certes le processus de désocialisation, constitué par la coexistence ou l'accumulation de facteurs de fragilité économiques, sociaux, relationnels, risque d'entraîner une déstructuration psychique dramatique, mais peut-on réduire l'ensemble des pathologies psychiatriques à des troubles réactionnels ?

Certains considèrent qu'une pathologie psychiatrique préexistante est un facteur de désocialisation, d'autres pensent que la vie à la rue peut à elle seule engendrer une authentique pathologie.

Quoiqu'il en soit, c'est la question de la prise en charge de ces troubles qui sous-tend le débat sur les chiffres. Qu'il y ait ou non davantage de personnalités pathologiques à la rue, et autant ou moins de psychotiques que dans la population générale est sans doute une question intéressante mais elle ne doit pas faire oublier que les équipes de soins sont souvent démunies face aux troubles du comportement.

Pendant longtemps, l'absence d'expression de la demande de soins, dogme de la prise en charge psychiatrique, a paralysé l'accès aux soins de nombreux malades psychiatriques graves. Les réticences du secteur psychiatrique à prendre en charge ces malades aux nombreuses allées et venues, ont pourtant dû céder devant l'incapacité des travailleurs sociaux à répondre à toutes les attentes. Le lien inextricable entre secours social et aide médico-psychologique apparaît dès lors que l'équilibre psychique est menacé par la prolongation dans le temps d'une situation sociale insoutenable.

Frédérique Drogoul, qui a observé les sans-domicile consultant à Médecins du Monde, considère dès les années 1990 qu'il est illusoire d'attendre une demande, et c'est une démarche active de la part des psychiatres qu'il est urgent de mettre en place, en allant à la rencontre de la rue [30].

En 2000, les réseaux de soins associant le dispositif de santé mentale et le domaine sanitaire et social restent rares [31].

Le plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » a prévu la création de 50 unités mobiles spécialisées sur 4 ans. Globalement, les dispositifs actuellement en place sont insuffisants, mais la tendance est de les développer, même si le mode de vie nomade des personnes sans domicile s'accorde mal avec la sectorisation psychiatrique.

3.2.5. La mortalité des sans-domicile

Seules quelques études ont été menées, en Suède et aux Etats-Unis [32].

On comprend la difficulté de mener une étude méthodologiquement correcte quand l'identification des personnes à la rue pose déjà problème de leur vivant, de fait la mention « sans-domicile » ne figure pas sur les actes de décès.

Les conclusions tirées de ces enquêtes sont un taux de mortalité environ quatre fois plus élevé que ce qui avait été estimé, un taux de mortalité 9 fois plus élevé chez les hommes et 31 fois chez les femmes sans domicile comparés à la même tranche d'âge dans la population générale [33].

Les causes les plus fréquentes de décès sont les traumatismes et l'alcool.

En 2003, le seul travail en cours sur la mortalité des sans-domicile consistait à rechercher dans les registres de décès de la ville de New York les noms des personnes ayant fréquenté un centre d'hébergement [34]. Les taux de mortalité retrouvés étaient 4 fois plus élevés que pour la population américaine logée.

En France les données récentes sur la mortalité sont toutes issues du milieu associatif. L'espérance de vie d'une personne sans domicile a été estimée à 43 ans en 2006 par les « Enfants de Don Quichotte », chiffre repris par Martin Hirsch, actuel haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté dans l'éditorial d'un récent Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire consacré aux inégalités de santé en France [35].

3.3. L'Accès aux soins

3.3.1. Pré-requis : les droits des personnes sans domicile en terme de couverture sociale

La protection de la santé garantie pour tous est affirmée dans le préambule de la Constitution française et dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Depuis l'ordonnance du 19 octobre 1965 et la création de la Sécurité Sociale couvrant les cinq risques « vieillesse, maternité, maladie, invalidité, décès », l'objectif initial de construction d'une couverture pour tous est resté la ligne conductrice de toutes les réformes de la branche « maladie », mais il faut attendre 1996 pour qu'apparaisse le projet d'un « régime universel d'assurance maladie », finalisé par l'apparition de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 2000.

La CMU ouvre l'accès à l'assurance maladie à toute personne résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'est pas couverte par l'assurance maladie au titre de son activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré.

La CMU complémentaire, couverture complémentaire gratuite, permet d'accéder aux soins sans avance de frais. Elle est octroyée sous conditions de ressources, qui ne doivent pas dépasser un plafond variable selon la situation (600 euros par mois pour une personne seule en juillet 2007).

Un autre dispositif complétant la CMU dite « de base » est celui de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire, également nommé aide à la mutualisation : il s'adresse aux personnes dont les revenus dépassent de moins de 10% le plafond de la CMU complémentaire. La participation des organismes de complémentaire à ce dispositif repose sur le volontariat.

Toute demande d'obtention de la CMU nécessite d'avoir une domiciliation administrative, différente du lieu de vie. Pour les personnes sans domicile il s'agit le plus souvent d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou d'un organisme agréé par l'autorité préfectorale, comme les associations à but non lucratif menant des actions contre l'exclusion, ou les établissements assurant l'accueil des personnes en difficulté (hôtels sociaux par exemple).

3.3.2. L'Hôpital, lieu de soin privilégié pour les sans-domicile

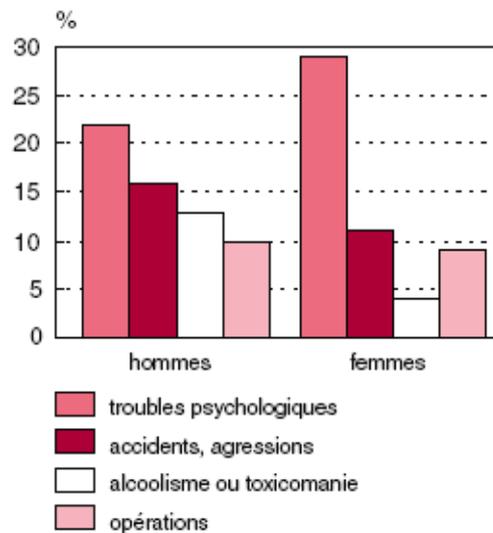
A la question « au cours des douze derniers mois avez-vous eu recours à un médecin ou à un dentiste ? », posée lors de l'enquête INSEE SD 2001, 82% des personnes sans domicile répondaient par l'affirmative [36].

Dans six cas sur dix, les consultations avaient eu lieu au cabinet d'un médecin ou dans un centre médical, deux fois sur dix à l'hôpital et deux fois sur dix dans un centre d'hébergement ou une association. En ce qui concerne les soins ambulatoires, le taux de recours est donc proche de celui de la population générale (87% de réponses positives à la question de l'INSEE), mais étant donné l'état de santé généralement plus mauvais des personnes sans domicile, il est probable qu'il y ait malgré tout une sous-consommation de soins à morbidité égale.

En revanche, les services hospitaliers sont sollicités environ trois fois plus souvent par les sans-domicile que par l'ensemble de la population, pour de multiples raisons : facilité d'accès, certitude d'être reçu dans les services d'Urgences, absence de médecin généraliste, difficultés financières et pathologies plus lourdes. Il faut signaler également la part des arrivées « contraintes » aux Urgences, accompagnées par les pompiers ou la police.

31% des sans-domicile interrogés ont passé au moins une nuit à l'hôpital au cours de la dernière année, les hommes plus souvent que les femmes (Tableau ci-après).

② Principales raisons d'hospitalisation des sans-domicile



Champ : sans-domicile usagers des services d'aide âgés de 18 à 60 ans

Source : Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, janvier 2001, Insee

3.3.3. Historique

Les comportements en terme de recours aux soins des populations précarisées – et tout particulièrement cette relation forte à la structure hospitalière – se sont construits parallèlement à l'histoire de l'hôpital, et c'est en « prenant conscience du chemin parcouru, des acquis et des impasses, [...] que l'hôpital moderne peut éclairer une culture et des comportements qui sous-tendent ceux d'aujourd'hui » [37].

Jusque là entièrement consacrée à assurer sa fonction millénaire d'accueil, la mission de l'hôpital public change pourtant peu après la révolution française, sous l'impulsion des idées développées par les philosophes des Lumières depuis le début du XVIIIème siècle. Le savoir et la pratique médicale prennent le pas sur la charité et l'assistance aux indigents. L'hôpital devient un centre de recherche et d'enseignement, voué à la médecine et ses progrès, alors que l'Etat se libère de son devoir d'assistance en décentralisant la gestion des hospices à l'échelle des communes. Entre ces deux univers, l'un à mission scientifique, l'autre à mission sociale, il n'y a pas de communication. Cette dichotomie s'aggrave avec les lois de 1851 (recueil de tout malade indigent quel que soit son domicile), 1893 (assistance médicale gratuite à tous les indigents) et 1905 (obligation de recevoir tous les vieillards, les infirmes et les incurables), qui alourdissent la tâche de l'hôpital-hospice.

Le risque maladie est repris en charge par l'Etat seulement en 1945 avec la création de la Sécurité Sociale, et la loi Debré de 1958 fait entrevoir la possibilité d'une passerelle entre le désir des pouvoirs publics de médicaliser l'hôpital, et sa mission

traditionnelle de prise en charge des plus démunis : en créant les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), cette loi impose à tous les médecins travaillant au sein de l'hôpital d'être à temps plein dans ses murs au bénéfice de tous les malades, y compris les plus défavorisés [38].

Aujourd'hui rattrapée par la nécessaire maîtrise des dépenses de santé, la lourde machine hospitalière, après trente années d'euphorie financière jusque dans les années quatre-vingt, peine toujours à assurer ses obligations : continuité des soins, droit à l'accueil et à l'égalité des soins pour tous, adaptation aux besoins de l'environnement social et économique.

L'hôpital reste cependant le recours ultime (quand ce n'est pas exclusif) de toute une partie de la population, et l'engorgement des Services d'Accueil Urgences (SAU) des hôpitaux est régulièrement évoqué par les médias.

La réponse médicalisée faite à ces populations (faute de savoir comment lui venir en aide) a montré ses limites, lorsque des initiatives autres que médicales sont apparues : la création du SAMU Social (1993), qui vient en aide aux personnes sans domicile sur la voie publique, d'abord à Paris, puis dans quarante départements, ainsi que la multiplication des organisations non gouvernementales visant à aider les plus défavorisés, ont mis en évidence l'indispensable travail transversal (à la fois médico-psychologique et social) nécessaire à la prise en charge de ces personnes.

3.3.4. Législation

La réflexion débute, en 1993, avec la Circulaire du 17 septembre relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies [39] (Mme Simone Veil est alors Ministre de la Santé), adressée aux responsables des établissements hospitaliers et visant à « implanter dans les locaux hospitaliers une cellule d'accueil spécialisée pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leurs droits à un régime de base ou à un régime complémentaire d'assurance maladie ainsi qu'à l'aide médicale ».

Le succès d'initiatives limitées à la région parisienne (dispositif Verlaine à l'hôpital St Louis, dispositif Baudelaire à l'hôpital St Antoine, CHAPSA de Nanterre), mène le législateur à franchir un pas décisif avec la Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : « L'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins »[40].

Ce travail en réseau peut désormais s'effectuer de manière opérationnelle au sein des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) [41].

3.3.5. Les PASS

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, intégrées à l'hôpital, dont les principales missions sont les suivantes :

- repérer et accueillir les personnes en difficulté ;
- faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social ;
- les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale (régime de base ou régime complémentaire d'assurance maladie, accès rapide à l'aide médicale).

Trois cents hôpitaux s'engagent dans la création des PASS de 1998 à 2000. En 2003 on recense 369 PASS sur les 500 initialement prévues (derniers chiffres disponibles).

3.4. L'offre de soins à Nantes

3.4.1. L'application de la Loi de lutte contre les exclusions au CHU de Nantes : le dispositif PASS

Un groupe de travail multidisciplinaire a élaboré un projet qui aboutit, en novembre 1999, à la création du dispositif PASS au sein du CHU de Nantes [42]. Ses objectifs sont :

- permettre une meilleure identification des situations de précarité au sein de l'hôpital ;
- favoriser l'accès aux droits ;
- faciliter l'accès aux médicaments des personnes en situation de précarité ;
- participer à la construction et au développement du réseau entre professionnels de santé et professionnels du social ;
- contribuer à informer et former les personnels aux problèmes de la précarité ;
- mettre en place une consultation médico-sociale à visée généraliste, la Consultation Jean Guillon.

Si la Consultation Jean Guillon (CJG) est la structure phare de la PASS (car physiquement repérable), le dispositif en place vaut pour tous les services de l'hôpital susceptibles de prodiguer des soins aux personnes en situation de précarité. Ainsi, des protocoles ont été signés en accord avec la pharmacie centrale du CHU, les Urgences, la radiologie centrale. Des assistantes sociales sont également formées spécifiquement au repérage des personnes les plus démunies au Centre de Soins

Dentaire, en Pédiatrie, et dans la récente unité de Gynéco-Obstétrique médico-sociale.

3.4.2. La consultation Jean Guillon (CJG)

C'est une consultation médico-sociale, à visée généraliste, qui dispose des moyens techniques mis à disposition par le CHU. Elle est le pivot central du dispositif PASS, chargée de coordonner le travail en réseau avec les autres services. Elle représente une unité fonctionnelle du Pôle de Médecine du CHU de Nantes.

Elle est située depuis 2005 dans un bâtiment annexe de l'Hôtel Dieu, le bâtiment Tourville, qui regroupe divers autres services de consultation : Centre d'Information et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles, médecine du travail du personnel hospitalier, consultation des voyageurs et centre de vaccination. Le bâtiment est accessible à pied depuis le CHU, et le service des Urgences dispose de plans d'accès à distribuer aux patients. Depuis peu, un fléchage a été mis en place sur l'équipement de la voirie.

L'équipe de la CJG est composée d'un médecin référent interniste, responsable du dispositif PASS, qui assure notamment un travail de recherche et de coordination ; d'une assistante en médecine générale et d'un(e) interne en médecine générale, de deux infirmières, d'une aide soignante, de deux assistantes sociales et d'une secrétaire. Les consultations sont assurées par l'assistante et l'interne, et des vacations peuvent être effectuées par des médecins généralistes certains après-midi de la semaine.

Les consultations ont lieu sur rendez vous le matin, sans rendez-vous l'après midi, et la CJG est ouverte 5 jours par semaine, du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 18h.

Les locaux sont équipés d'un vestiaire et d'une douche accessible aux personnes handicapées.

La spécificité de la consultation Jean Guillon dans la prise en charge des personnes sans domicile est le créneau horaire qu'elle leur a « réservé » : tous les matins, une plage horaire, généralement de 11h30 à 12h, est laissée libre de sorte à accueillir inopinément les personnes sans domicile, dont on sait qu'elles ont souvent du mal à respecter des heures de rendez-vous surtout s'ils sont fixés plusieurs jours à l'avance. Ainsi les équipes de la Veille Sociale qui travaillent auprès des personnes de la rue, savent qu'elles peuvent accompagner les SDF à la consultation, en vue d'une prise en charge immédiate, sans attente.

En effet, l'équipe de la consultation travaille en réseau avec toutes les structures dédiées à la prise en charge des personnes précarisées sur l'agglomération nantaise. La Veille sociale est la plus importante d'entre elles.

3.4.3. La Veille Sociale 44

Financée par le Conseil Général, le CCAS et l'Etat, l'association Veille Sociale 44 mène des actions et des réflexions au plan de l'urgence sociale. Ce dispositif se fixe pour objectif de fournir des aides matérielles ou non aux personnes désinsérées (abri, nourriture, soins, relations humaines...), afin qu'un travail de réinsertion sociale soit envisageable avec elles. Pour cela, deux pôles de travail ont été mis en place, bien connus des personnes sans domicile :

- le 115, numéro de téléphone national d'urgence pour les sans-abri. A Nantes, six salariés assurent l'écoute mais aussi l'orientation vers un hébergement quand celui-ci est disponible ;
- l'équipe mobile sociale, plus communément appelée SAMU social, composée de quatre travailleurs sociaux et quatre infirmiers, qui travaille directement sur le terrain en effectuant des « maraudes », pour aller à la rencontre de ceux qui ne sont pas en mesure d'aller eux-mêmes vers les dispositifs institutionnels et leur proposer une aide.

Le champ d'activités de ces organisations d'aide dépasse celui du soin et de la santé et touche parfois à des domaines tels que l'hébergement, le soutien dans les démarches administratives, l'aide à se nourrir.

3.5. La population sans domicile dans les PASS

Le lieu choisi pour réaliser cette étude, la Consultation Jean Guillon du CHU de Nantes, reçoit des personnes sans domicile depuis le début de son activité, répondant ainsi aux missions fixées par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998. Les missions des PASS – repérage, accueil, prise en charge médico-sociale des patients les plus démunis au sein de l'hôpital – ont donc été fixées il y a moins d'une dizaine d'années, ce qui est peu pour l'évaluation efficace d'un dispositif médico-social.

Cependant quelques travaux se sont déjà penchés sur les caractéristiques des consultants.

3.5.1. Au niveau national

En 2002 à la PASS d'Avignon, une étude portant sur 350 patients et leurs caractéristiques médico-psycho-sociales a pu mettre en évidence que 89 personnes, soit 25%, étaient sans-domicile-fixe, français et étrangers confondus [43].

En 2003, la création d'un système informatique de recueil et d'évaluation de l'activité médico-sociale des PASS a permis de regrouper les données de 11 CHU et 10 CHG répartis sur tout le territoire, dont la consultation Jean Guillon du CHU de Nantes [44]. Le recueil des données s'est effectué sur six mois. Ainsi sur un total de 4716 patients, 14% (491) étaient sans-domicile-fixe. Cette analyse permet de faire la différence entre les patients étrangers – plus souvent hébergés – et les français, qui sont plus souvent SDF (25,1% vs 10,4%).

3.5.2. A la consultation Jean Guillon

Sur les 944 nouveaux consultants de l'année 2004 (nombre total de consultants sur l'année : 3060), la CJG compte 192 patients vivant en squat ou dans la rue, soit 20,7% [45].

En 2005, 228 personnes vivent à la rue, soit 17,5% des consultants [46].

Ces chiffres doivent cependant être nuancés car ils concernent de façon indifférenciée les personnes françaises ou étrangères.

2ème partie : Enquête

1. Matériel et méthodes

1.1. Description du contexte

J'ai choisi d'effectuer mon 6ème et dernier semestre d'internat de médecine générale à la Consultation Jean Guillon (CJG). Même s'il s'agit d'un abus de langage, elle sera parfois appelée PASS dans ces pages, puisqu'elle est au cœur du dispositif plus global visant à faciliter l'accès aux soins aux plus démunis au sein du CHU. Elle est d'ailleurs plus souvent connue sous ce nom par les usagers et le personnel du CHU.

Ce choix se justifie par l'activité de consultation de médecine générale que la PASS propose, qui s'inscrit dans mon projet professionnel, et c'est en connaissance de cause que j'ai souhaité me confronter à la précarité : je souhaitais avant tout pouvoir me départir de certaines craintes, certaines attitudes formatées que les soignants adoptent parfois face aux exclus.

1.2. La population étudiée

Les patients choisis répondent aux définitions de « sans-domicile » et « désocialisés » utilisées dans ces pages.

Le recueil d'une partie des noms s'est effectué en comparant les données de deux sources :

- Clinicom, logiciel informatique de recueil de données du CHU, retient les passages à l'hôpital de chaque patient avec la date, le nom du service fréquenté, et un intitulé précisant s'il s'agit d'une consultation ou d'une hospitalisation. Dans le langage du logiciel, une consultation à la CJG est désignée par le nom du bâtiment qui l'accueille, « Tourville ». Un passage aux Urgences est signalé par « Urgences Adultes », « Boxes Urgences Traumato », « Urgences UHCD⁴ » ou « Urgences médico-psychologiques » ;
- une liste de noms de personnes vivant à la rue, établie annuellement par La Coordination Santé dans la rue de Nantes (regroupement associatif de dispositifs d'aide aux personnes sans domicile) a pu être confrontée aux données disponibles sur Clinicom. Ont été retenus les patients pour qui :
 - la Coordination avait notifié un passage à la PASS au cours des années 2000 à 2003 ;
 - la trace de ce passage a pu être retrouvée sous forme d'intitulé « Tourville » dans la liste des épisodes de Clinicom.

Tous les autres noms des patients ont été fournis par le médecin référent, l'assistante de médecine générale, les deux infirmières de la PASS, l'aide-soignante, et les deux assistantes sociales qui ont mobilisé leurs souvenirs.

⁴ UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

1.3. La période d'étude

Elle s'étend du 1^{er} novembre 1999, date d'ouverture de la CJG, au 30 novembre 2007. Pour les patients perdus de vue en 2007, la période d'étude s'arrête aux dernières données médico-sociales repérables dans le dossier de la CJG, sous la forme d'un compte-rendu manuscrit de consultation ou d'une donnée sociale.

1.4. Les critères d'inclusions

1.4.1. Critères chronologiques

J'ai souhaité avoir au moins trois ans de recul sur le suivi à la PASS de ces patients sans domicile. Les consultants sont donc tous venus pour la première fois à la CJG entre octobre 1999 et décembre 2003.

1.4.2. Critères sociaux

Le critère principal retenu est que tous les patients ont une expérience majoritaire de vécu à la rue au cours de la période d'étude. Cela inclut :

- un recours aux services d'hébergement d'urgence ponctuel et non prolongé, même s'il peut être répété sur la période d'étude ;
- des patients ayant un logement personnel au début de l'enquête mais l'ayant perdu dans les mois suivants.

1.4.3. Critères démographiques

Afin d'assurer une homogénéité en terme de population étudiée, seuls les patients de nationalité française ont été retenus pour l'enquête.

1.5. Les critères d'exclusion

- les étrangers migrants en situation régulière ou non ;
- les patients âgés de moins de 18 ans.

1.6. Objectifs de l'enquête

1.6.1. Objectif principal

Décrire rétrospectivement l'évolution des situations médico-sociales de patients sans domicile après leur intégration dans le dispositif PASS du CHU de Nantes.

1.6.2. Objectifs secondaires

Repérer leurs habitudes de recours aux soins avant et après l'entrée dans le dispositif PASS :

- en dénombrant le nombre et les motifs des consultations médicales à la CJG ;
- en comparant le nombre de consultations aux Urgences du CHU l'année précédant la première consultation à la CJG et les trois années suivantes ;
- en dénombrant les hospitalisations et leurs durée ;
- en faisant apparaître les modalités du suivi médical antérieur à la CJG lorsque celui-ci existe.

Lister les pathologies connues et celles qui ont pu être dépistées et prises en charge à la CJG, identifier des situations d'adhésion ou d'échappement aux soins.

Repérer les interventions des assistantes sociales de la PASS mises en place pendant la période d'étude et visant à améliorer l'accessibilité aux soins ou les conditions de vie des consultants.

1.7. Outils

Pour chaque patient, il s'agissait de recueillir, d'une part les données médicales connues lors de la première consultation à la CJG, d'autre part les données sociales, puis de confronter ces données avec celles disponibles en 2007, date de réalisation de l'étude.

Le recueil s'est effectué à partir des dossiers médicaux des patients, des courriers médicaux et données administratives disponibles sur Clinicom et des compte-rendu d'entretiens sociaux conservés à la PASS.

Les témoignages des infirmières et des assistantes sociales ont également été recueillis.

1.7.1. La grille de données

Elle a retenu le nom du patient, sa date de naissance, son lieu de naissance s'il était connu, ainsi que les données médicales lors de la première consultation :

- antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, y compris les hospitalisations pour cure de sevrage, traitement en cours ;
- motif principal et date de cette première consultation ;
- existence ou non d'un médecin traitant ou d'un suivi médical antérieur.

Ces données ont été confrontées aux données médicales de 2007 :

- le suivi s'effectuait-il à la PASS, au CHU, chez un médecin traitant ?
- pathologies identifiées et prises en charge à la CJG depuis la première consultation ;
- nombre de consultations à la CJG et aux Urgences du CHU de Nantes depuis la première année.

Ont également été notés les éléments de prise en charge sociale connus lors de la première consultation avec l'assistante sociale :

- existence d'une couverture sociale ou non ;
- domiciliation administrative ;
- source de revenus ;
- mode de recours à la PASS (adressé, recours aux associations) ;
- profession et habitus.

L'ensemble des données sociales a été mis en perspective avec les données de 2007 ou les dernières données connues : mêmes items complétés du projet de vie s'il y en a un.

1.7.2. La frise chronologique

Afin de mieux dégager les actions et les réponses apportées par le dispositif PASS entre ces deux dates, une présentation sous forme de frise chronologique a été adoptée pour certains patients, dont le parcours est considéré représentatif. Elle permet de réunir les données médicales et sociales sur un même document visuellement informatif.

La frise met en parallèle trois axes chronologiques, l'un retraçant les événements médicaux survenus au cours du suivi du patient, l'autre les événements en rapport avec la prise en charge sociale, tels que les projets proposés, la mise en place d'une domiciliation, l'acquisition d'une mutuelle, certains événements de vie marquants, et

le troisième, les passages au service des Urgences du CHU de Nantes ainsi que les hospitalisations.

Pour certains patients il est apparu intéressant de rajouter un quatrième axe concernant les soins infirmiers, qui se déroulent parfois indépendamment de toute consultation médicale.

La frise a été construite à l'aide d'un logiciel de dessin développé par Adobe, InDesign CS2.

2. Résultats de l'enquête

2.1. Population étudiée

Vingt-cinq personnes avaient consulté pour la première fois entre décembre 1999 et décembre 2003 et répondaient à la définition de « sans-domicile » et « désocialisés » au cours de la période d'étude.

Six d'entre eux avaient toujours un suivi régulier à la CJG pendant les 6 mois de mon stage, (mai à novembre 2007), j'ai pu les recevoir personnellement en consultation à plusieurs reprises.

2.2. Données démographiques

2.2.1. Sexe

Trois des 25 consultants étaient des femmes.

2.2.2. Origine géographique

Les lieux de naissance des 25 patients se répartissaient ainsi :

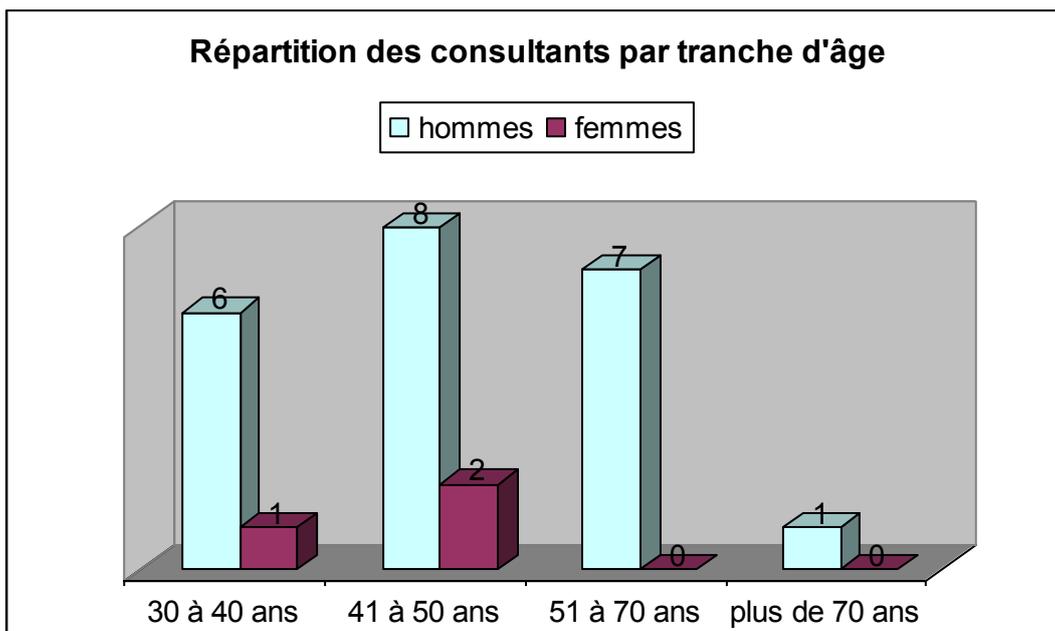
- dix sont nés à Nantes (dont les trois femmes) ou dans le département ;
- dix sont nés hors du département, la majorité d'entre eux hors départements limitrophes : deux patients venaient du Maine et Loire, six sont nés à Paris et région parisienne, trois dans des départements divers (Calvados, Gironde, Bas-Rhin) ;
- trois des cinq consultants nés à l'étranger ont vécu leur enfance dans des pays d'Afrique (Maroc, Côte d'Ivoire, et un pays africain non connu) ;
- enfin on comptait un patient d'origine hongroise et un patient né au Liban.

2.2.3. Age lors de la première consultation

Les âges se répartissaient entre 32 et 73 ans, avec une médiane à 42 ans.

Les trois femmes et 14 des hommes avaient moins de 50 ans, et parmi eux 7 avaient moins de 40 ans (une femme), soit plus d'un quart des patients.

Un seul patient avait plus de 70 ans (73 ans).



2.3. Habitus et situations familiales

Pour deux patients, aucune donnée personnelle n'a été retrouvée.

2.3.1. Les professions exercées avant la vie à la rue

Elles étaient connues pour plus de la moitié des patients (14 sur 23). Ainsi, on comptait :

- un boulanger et ouvrier textile ;
- un paysagiste ;
- un tuyauteur soudeur ;
- un ostréiculteur ;
- deux chauffeurs routiers ;
- un maraîcher ;
- un coiffeur ;
- un déménageur ;
- un portier dans l'hôtellerie ;
- un prothésiste dentaire ;
- un chauffeur de bus à la TAN (Transports de l'Agglomération Nantaise) ;
- un animateur socioculturel à l'Agence municipale pour la réalisation d'activités éducatives, sociales et culturelles de la ville de Nantes (ACCOORD).

Un patient possédait un BEP électronique sans que l'on sache s'il avait exercé la profession.

Les femmes n'avaient pas déclaré de profession.

2.3.2. La rue et autres lieux de vie

Au moment des premiers contacts avec l'équipe de la CJG, tous les patients n'en étaient pas au même stade de leur vie à la rue : les lieux d'habitats déclarés lors de ces premières fois étaient précaires pour nombre d'entre d'eux et ont changé plusieurs fois au cours du suivi.

Trois quarts des patients (18 sur 25) vivaient effectivement à la rue, l'un d'entre eux possédait pourtant un bungalow. Pour les autres, on comptait 4 logements personnels (dont un bungalow), un hébergement à l'hôtel, et deux hébergements par des tiers.

A la fin de la période d'étude, 9 patients sur les 18 vivant à la rue avaient désormais un domicile fixe, selon différentes modalités :

- quatre d'entre eux vivaient en institution : Maison-Relais⁵ ou maison de retraite ;
- un patient vivait en hôtel social depuis plus de six mois ;
- quatre patients avaient un logement personnel (dont un bungalow).

On peut affirmer de 5 patients qu'ils n'avaient pas changé de situation et étaient toujours dans la rue. Deux sur 18 étaient décédés, un patient était perdu de vue et l'autre hébergé.

Parmi les 7 patients désignés au départ comme n'étant pas à proprement parler sans-domicile, tous avaient connu l'expérience de la rue par la suite, pour aboutir aux situations suivantes:

- un patient institutionnalisé (long séjour) ;
- une femme logée en hôtel social ;
- un patient hospitalisé depuis plus de trois mois ;
- deux patients décédés ;
- un patient perdu de vue ;
- aucune donnée disponible concernant le logement pour le dernier.

⁵ Les Maisons-Relais accueillent des personnes sans domicile fixe de plus de 45 ans, isolées et exclues ne pouvant accéder à un logement. En Loire Atlantique les places sont limitées à 50.

2.3.3. Les situations familiales

Plus des deux tiers des patients (17) déclaraient avoir des enfants, qui ne vivaient plus avec eux pour la plupart ou qu'ils avaient perdu de vue. Une des femmes aurait eu 4 enfants placés en famille d'accueil, les deux autres avaient 3 enfants chacune.

Des séparations et divorces avaient été évoqués par 12 patients.

Presque la moitié des dossiers faisait état d'événements de vie marquants : deux abandons dans l'enfance, suivis d'une prise en charge à la DDASS ou en famille d'accueil, un patient réfugié politique, deux décès maternels liés à l'alcool, un suicide dans la fratrie, la perte d'un enfant âgé de huit ans, et des séjours en milieu carcéral pour moins de 5 patients.

2.4. Données médicales

2.4.1. Pathologies

Antécédents médicaux

Ils étaient dominés par les antécédents traumatiques, 8 patients seulement sur 25 disaient n'avoir jamais eu de fractures. Il s'agissait la plupart de temps de fractures des membres et de la mâchoire pour lesquelles des interventions chirurgicales avaient été nécessaires.

En ce qui concerne les antécédents cardiovasculaires, ils ont rarement été mis en avant lors de l'interrogatoire, seuls 3 patients ont déclaré être porteurs d'une hypertension artérielle (HTA).

La comitialité était par contre bien connue des patients, dix patients ont déclaré spontanément être épileptiques, la prise d'un traitement anticonvulsivant n'était mentionnée que dans cinq dossiers.

Les comportements addictifs, principalement à l'alcool et au tabac ont également été évoqués d'emblée par 23 des 25 patients, en même temps que les tentatives d'hospitalisations pour sevrage. Un patient suivait un traitement de substitution par méthadone.

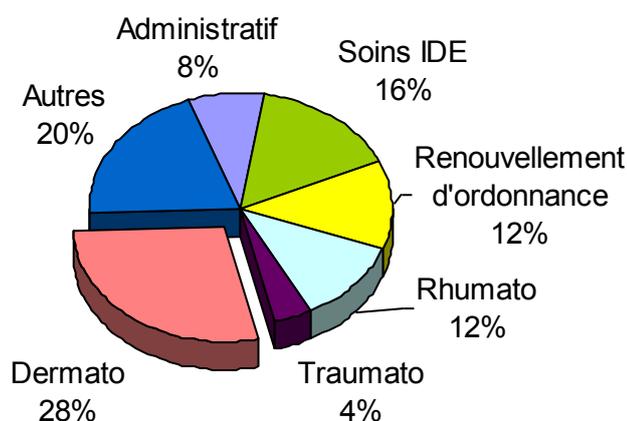
Pour la pathologie psychiatrique, on note que si dans cinq dossiers, aucun élément ne permettait de conclure à une quelconque prise en charge psychiatrique par le passé, tous les autres contenaient une trace évoquant un contact avec une structure soignante spécialisée. Ainsi deux patients avaient déjà fait une tentative d'autolyse, onze patients déclaraient un suivi par un psychiatre. Trois patients avaient une pathologie psychiatrique individualisée (deux syndromes dépressifs sévères et une psychose chronique) nécessitant un traitement par neuroleptique. Le diagnostic de schizophrénie a été porté pour une femme sans antécédents déclarés.

Trois patients ont déclaré une tuberculose pulmonaire dans leurs antécédents, deux affirmations sur trois ont pu être confirmées par des séquelles radiologiques.

Trois patients étaient porteurs d'une hépatite virale chronique (deux hépatites C et une hépatite B), un patient était hémophile (hémophilie A mineure).

Les motifs principaux de la première consultation à la CJG

Motif principal de consultation



Lorsqu'ils consultaient pour la première fois, les patients se plaignaient majoritairement de problèmes dermatologiques, qu'il s'agisse de dermatoses infectieuses ou non. Ainsi sept patients se sont présentés avec des pathologies telles qu'une candidose (1), une gale (3) et une pédiculose corporelle (1), un intertrigo (1) et un impétigo (1).

Quatre patients avaient consulté pour des soins nécessitant une prise en charge prolongée ou non par l'infirmière (soins IDE) : plaies chroniques des membres inférieurs, soins post-opératoires ou bilan biologique prescrit en externe.

Venaient ensuite à part égale les demandes concernant une symptomatologie d'origine rhumatologique (trois cas de lombalgies aiguës ou chroniques), et les renouvellements d'ordonnance (dans deux cas sur trois pour un traitement neuroleptique).

Cinq patients étaient venus consulter pour des motifs divers : asthénie, demande de consultation spécialisée en chirurgie plastique, orchépididymite, bronchite et demande d'aide au sevrage alcoolique.

Les motifs administratifs et sociaux, qui faisaient l'objet de deux consultations, concernaient une demande d'hébergement et l'établissement d'un certificat médical

pour la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel).

Pathologies identifiées et prises en charge à la CJG

Chacun des 25 patients a été au moins une fois reçu en consultation pour une plaie. Parmi les pathologies appelant une prise en charge de longue durée, et souvent quotidienne, on peut citer : un mal perforant plantaire, pris en charge en pré et post-opératoire (amputation transmétatarsienne), et des plaies chroniques ou aiguës de jambes pour la moitié des consultants.

Le repérage des pédiculoses et la proposition de soins d'hygiène associés au traitement des lésions dermatologiques étaient également partie prenante du travail de l'équipe de la CJG. Sur 25 dossiers, 13 faisaient état du diagnostic de gale soit dans les antécédents, soit au cours de la prise en charge à la CJG.

En ce qui concerne les pathologies infectieuses liées à la précarité, trois cas de tuberculose pulmonaire ont été suspectés : le diagnostic a été écarté pour un patient, et deux cas de tuberculose au stade bacillifère ont pu être pris en charge en milieu hospitalier. L'évolution a été compliquée d'une rechute à l'arrêt du traitement pour le premier patient, et d'une intolérance aux antituberculeux pour le second.

Parmi les trois patients atteints d'hépatites virales, un seul a subi une ponction biopsie hépatique qui a mis en évidence une hépatite chronique C active (Métavir A1F2). Le patient n'a pas donné suite à la proposition d'instauration d'un traitement.

Pour les patients suivis pendant plusieurs années, il a également pu être mis en évidence des pathologies chroniques, notamment dans le cadre du bilan des facteurs de risques cardiovasculaires : ainsi 2 patients supplémentaires se sont avérés porteurs d'une HTA, un patient a été atteint d'une cardiopathie dilatée et un patient a révélé une tachycardie de Bouveret. Les deux patients hypertendus étaient toujours suivis pour cette pathologie en 2007, l'un chez son médecin traitant, l'autre à l'hôpital.

Les diverses explorations effectuées ont permis de mettre en évidence des complications portales de l'intoxication éthylo-tabagique chez quatre patients (varices œsophagiennes), des hémangiomes hépatiques chez deux patients, une polypose colique de bas grade chez un patient, un endobrachyœsophage, une œsophagite, de l'emphysème post-tabagique chez un patient, deux cas de BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive), une ostéoporose masculine fracturaire.

Chez deux patients, l'intoxication éthylo-tabagique a été compliquée d'une néoplasie – un adénocarcinome du tiers inférieur de l'œsophage et un carcinome épidermoïde infiltrant de la sphère ORL – mais les diagnostics avaient eu lieu après que les patients aient quitté la consultation. En 2007, un patient était suivi régulièrement en ORL, l'autre était décédé.

Un patient a été victime d'un traumatisme crânien grave (suite à une chute en état d'ébriété), avec séquelles neurologiques à type d'hémiplégie, aphasie et troubles

mnésiques. Il était hospitalisé en Rééducation Fonctionnelle depuis plusieurs mois à la fin de l'année 2007.

Enfin pour mémoire, il faut citer la découverte d'un adénome surrénalien non sécrétant, et d'une cryoglobulinémie associée à l'hépatite C.

Mortalité

Quatre hommes sont décédés pendant la période d'étude, aux âges de 43, 46, 48 et 54 ans. Deux décès sur quatre ont eu lieu à l'hôpital.

Mr R. est décédé dans le service de Soins Palliatifs des suites d'un cancer de l'œsophage diagnostiqué un mois auparavant.

Le décès de Mr Y. a été constaté dans un foyer, la cause du décès est inconnue.

Mr P., porteur d'une hémophilie A, a succombé à une hémorragie intracérébrale compliquant un traumatisme crânien.

Enfin Mr C. est décédé dans la rue, l'autopsie a conclu à une mort naturelle.

2.4.2. Recours aux soins

Suivi médical antérieur

Lors de la première consultation à la CJG, 10 patients sur 25 déclaraient être suivis par un médecin traitant. Les noms des médecins avaient pu être donnés dans tous les cas.

En 2007, 16 patients sur 25 avaient déclaré un médecin traitant dans le parcours de soins coordonné, pour 5 d'entre eux il s'agissait d'un médecin de la PASS. Parmi les onze autres patients, deux étaient effectivement suivis régulièrement après la réorientation auprès d'un médecin généraliste.

Par ailleurs, des suivis spécialisés étaient en place pour certains patients, en libéral ou à l'hôpital: il s'agissait essentiellement de suivis psychiatriques et addictologiques, les autres spécialités étaient en relation avec une pathologie chronique connue du patient (une patiente suivie en endocrinologie pour HTA, un autre suivi en ophtalmologie pour abcès cornéen, un dernier suivi au centre d'hémophilie).

Parallèlement, sept patients fréquentaient régulièrement la Consultation de Médecins du Monde avant la première venue à la CJG.

Tous les patients à l'exception de deux avaient déjà eu recours aux Urgences du CHU (*cf.* partie Discussion).

D'où viennent les patients sans domicile adressés à la CJG?

Pour cinq d'entre eux il n'a pas été possible de retrouver l'information (NR), qui est normalement portée sur la première page du dossier lors de la première admission à la consultation.

Plus d'un tiers des patients (huit) disait n'avoir été adressé par aucune structure médicale ou associative, ils évoquaient alors souvent le « bouche à oreille ».

Un seul patient avait été adressé par son médecin traitant pour un problème de prise en charge financière d'un examen complémentaire.

Le SAMU social était à l'origine de la consultation dans 4 cas.

Pour les deux patients orientés par les Urgences, il s'agissait de régulariser la couverture sociale, le motif de consultation ne justifiant pas une prise en charge urgente (renouvellement d'ordonnance dans un cas, délivrance d'un certificat dans l'autre).

Tableau 4 : Modes de recrutement des 25 patients à la Consultation Jean Guillon

Patient adressé par :	Nombre de patients
lui-même	8
Médecins du Monde	5
SAMU social	4
CHU (Urgences)	2
médecin traitant	1
NR	5

Le nombre de consultations

On a vu que la date de la première consultation se situait pour tous les patients entre la fin de l'année 1999 et décembre 2003. Le nombre d'années de suivi au sein de la structure était compris entre un –trois patients n'avaient consulté qu'une seule fois– et sept, pour cinq patients présents depuis le début de l'activité.

Le nombre moyen de consultations annuelles à la CJG était compris entre 0,4 et 7,9 selon les patients.

Plus de la moitié des patients (13 sur 25) avaient un nombre moyen de consultations médicales annuelles inférieur à trois.

Le nombre total de consultations médicales sur la période d'étude s'élevait à 357, soit en moyenne 51 consultations par an à la CJG concernant les personnes sans domicile.

Le recours aux Urgences

Sur les 23 patients ayant déjà consulté au SAU, 15 avaient augmenté leur fréquentation annuelle des Urgences après avoir consulté à la CJG pour la première fois. Parmi eux, 10 avaient consulté une ou deux fois de plus seulement que l'année précédente.

Sept patients sans domicile sur 23 avaient vu leur nombre de consultations aux Urgences diminuer l'année suivante (zéro consultation aux Urgences pour deux d'entre eux). Six d'entre eux étaient régulièrement vus en consultation à la CJG pendant cette période.

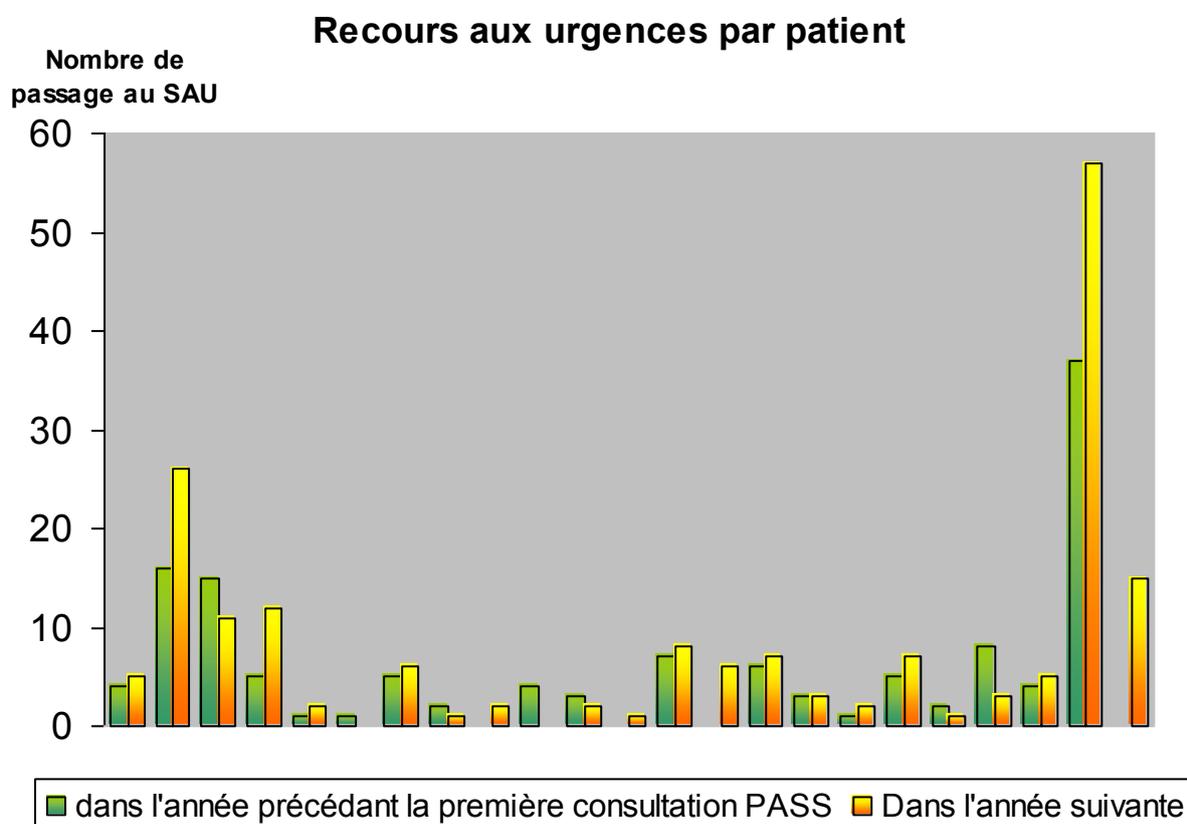
Une patiente n'a pas modifié son nombre de consultations aux Urgences (3 par an).

Si l'on étend cette observation aux 24 patients ayant consulté au SAU les deux années suivantes :

- parmi les 18 patients dont le nombre de consultations annuelles aux Urgences était inférieur ou égal à 5 avant la première consultation à la CJG : 14 consultaient toujours en moyenne moins de 5 fois par an trois ans après, 3 étaient décédés, un patient avait doublé son nombre de recours annuel aux Urgences dès la première année ;
- parmi les 3 patients consultant entre 6 à 10 fois par an aux Urgences l'année précédant la première venue à la CJG, la moyenne du nombre de consultations sur les trois années suivantes avait diminué ;
- parmi les 3 patients ayant le plus fréquenté le SAU (de 15 à 37 consultations annuelles), un avait diminué de moitié ses visites, les deux autres avaient presque doublé leur nombre de consultations aux Urgences.

Le nombre moyen de consultations annuelles par patient au SAU allait de 0,3 à 56 dans les trois années suivant la première consultation à la CJG.

En comparaison, le nombre moyen de consultations annuelles à la Consultation Jean Guillon était compris entre 1 et 7, 9.



Les hospitalisations

Sur la période d'étude, 23 patients sur 25 ont été hospitalisés au moins une fois. Le nombre total d'hospitalisations s'élevait à 84 à partir de la première consultation à la CJG. Sur ces 84 hospitalisations :

- 15 ont eu lieu en psychiatrie ;
- 14 en Médecine Polyvalente Urgence ;
- 14 dans les services d'ORL, Ophtalmologie et Stomatologie ;
- 12 en Médecine Interne ;
- 10 en Orthopédie et Traumatologie.

Les autres services concernés par les hospitalisations étaient les Soins de Suite et réadaptation (8), la dermatologie (3), l'endocrinologie (2), l'urologie (2), la pneumologie (2), la chirurgie digestive (1) et la réanimation (1).

Les durées d'hospitalisations étaient comprises entre 1 et 122 jours, avec une durée moyenne de 15,48 jours passés à l'hôpital.

Les soins infirmiers à la Consultation Jean Guillon

Plus des deux tiers des patients (17) ont nécessité une prise en charge par l'infirmière de la CJG à un moment donné de la période d'étude.

Dans dix cas, il s'agissait de plaies des membres inférieurs et surtout des pieds. Les autres types de soins relevés étaient des ablations de fils de suture, des pansements de plaies après agression, deux délivrances régulières de traitement antiépileptique, des injections de neuroleptiques retard, des tubages gastriques à la recherche de BK.

2.5. Données sociales

2.5.1. Couverture sociale

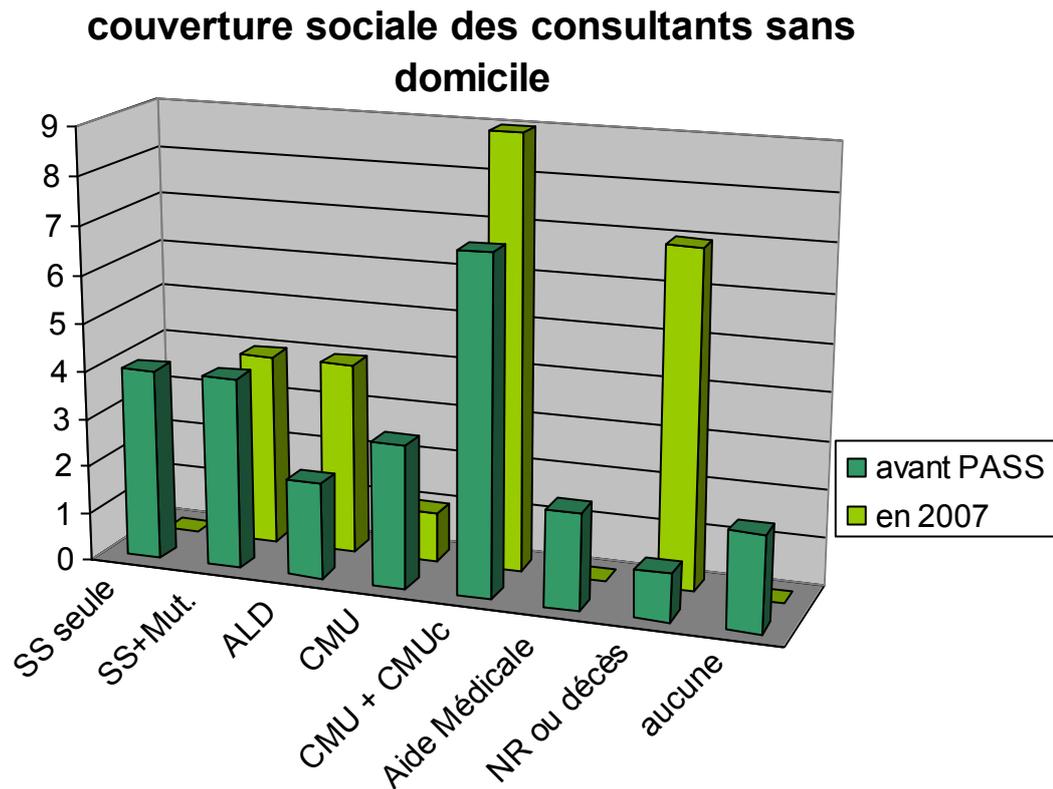
Plusieurs situations étaient possibles :

- l'affiliation au régime de l'assurance maladie classique avec ou sans possibilité de financer une mutuelle (Sécurité Sociale seule ou SS + Mutuelle). Huit patients étaient dans ce cas, la moitié possédait une couverture complémentaire ;
- deux patients bénéficiaient de la prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) ;
- la Couverture Maladie Universelle (CMU) concernait 10 patients : 7 avaient vu leur demande de CMU complémentaire acceptée, les trois autres n'avaient pas de couverture complémentaire ;
- deux patients étaient concernés par le dispositif d'aide médicale décentralisée que constituait l'Aide Médicale Départementale avant la création de la CMU : il s'agissait de patients ayant consulté à la fin de l'année 1999. En 2007 ils sont venus se greffer, pour le premier sur les bénéficiaires de la CMU et de sa complémentaire, et pour le second sur les personnes affiliées au régime classique de l'assurance maladie au titre d'une ALD ;
- deux patients n'avaient aucune couverture sociale au moment de la consultation : une femme qui ne sera pas revue par la suite et un homme de retour d'une année à l'étranger, n'ayant pas fait les démarches de renouvellement de ses droits ;
- enfin il existait un dossier pour lequel l'information n'a pas pu être trouvée.

Le recueil des mêmes données en 2007, donnait les résultats suivants :

- sur les quatre patients du groupe «SS seule», trois s'étaient vus attribuer la CMU et sa complémentaire, un patient avait pu bénéficier d'une aide à la mutualisation ;

- une ALD de plus avait été déclarée ;
- les trois patients appartenant au régime de la CMU sans complémentaire au départ avaient tous vu leur couverture étendue, soit à la CMU complémentaire, soit au titre d'une ALD. On retrouvait un patient avec la seule CMU, qui n'avait aucune couverture maladie au départ ;
- quatre patients étaient décédés et trois avaient été perdus de vue (NR).



2.5.2. Domiciliation

A Nantes les domiciliations s'étaient faites essentiellement au CCAS (8 sur 12). L'autre structure concernée était l'association Francisco Ferrer ou Maison d'Accueil de Jour (MAJ).

Domiciliation	1ère consultation CJG	Dernières données connues
Sans	7	0
Organisme agréé	12	14
Personnelle	4	5
Non Renseigné	2	6

Une des quatre domiciliations personnelles relevées consistait en un bungalow dans lequel ne vivait pas le patient. Les autres étaient de véritables adresses, on verra plus loin qu'il s'agissait de logements que les patients ont perdus dans les semaines suivantes. Seul un d'entre eux faisait partie des cinq domiciliations personnelles finales.

L'augmentation du nombre de données inconnues (non renseigné) correspond aux quatre patients décédés, et à deux patients pour qui l'information n'a pas pu être retrouvée.

2.5.3. Les sources de revenus

Parmi les 25 patients de l'étude, les sources de revenus se répartissaient initialement comme suit :

- 10 percevaient le RMI ;
- 2 patients bénéficiaient des allocations « chômage » ;
- 4 percevaient une retraite ;
- 3 patients recevaient une allocation en relation avec une incapacité ou une invalidité (1 Allocation Adulte Handicapé – AAH – et 2 pensions d'invalidité). Les raisons pour lesquelles ces indemnités avaient été demandées n'apparaissaient pas clairement dans les dossiers ;
- 3 patients n'avaient aucune source de revenus ;
- les données manquaient pour trois autres patients.

Dans l'ensemble, les dernières données connues étaient identiques, seul un petit nombre de patients avait vu sa situation financière évoluer : quatre patients de plus bénéficiaient de l'AAH, avec des motifs identifiés cette fois (syndrome dépressif sévère, psychose, surdité bilatérale et séquelles neurologiques de traumatisme

crânien). Un patient n'ayant aucune source de revenus initialement avait pu percevoir l'assurance « chômage ».

2.5.4. Les mesures de protection

Quatre patients étaient concernés par des mesures de protection juridique : une tutelle aux prestations sociales, une tutelle, et deux curatelles.

2.6. Bilan des biographies

Pour résumer, on a pu identifier quatre groupes de patients en fonction de leur devenir après la première consultation à la CJG :

- quatre patients décédés au cours de la période d'étude ;
- deux patients perdus de vue, c'est à dire qui non seulement ne consultaient plus à la CJG en 2007 mais aussi pour qui aucune information n'avait pu être retrouvée depuis plus de trois ans ;
- onze patients avaient quitté la consultation Jean Guillon mais on disposait d'informations sur leur état de santé (par le biais de Clinicom ou d'un médecin traitant) ou sur leur situation sociale (connue du CCAS ou du SAMU social) ;
- huit patients étaient toujours suivis à la CJG en 2007.

Chacun des 25 parcours aurait mérité que l'on s'y attarde, ne serait-ce que pour approcher de près la notion de cumuls de ruptures et d'échecs qui jalonnent la vie à la rue, mais il m'a semblé intéressant d'exposer dans les résultats trois exemples de patients, chacun illustrant une des situations ci-dessus (*cf.* frises chronologiques en annexe).

Mr P. né en 1959 à Abidjan

Antécédents médicaux contributifs :

- hémophilie A mineure suivie au centre d'hémophilie du CHU ;
- intoxication éthylo-tabagique depuis 1983, nombreuses cures de sevrage, deux rechutes après post-cure, suivi alcoologique en place à l'OCHS (Office Central de l'Hygiène Sociale) ;
- hépatite chronique C probablement post-transfusionnelle, non traitée, mais suivie par un hépatologue ;
- syndrome dépressif réactionnel ; plusieurs tentatives d'autolyse par intoxication médicamenteuse ;
- nombreuses fractures.

Traitement quotidien : alprazolam.

Médecin traitant : oui et contact avec Médecins du Monde.

Données sociales : locataire, bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé pour l'hémophilie. Absence de couverture complémentaire.

Habitus : divorcé depuis 1983, deux enfants de 21 et 18 ans qu'il ne voyait pas, ex-femme décédée en 1998. BEP électronique. Surendetté malgré la vente de sa maison en 1997.

Lorsqu'il a été adressé à la CJG pour la première fois en mars 2000 par Médecins du Monde, le motif de consultation était double : impétigo et anxiété en rapport avec une situation sociale se détériorant.

La première année, Mr P. consultait régulièrement le médecin de la CJG (motifs essentiellement dermatologiques et infectieux bénins) et le service des Urgences (nombreuses chutes et surveillances de traumatismes crâniens, transfusions de facteur VIII systématiques), mais les entretiens sociaux étaient plus nombreux, concernant surtout la constitution de son dossier de surendettement. L'année 2000 a vu survenir la perte de son logement, et rapidement Mr P. a connu les foyers d'hébergement d'urgence, après une courte période où il a pu se faire héberger. L'évocation des problèmes d'alcool figurait dans chaque compte-rendu de consultation de la CJG, et a abouti à un projet de sevrage avec post-cure, projet auquel Mr P. semblait bien adhérer. Le courrier de synthèse du médecin du centre de cure évoquait un patient motivé pour se réinsérer socialement, participant activement aux activités de groupe. En fin de séjour, il a écrit à ses parents qu'il n'avait pas vus depuis plusieurs années.

On distingue deux périodes où aucune consultation à la CJG n'a eu lieu :

- dans les suites immédiates de la cure de sevrage, période pendant laquelle il s'était cependant rendu à une consultation pour le suivi de son hépatite C. Une

période d'abstinence de huit mois a pris fin avec une rechute et une hospitalisation en psychiatrie.

- une seconde période de dix mois où aucune information n'était disponible, sinon qu'il vivait de nouveau à la rue et avait exprimé le désir d'un sevrage auquel il n'a pas donné suite.

Son décès a eu lieu en décembre 2003 à l'hôpital à la suite d'une chute compliquée d'une hémorragie cérébrale, après une dernière année où les consultations au Tourville étaient à nouveau régulières.

Mme D. née en 1963 à Nantes

Antécédents médicaux contributifs :

- HTA traitée par monothérapie ;
- insuffisance veineuse ;
- stérilisation tubaire en 1999 ;
- antécédents maternels psychotiques.
- absence d'intoxication éthylo-tabagique.

Traitement quotidien : inhibiteur calcique.

Médecin traitant : non, connue de Médecins du Monde et de la Veille sociale.

Données sociales : locataire par l'intermédiaire des Restos du Coeur. Bénéficiaire du RMI. Couverture sociale en place (CMU et CMU complémentaire).

Habitus : divorcée depuis 1992, quatre enfants placés (7 ans, 6 ans, 5 ans et 2 mois).

Mme D. était une patiente connue du SAMU Social depuis 1998, date où elle avait encore son propre appartement mais dormait parfois dans la rue. Elle a vraiment quitté son logement en 2000, par la suite elle a été accueillie régulièrement par les hébergements d'urgence. Dans une réunion de synthèse d'un groupe d'intervenants auprès des sans-domicile, elle était décrite comme une femme « connaissant bien le réseau accueil de jour et hébergement d'urgence ». Elle ne buvait pas d'alcool et ne faisait pas la manche. Ses comportements violents avaient été signalés à plusieurs reprises par le passé.

Elle a consulté spontanément à la CJG pour la première fois en mars 2000. Les consultations ont été nombreuses par la suite, à la fois à la CJG et dans différents services du CHU où Mme D. prenait rendez-vous d'elle-même. Si l'on en croit le dossier médical, les motifs de consultation n'étaient jamais d'ordre psychiatrique, mais plutôt centrés sur des problèmes génito-urinaires, notamment une incontinence urinaire dont l'origine somatique n'a jamais pu être démontrée.

A son retour à la consultation après 15 mois d'absence (période où elle avait été incarcérée pour dégradation de matériel sur la voie publique), elle a proféré des menaces à l'encontre de l'équipe dans un accès de délire violent. La prise en charge s'est pourtant poursuivie et Mme D. a progressivement accepté l'idée d'une prise en charge psychiatrique. C'est seulement fin 2004 qu'une hospitalisation en psychiatrie a permis de poser le diagnostic de schizophrénie. Pendant encore sept mois, Mme D. s'est présentée régulièrement à la CJG pour ses injections mensuelles de neuroleptiques retard et quelques soins d'hygiène, avant de quitter la consultation en décembre 2005.

Bien qu'elle n'ait plus été à la rue après 2006, (elle vivait à l'hôtel social), elle a continué de fréquenter des structures d'accueil comme la Maison d'Accueil de Jour, et ce de façon quotidienne. Sa pathologie psychiatrique était bien équilibrée par le traitement, selon l'équipe du SAMU social qui avait toujours des contacts avec elle. Un projet de pérennisation du logement était en cours, probablement en Maison-Relais puisque Mme D. allait atteindre l'âge de 45 ans.

Mr L. né en 1962 à Alençon

Antécédents médicaux contributifs :

- mère décédée (éthylisme chronique), suicide d'un frère de 19 ans ;
- épilepsie depuis l'âge de 22 ans ;
- intoxication éthylo-tabagique, plusieurs échecs de sevrage.

Traitement quotidien : Phénobarbital.

Données sociales : absence de couverture complémentaire, bénéficiaire du RMI. A la rue, très désocialisé, un antécédent d'incarcération.

Habitus : Divorcé depuis 2000, une fille de 16 ans, pas de contacts. A travaillé comme paysagiste.

La première consultation à la CJG en 2000 avait pour motif une gale, et Mr L. a pris rapidement l'habitude de venir consulter régulièrement par la suite. Les motifs étaient variés, il s'agissait souvent de renouveler son traitement antiépileptique. Le parcours de Mr L. a été jalonné de nombreuses hospitalisations, au cours desquelles les diagnostics suivants ont été établis :

- tuberculose pulmonaire ;
- œsophagite, endobrachyœsophage ;
- névrite optique alcoolique et neuropathie des membres inférieurs.

Le traitement de sa tuberculose a fait l'objet de plusieurs reprises thérapeutiques, l'observance a été améliorée par la mise en route d'une délivrance du traitement à la CJG, en accord avec le service de médecine interne et sur le modèle D.O.T (Directly Observed Therapy).

Les nombreuses demandes de sevrage se sont soldées par des échecs (un refus d'un établissement de cure qui estimait le patient peu motivé), et Mr L. a alterné les périodes de travail et de chômage et les hébergements précaires jusqu'à intégrer un bungalow à la fin de l'année 2005. Son suivi social s'est effectué conjointement à la CJG et au CCAS, et la CJG semblait être le lieu privilégié de ses consultations médicales. Il y venait cependant rarement spontanément, la plupart du temps accompagné de l'assistante sociale du CCAS ou du SAMU Social.

En novembre 2007, il aurait repris contact avec sa fille. Son état physique se détériorait progressivement et ses passages aux Urgences restaient nombreux.

3ème partie : Analyse et discussion

1. Précisions sur les critères d'inclusions

Le choix de fixer une limite à la période dans laquelle les premières consultations ont été relevées (jusqu'à la fin de l'année 2003), permet d'avoir en 2007 au moins trois ans de recul sur les parcours de chaque patient depuis la première consultation. Cela est apparu utile dans certains cas puisqu'après trois années sans contact avec la CJG, il nous a semblé justifié de parler de patient « perdu de vue ».

La notion de désocialisation a également été déterminante pour l'inclusion des patients dans cette enquête. La définition d'Alexandre Vexliard, professeur émérite de psychologie, semble être celle qui s'apparente le plus aux histoires de vie décrites ici : « *perte des habitudes et des aptitudes qui permettent à l'homme de mener une existence "normale" aux yeux de la société dans laquelle il vit* ».

2. Précisions et idées reçues sur la population étudiée

Le but de ce travail est de s'intéresser aux personnes les plus en marge de la population sans domicile fixe, aux trajectoires les plus chaotiques, ceux qu'on appelait volontiers les clochards il y a une dizaine d'années.

Des changements de grande ampleur sont survenus récemment dans la population qui vit à la rue : le « clochard », contrairement aux idées reçues, y est minoritaire, et les chemins l'ayant mené à la désocialisation ne sont pas comparables à ceux d'un étranger migrant en situation irrégulière, d'une femme victime de violences conjugales jetée à la rue ou encore d'une personne atteinte de schizophrénie. Cette distinction a été fondamentale lors de l'inclusion des patients dans ce travail, et les biographies des personnes retenues ont été validées par les assistantes sociales de la CJG comme correspondant aux critères d'inclusion.

Il faut cependant nuancer la désocialisation de ces patients dans la mesure où ils ont accepté de faire appel à un moment donné à un dispositif de soins, contrairement à d'autres, dont le nombre reste mal connu des équipes mobiles du SAMU social, et pour qui l'orientation vers les soins reste un échec.

La comparaison des trajectoires des patients de cette étude avec les données disponibles sur la population sans domicile en France permet de faire des parallèles dans certains domaines.

2.1. Les modalités de logement

Le choix d'inclure des patients déclarant être logés au début de l'enquête (trois au sens strict du terme, quatre sur le mode de l'habitat précaire ou de l'hébergement) s'entend par la volonté d'illustrer une donnée de l'enquête INSEE SD 2001 : les trois quarts des personnes sans domicile ont eu un logement personnel, quatre personnes sur dix l'ont perdu dans les douze derniers mois [47].

Maryse Marpsat, sociologue, pousse plus loin l'analyse, en s'intéressant aux personnes qui ont été écartées des résultats de l'enquête SD 2001 parce qu'elles disposaient d'un logement autonome (mais faisaient appel à un service de distribution de repas chauds). En les comparant avec, d'une part celles n'ayant jamais eu de logement, et d'autre part, celles qui en ont eu un et l'ont perdu, elle souligne qu'une part importante des personnes logées a été sans-domicile à un moment de sa vie [48].

A l'inverse, l'image stéréotypée du SDF dormant dehors toutes les nuits est également à nuancer, puisqu'un tiers des personnes sans domicile déclare ne pas y dormir tous les jours, et avoir recours à l'hébergement d'urgence ou par des tiers.

Dans l'enquête menée à la CJG, tous les consultants ont eu recours à un moment donné à l'hébergement d'urgence pour des périodes plus ou moins longues, et tous ceux ayant déclaré un domicile au départ l'ont perdu dans un délai court.

2.2. Une origine modeste

Les origines sociales et les catégories socio-professionnelles des vingt-cinq patients sont, d'après les déclarations, majoritairement populaires et modestes : les domaines concernés sont essentiellement l'artisanat et les travaux agricoles. Plusieurs professions sont déclarées dans quelques cas.

Ces résultats rejoignent les conclusions de l'enquête de l'INED en 1998 auprès des sans-domicile à Paris [15], où la question fut abordée sous l'angle de la profession des parents : il ressort que la proportion de ceux et celles dont le père occupait un poste de cadre ou une profession intermédiaire est nettement inférieure pour les personnes sans domicile par rapport à la population générale. Parmi ceux et celles qui connaissaient la profession de leur mère, celle-ci était au foyer dans près de six cas sur dix, les autres étant le plus souvent ouvrières ou employées [48].

Les relations entre état de santé et catégories socio-professionnelles actuelles ou passées ont été étudiées suite à l'enquête INSEE de 2001 : contrairement à la population générale, où l'état de santé est corrélé avec la pénibilité du travail, la situation sanitaire des employés n'est pas significativement meilleure que celle des ouvriers chez les personnes sans domicile [49]. Ce résultat est à rapprocher de celui sur la morbidité ressentie, identique à tous les âges de la vie.

2.3. Un cumul de ruptures

Quand on les interroge sur l'événement qui les a directement amenés à quitter leur logement, les personnes sans domicile citent en premier lieu le départ du domicile conjugal (25 %), la fin de la vie commune avec les parents (20 %), les impayés de loyers ou l'expulsion (20 %), l'arrivée en France après avoir quitté un pays étranger (20 %). Les sorties d'institutions (hôpital, prison) viennent ensuite (12 %) [50].

Les processus qui ont conduit les patients de notre étude à la rue ne me sont pas toujours connus, et je me suis refusée à les aborder avec eux, tant que leur évocation n'était pas spontanée. Retracer une histoire de vie sans omissions n'a pas été possible, d'une part car la durée du stage à la CJG et la fréquence des consultations était insuffisante pour arriver à recueillir toutes les informations de vive voix, d'autre part car les événements de vie livrés sont éminemment sujets à variation en fonction de l'interlocuteur, de l'alcoolisation, des troubles de mémoire, de la fatigue, etc.

Cependant, la proportion de divorces, séparations (cités par la moitié d'entre eux) et événements traumatisants est significativement élevée pour ce petit nombre de patients : cinq décès survenus dans le cercle familial proche alors que les patients étaient enfants ou jeunes adultes, deux abandons dans l'enfance, perte d'une fille ou placement des enfants en famille d'accueil pour les trois femmes.

2.4. Travail et chômage

Lorsqu'on aborde la question des revenus, il peut paraître surprenant de voir que deux patients bénéficiaient d'allocations chômage, impliquant donc que ceux-ci aient travaillé pendant suffisamment longtemps pour prétendre à ces prestations. En effet, dans l'imaginaire collectif, la vie à la rue n'est pas compatible avec un emploi, pourtant 29% des personnes sans domicile sont des actifs occupés, selon le dernier rapport de la Cour des Comptes [47]. Plus de 9 sur 10 sont ouvriers ou employés (*cf.* Mr L. qui travaille à plusieurs reprises comme déménageur). Les statuts sont souvent précaires (60% d'intérimaires, de contrat emploi solidarité ou d'apprentis, soit cinq fois plus que dans le reste de la population).

Malgré cela, les situations de chômage sont six fois plus élevées que dans la population générale, et parmi ceux qui ne travaillent pas, plus d'un quart n'a jamais travaillé plus de six mois d'affilée [47].

Ces périodes de chômage prolongées ont souvent pour conséquences des situations de surendettement inextricables, qui font l'objet de nombreux entretiens avec les travailleurs sociaux.

2.5. Idées reçues

Les représentations collectives de la vie à la rue oscillent souvent entre hostilité et compassion, et les idées préconçues sont tenaces, sans doute liées à la peur suscitée par les conditions de vie difficiles des personnes sans domicile, difficultés fortement relayées par les médias en période hivernale. Ainsi, la majorité des français craint de « devenir un jour SDF », toutes catégories sociales confondues, et est convaincue que cela « peut arriver à tout le monde », même si le risque de se retrouver à la rue est faible lorsque l'on peut compter sur un réseau social et un métier.

Une seconde idée fautive est celle qui voudrait que certains sans-domicile aient fait le choix de vivre à la rue. Si une infime minorité d'entre eux l'affirme, on peut néanmoins penser qu'ils préfèrent l'idée de choix à celle d'un phénomène qu'ils n'ont pu éviter [50]. Il en est ainsi de quelques consultants dans ce travail, dont les personnalités très revendicatrices, voire manipulatrices, m'ont parfois laissée perplexe. Mr N., figure emblématique de la population SDF nantaise, m'a répété à de nombreuses reprises qu'il ne souhaitait plus bénéficier d'aide de la part de quiconque, rejetant en bloc les associations, les équipes du SAMU social et les travailleurs sociaux. Son souhait apparent était donc qu'on le laisse en paix. Un jour, il s'est présenté à la CJG la veille du rendez-vous prévu, et a avoué être « au bout du rouleau », tout en refusant l'hospitalisation. J'ai appris plusieurs mois plus tard qu'il avait finalement intégré une maison de retraite après une hospitalisation d'un mois pour des fractures costales. Les revendications qui ponctuent le discours des personnes à la rue sont parfois l'expression des réticences à demander de l'aide, et apprendre à décrypter ces subtilités doit devenir un objectif pour tout intervenant auprès de cette population.

Maryse Marpsat insiste sur l'existence d'un *continuum* de situations entre ce qu'elle appelle « une forme discrète de pauvreté » et les cas de grande exclusion rencontrés dans la population sans domicile. Comme elle, de nombreux auteurs veulent dépasser l'idée d'une société duale composée d'un côté des exclus et de l'autre des « inclus », et les réflexions les plus récentes (comme celles développées à la Conférence de Consensus de la FNARS en novembre 2007) tendent toutes vers le même objectif : appréhender de la manière la plus efficace, au sein de trajectoires personnelles de désocialisation, les facteurs d'instabilité et les mécanismes qui conduisent certaines personnes plutôt que d'autres de la vulnérabilité à la rupture.

3. Analyse des données démographiques

3.1. Sexe

La faible proportion de femmes (3 sur 25) dans ce travail est en accord avec les chiffres disponibles sur la population féminine à la rue : en 1995 à Paris, les femmes représentaient seulement 17% des personnes sans domicile. Un ratio identique aurait été retrouvé dans quelques villes européennes, ainsi qu'aux Etats-Unis [48].

Plusieurs explications ont été avancées :

- une priorité accordée aux femmes par les travailleurs sociaux, surtout si elles sont accompagnées d'enfants, pour le relogement ou l'accès aux foyers d'hébergement d'urgence ;
- une crainte plus grande des dangers de la rue, qui retarde le départ du logement dans le cas des violences conjugales ;
- une plus grande solidarité des réseaux familiaux ou amicaux envers les femmes.

Il faut souligner les particularités des profils de ces trois femmes, pour lesquelles le nombre de données disponibles est d'ailleurs significativement moins important que pour les hommes. Agées de 37 à 47 ans, elles avaient en commun le fait de déclarer avoir des enfants, dont aucune n'avait la charge (dans l'étude de 1995 à Paris seules 37% des mères vivaient avec au moins un enfant [48]). Une seule sur les trois semblait s'alcooliser de façon chronique. En 2007, toutes trois étaient reconnues comme des malades psychiatriques chroniques (*cf.* Mme D.), l'une d'entre elles avait pu bénéficier d'une mesure de protection juridique mise en place par la PASS, sous la forme d'une curatelle.

Deux d'entre elles vivaient toujours à la rue en 2007 (information confirmée par le SAMU social). Des notifications de passage au CHU étaient retrouvées pour les trois patientes, dans différents services de consultation (psychiatrie, néphrologie pour suivi d'HTA, hépatologie et addictologie de liaison), ce qui laisse à penser qu'une adhésion aux soins existe, au moins de façon épisodique. A noter qu'aucun passage aux Urgences n'est signalé en 2007, et que dans l'ensemble, le recours au SAU est sensiblement plus faible chez les femmes de ce groupe par rapport aux hommes (en moyenne deux consultations par an aux Urgences par patiente dans les trois ans qui ont suivi la première consultation à la CJG, contre 9,2 consultations par an et par patient pour les hommes). Cette différence trouve vraisemblablement son explication dans les motifs de recours aux urgences, très largement dominés par les alcoolisations aiguës et les crises comitiales chez les hommes, alors que l'alcoolisation est moindre chez les femmes.

Une des patientes est revenue consulter une fois à la CJG pendant la période de mon stage, pour renouveler son traitement neuroleptique, alors qu'elle n'était pas venue depuis plus de deux ans et demi, et que l'équipe mobile du SAMU social ne la voyait plus depuis quelques semaines.

3.2. Age

3.2.1. Comparaison avec l'ensemble des patients de la CJG

Parmi les patients de cette enquête, aucun n'a moins de 30 ans, et l'âge moyen est 46.13 ans, mais il n'y a pas d'enfants dans ce groupe. Il est donc difficile d'effectuer une comparaison avec les autres patients de la CJG, dont l'âge moyen en 2004 est de 30,75 ans [45].

3.2.2. Comparaison avec la population sans domicile

La faible proportion de patients âgés (un seul patient de plus de 70 ans) est une tendance retrouvée dans la plupart des études sur les personnes sans domicile. Deux raisons sont évoquées par les auteurs :

- une espérance de vie plus faible par rapport à la population générale (43 ans contre 77,2 ans pour les hommes), correspondant aux données décrites dans ce travail (l'âge moyen de décès est de 47,7 ans) ;
- l'existence de structures d'hébergement adaptées à cette classe d'âge : maisons de retraite, Maisons-Relais.

Les trois patients les plus âgés au début de cette étude (62, 68 et 73 ans) vivaient d'ailleurs tous trois en institution en 2007, mettant fin à leur vie à la rue.

La population étudiée ici est significativement plus âgée que celle de l'enquête de l'INSEE, qui retrouvait 50% de personnes de moins de 34 ans, alors que la tranche d'âge la moins représentée était les plus de 55 ans (7%).

Rappelons cependant l'existence d'un biais de sélection, le repérage des patients ayant été fait dans des structures n'offrant pas les mêmes services (usagers de services de repas chauds et d'hébergement dans un cas, usagers d'un système de soins dans l'autre).

Tranches d'âge	SD 2001	Patients de l'enquête CJG
18-24 ans	20%	0
25-34 ans	30%	4%
35-44 ans	25%	52%
45-54 ans	18%	20%
55-64 ans	7%	16%
> 64 ans	0	8%

4. Analyse des données médicales

4.1. L'importance de la morbidité ressentie

Selon l'enquête de l'INSEE réalisée en 2001, 16% des sans-domicile usagers des services d'aide s'estimaient en mauvaise santé, contre 3% de la population ayant un logement personnel [49].

Une revue des données disponibles en Allemagne a mis en évidence cinq grands domaines de vulnérabilité chez les SDF, déjà retrouvés dans l'étude de 1995 de l'INED auprès des sans-domicile parisiens [48] : les maladies respiratoires, celles du système digestif, du système cardiovasculaire, les maladies de la peau et celles affectant le système musculo-squelettique.

De fait, parmi les patients de notre travail, nous avons vu que les antécédents les plus fréquemment cités étaient les antécédents traumatiques (68% des patients), probablement parce que ce sont les plus marquants, ceux le plus à même de laisser des séquelles. En effet, seuls sont déclarés les antécédents ayant une conséquence sur la vie quotidienne, que cela soit en terme de répercussion sur l'autonomie (séquelle traumatique avec impotence fonctionnelle d'un membre par exemple), ou parce qu'ils sont susceptibles d'induire des changements des habitudes quotidiennes (hospitalisation pour syndrome de sevrage).

Par exemple, l'épilepsie, citée par 10 patients, est un motif fréquent de consultation aux Urgences, et nécessite un traitement préventif au long cours. Une étude conduite à Paris en 2003 sur l'épilepsie auprès des personnes se présentant à l'accueil de jour du SAMU social de Paris a montré une prévalence de 14,5% pour l'épilepsie et de 8,1% pour l'épilepsie non liée au sevrage alcoolique [51]. En comparaison, la prévalence de cette maladie dans la population générale se situe entre 5 et 8 pour 1000 habitants.

La majorité des autres pathologies retrouvées a un lien direct avec les conditions de vie précaires des patients.

4.2. La tuberculose

15% des cas de tuberculose chez les patients sans domicile surviennent alors qu'ils ont déjà été traités pour cette pathologie [25]. La forte prévalence de la tuberculose dans cette population (30 fois plus élevée que dans la population générale) est retrouvée dans notre étude, avec deux patients aux antécédents confirmés par des séquelles radiologiques, et deux cas déclarés au cours de la période d'étude, soit presque un patient sur six concerné par cette pathologie.

Rappelons que l'incidence annuelle de la tuberculose chez l'ensemble des consultants de la CJG avait été estimée à 59/100000 en 2002 [4].

4.3. Les autres maladies infectieuses

Curieusement, la prévalence des infections à VIH chez les sans-domicile semble avoir été peu étudiée en Europe jusqu'à présent. Une étude américaine réalisée en 2004 à San Francisco auprès de 2508 patients fréquentant les services d'aide aux sans-domicile met en évidence une séroprévalence du VIH 5 fois plus élevée que dans la population générale, mise sur le compte de comportements sexuels à risque. Une autre étude montre que les comportements à risque sont d'autant plus présents qu'il existe une dépendance ou une consommation abusive de drogue [52].

Parmi les patients de notre étude, qui ont subi un dépistage systématique, aucune séropositivité pour le VIH n'a été relevée, et les résultats américains peuvent difficilement être extrapolés (populations peu comparables en termes d'âge et d'addictions).

En ce qui concerne les deux cas de séropositivité pour le VHC, les modes de contamination évoqués dans les dossiers étaient la toxicomanie intraveineuse et une hépatite post-transfusionnelle.

4.4. La dépendance à l'alcool

Parmi les autres pathologies fréquemment citées, on retrouve la dépendance à l'alcool et autres substances psychoactives. Dans l'imaginaire collectif, la vie à la rue est souvent liée à la consommation d'alcool, et il s'agit d'une réalité. Le rapport 2006 de la mission France de Médecins du Monde fait apparaître clairement une plus grande prévalence de la toxicodépendance (2,4 fois plus fréquente) chez les personnes sans domicile, comparée aux autres consultants [17]. Cette tendance semble également présente dans les autres pays d'Europe, dont la Belgique, où une étude a montré qu'elle touchait les hommes dans les trois quarts des cas [53].

Dans le cas présent, les deux dossiers ne faisant jamais état d'une quelconque intoxication éthylique ou autre complication concernent effectivement des femmes.

Les pratiques de consommation alcoolique sont en grande partie déterminées par les choix et les conditions de vie : le rôle « socialisant » de l'alcool, comme facteur susceptible de favoriser les échanges au sein d'un groupe de consommateurs est certain, mais les équipes d'intervention auprès des personnes à la rue ont aussi constaté que la consommation d'alcool pouvait être un moyen de supporter la dureté des conditions de vie. Tout en lui attribuant une grande part de responsabilité dans l'altération de leur santé physique et psychique, les personnes sans domicile reconnaissent à l'alcool une fonction d'accompagnement, de protection contre les agressions et d'anesthésiant.

Quelques questions posées au cours de l'enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds (SD 2001) permettent de mettre en évidence la diversité des pratiques au sein de cette population, suivant le type d'hébergement, de ressources, mais aussi suivant l'âge, la

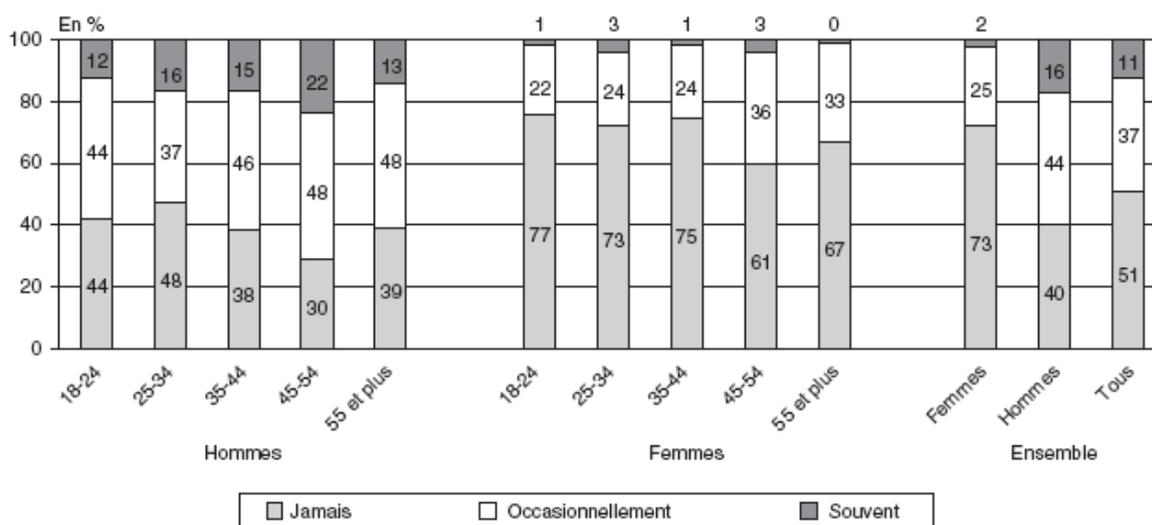
nationalité et le sexe. Moins de 3% des femmes, tous âges confondus, déclarent consommer de l'alcool fréquemment.

Dans certains cas, la consommation d'alcool des personnes sans domicile n'est pas aussi élevée qu'on pourrait le croire. Une étude met même en évidence une moindre consommation chez les personnes sans domicile : 50% de sans-domicile déclaraient ne pas boire d'alcool au moment de l'enquête, alors que seulement 25% des 18-75 ans dans la population générale déclaraient une abstinence au cours de la semaine précédente [54]. Cependant, la comparaison avec la population générale doit rester prudente, étant donné les différences méthodologiques des enquêtes et la fragilité des données déclaratives sur ce sujet.

En revanche, les risques de l'usage nocif et de la dépendance sont plus importants que dans la population générale, notamment dans les situations les plus précaires [54]. Dans l'enquête SD 2001, les personnes à la rue apparaissent nettement plus consommatrices d'alcool que les personnes hébergées, avec un point culminant pour ceux âgés de 45 à 54 ans (voir graphique ci-dessous).

Plus la désocialisation est importante, plus les possibilités d'arrêt de la consommation sont faibles [55]. Dans notre étude, 13 patients sur 25 ont tenté des sevrages en milieu hospitalier ou seuls, tous à plusieurs reprises. La période la plus longue de sevrage repérable dans les dossiers étudiés est d'un peu plus de deux ans. Pour 11 d'entre eux, l'alcoolisation se poursuivait de manière plus ou moins chronique en 2007. Aucune donnée n'est disponible pour les deux autres.

Consommation actuelle d'alcool chez les personnes sans domicile



Lecture : en population générale, les personnes de 65 ans et plus constituent parfois une classe d'âge spécifique en raison de comportements parfois différents de ceux des 55 à 64 ans (consommation d'alcool légèrement moindre, perception plus optimiste de leur état de santé, etc.). Toutefois, leur effectif étant trop faible dans l'échantillon (65 individus), il n'était pas envisageable d'en faire une tranche d'âge distincte.

Source : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee.

Les causes d'échecs du sevrage sont connues pour certains : j'ai pu suivre la rechute d'un patient, qui, abstinent depuis sept mois, a repris sa consommation d'alcool lorsque son nouveau voisin de chambre d'hôtel l'a sollicité. Parfois, le désir de stopper la consommation est présent, mais les conditions ne sont pas réunies, et la fragilité de la décision cède sous la pression environnementale, comme pour ce patient qui, locataire depuis peu grâce à une association, voit soudain son logis investi par ses camarades de rue, et abandonne son projet de cure.

Dans mon expérience, les soins et les structures d'aide au sevrage sont souvent l'objet de critiques de la part des personnes sans domicile, certains allant même jusqu'à les comparer à un univers carcéral.

En 2006, suite à la parution du rapport « Alcohol in Europe : a public health perspective » commandé par la Commission Européenne, la Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) a dénoncé, sous l'angle des populations exclues du logement, l'inadaptation des soins et regrette que l'approche ne soit pas plus holistique : en effet l'abus d'alcool et les troubles mentaux temporaires ou chroniques induits par la dépendance font trop souvent l'objet d'un double diagnostic (comorbidité de dépendance et problèmes psychiatriques), orientant les soins vers des voies parallèles non communicantes.

4.5. Santé mentale

Les résultats du présent travail semblent aller dans le sens d'une grande fréquence de prise en charge en milieu psychiatrique, rejoignant là les observations faites sur le plan national, mais l'interprétation a ses limites : en effet, si l'on s'en tient aux dires des onze patients « suivis par un psychiatre », il est difficile de faire la différence entre une prise en charge en addictologie et les antécédents de pathologie psychiatrique avérée, sauf pour ceux suivant un traitement quotidien. De fait, les services de psychiatrie et d'addictologie se trouvant sur le même site hospitalier, les patients déclarent souvent être allés « à St Jacques », sans plus de précision.

Afin d'illustrer les difficultés rencontrées sur le point précis des soins psychiatriques, l'exemple de Mme D. décrit plus haut est intéressant : dès 2001, l'attention des soignants de la CJG est portée sur le dépistage de troubles délirants, sans résultats. Un traitement neuroleptique mis en place pendant son incarcération amende les symptômes, mais Mme D. l'arrête dès sa sortie. Il faudra attendre 2004 et son hospitalisation en psychiatrie pour que des soins puissent commencer. L'intérêt de ce récit réside dans l'analyse *a posteriori* des signes d'alarme : présents et observés par plusieurs intervenants (Médecins du Monde, la CJG, la Veille sociale), ils n'ont cependant pas pu être pris en charge tant que la patiente n'y était pas disposée. Ses troubles psychiatriques ont d'ailleurs contribué à la dégradation de sa situation sociale puisqu'elle a refusé pendant un temps toute aide, perdant de ce fait ses revenus et sa couverture sociale. D'autre part, la dilution dans l'espace des compétences médicales a certainement été un facteur aggravant, Mme D. s'adressant de façon autonome à la fois à Médecins du Monde, à des spécialistes du

CHU (pour le suivi de son HTA) et à la PASS, sans en informer systématiquement ses interlocuteurs.

A travers cet exemple, on voit que la question de la santé mentale des personnes à la rue pose problème, dans la mesure où l'on ne sait pas déterminer si la plus grande fréquence de pathologies observée est cause ou conséquence des conditions de vie.

D'emblée, on constate que toutes les femmes de cette enquête sont atteintes d'une pathologie psychiatrique. Peut-on pour autant tirer des conclusions sur une éventuelle différence de profils homme / femme à la rue concernant la maladie mentale ?

Au cours d'un entretien informel avec une des membres de l'équipe infirmière du SAMU social de Nantes, formée en psychiatrie, cette dernière m'a confirmé, de mémoire, que 90 à 100% des femmes nantaises seules à la rue qu'elle connaissait, présentaient des symptômes psychiatriques. Elle formule d'ailleurs une hypothèse intéressante : pour certaines de ces femmes, la mise en avant de ces symptômes pourraient être une façon de se protéger des violences auxquelles sont exposées les femmes de la rue.

Si l'on en croit les résultats d'une étude allemande, la prévalence des troubles psychiatriques chez les femmes sans domicile est plus élevée que chez les femmes ayant un logement, toutes pathologies confondues. Dans cette étude, le diagnostic de schizophrénie atteignait la proportion de 21,9% des 32 patientes interrogées selon les critères du DSM-III. La même étude menée parallèlement auprès de 271 retrouvait 12,4% de schizophrènes [56].

En Loire Atlantique, l'objectif du second Plan Départemental d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PDAPS) en 2002 était de mettre en œuvre des moyens pour développer la prise en charge des personnes, leur suivi et la collaboration entre le champ social et le champ psychiatrique. Deux référents « précarité » ont été nommés au sein du pôle psychiatrie du CHU de Nantes, et un infirmier psychiatrique a été mis à disposition du SAMU Social en septembre 2002. Les horaires d'ouverture des centres médico-psychologiques se sont élargis et les conditions d'accueil se sont assouplies. Sur les lieux de passages des personnes à la rue, comme la Maison d'Accueil de Jour Francisco Ferrer, des psychologues sont disponibles pour une écoute.

Le travail continue sur le terrain pour favoriser le « décroisement entre les institutions » et la constitution de réseaux est déjà en fonctionnement. Même s'il n'existe pas d'intervenant du pôle psychiatrie présent en permanence dans les locaux de la CJG comme dans d'autres PASS de France, la CJG et le CCAS travaillent régulièrement avec l'ELPP (Equipe de Liaison Psychiatrie-Précarité).

4.6. Santé bucco-dentaire

La mauvaise santé dentaire des personnes sans domicile, qui apparaît dans nombre de publications, est dépistée par les médecins de la consultation Jean Guillon, mais sa prise en charge relève du Centre de Soins Dentaires du CHU, qui a récemment rejoint le dispositif précarité avec la présence d'une assistante sociale PASS.

Ce volet des pathologies liées à la précarité est douloureusement vécu par les patients, qui selon les études, souffrent davantage de pathologies dentaires que la population générale. Dans l'enquête INSEE de 2001, 45.4% de l'échantillon des personnes sans domicile consultent un dentiste une fois par an, contre 60% dans la population générale. Chez les plus de 50 ans, le nombre de dents manquantes non remplacées s'élève à 10 chez les sans-domicile, alors qu'il est à 2,3 pour la même classe d'âge dans la population générale [57]. Des études américaines et suédoises font les mêmes observations, démontrant que le phénomène ne dépend pas de l'organisation des structures de soins.

5. Remarques sur le recours aux soins par les personnes sans domicile

Les modalités d'accès aux soins des personnes sans domicile ont largement été étudiées, en Europe et ailleurs [48]. Deux tendances se dégagent de ces travaux, en relation directe avec les conditions de vie précaires de cette population :

- des hospitalisations plus fréquentes, et de durée plus longue, hospitalisations qui n'auraient pas lieu d'être pour des personnes normalement logées ;
- la délivrance essentiellement de soins de premiers recours pour répondre à une symptomatologie aiguë, douloureuse ou handicapante, tandis que pour la population générale, les soins prodigués visent plutôt à traiter des pathologies chroniques, et à assurer une prévention [47].

5.1. Les hospitalisations

La particularité des hospitalisations des personnes sans domicile est leur survenue tardive dans l'évolution de la pathologie médicale (sauf pour les motifs d'hospitalisations traumatiques). De plus, la décision d'hospitalisation est souvent prise par un tiers (dénier de considérer le danger vital).

L'hospitalisation est l'occasion de retrouver un semblant de statut social (le «SDF» devient patient comme l'est son voisin de chambre), et donne parfois la possibilité, à l'occasion des soins, de porter un regard sur soi. Mais bien souvent les séjours hospitaliers sont l'occasion de « recharger les batteries » afin de repartir au plus vite

dans la rue. Il n'est pas rare d'observer des fugues et des sorties contre avis médical avant la fin programmée de l'hospitalisation. Les difficultés à se plier aux contraintes de l'hospitalisation (présence dans la chambre requise, voisinage, abstinence) et les susceptibilités exacerbées par les regards des autres patients et du personnel sont probablement en partie responsables de ces départ prématurés.

La durée moyenne des hospitalisations relevées pour les 25 patients est de 15,48 jours, alors qu'elle est de 6 jours dans la population générale en Pays de Loire [58]. Les séjours les plus longs (jusqu'à 4 mois), ont eu lieu dans les services de Médecine polyvalente et de Rééducation fonctionnelle, qui assurent souvent la fonction de convalescence dévolue normalement à d'autres établissements réticents à accueillir ces personnes. Aucune hospitalisation n'a eu lieu sans motif médical. Concernant les services où ont été hébergés ces patients, il est surprenant de constater qu'aucune hospitalisation n'a eu lieu en Hépatogastroentérologie, compte tenu de la fréquence des complications de l'intoxication éthylo-tabagique. On pourrait penser que les motifs d'hospitalisation durant la période d'étude n'ont pas concerné des pathologies digestives. Ce n'est pas le cas, et les explorations endoscopiques ont la plupart du temps été organisées par les autres services du CHU. Presque un tiers des hospitalisations a eu lieu dans les services de Médecine Polyvalente Urgence et Médecine Interne, où la prise en charge est multidisciplinaire, plus « globale » que dans les autres services de spécialité.

5.2. Les Urgences

Nombre de personnes désocialisées ne connaissent que peu de dispositifs les accueillant sans argent ni couverture sociale, et le recours aux services d'Urgence des hôpitaux est massif, souvent vécu comme un « choix contraint ».

Le nombre de consultations annuelles parfois très élevé (>50) observé pour un des patients de ce travail est à mettre en relation avec la fréquence de ses alcoolisations aiguës et de ses crises comitiales. Il s'agit pourtant d'un des patients les plus suivis à la CJG, et il est probable que sa fréquentation assidue des Urgences soit aussi liée à un sentiment de sécurité dans ce lieu où il est maintenant connu de tous. Rappelons également que toute personne en état d'ivresse sur la voie publique est amenée directement aux Urgences par les pompiers ou les forces de l'ordre.

Suite à la création d'une consultation médico-sociale comme la CJG, on pouvait émettre l'hypothèse que la fréquentation des Urgences du CHU de Nantes par les personnes sans domicile allait diminuer. Avant la réalisation de cette enquête, le postulat de départ était qu'il serait observé un report des habitudes de recours aux Urgences vers la CJG, au moins dans le cas des motifs non urgents de consultation.

La fréquentation des Urgences est largement retrouvée dans les habitudes de recours aux soins des patients de cette étude, même si le décompte du nombre de passages au SAU n'a pu être fait que pour 23 des 25 patients pour l'année suivant la première venue. Parmi les deux patients non comptabilisés, le premier n'a jamais fréquenté un autre service que la CJG au sein du CHU de Nantes. Le second, bien

que connu du CHU depuis 1997, n'a enregistré aucun passage au service des Urgences pendant les deux années concernées (un an avant et un an après la première consultation à la CJG).

Il est difficile de tirer des conclusions de l'analyse des chiffres concernant le recours aux Urgences étendu aux trois années suivant la première consultation à la CJG. La majorité des patients (14 sur 25) n'a pas modifié ses habitudes de recours à ce service. Les résultats sont à interpréter avec prudence, d'autant plus que les situations ont changé pour certains, notamment ceux chez qui on observe une diminution du nombre de consultations aux Urgences : les patients vivant en institution, par exemple, bénéficient d'un confort de vie et d'une surveillance qui diminuent d'autant leur consommation médicale.

Les parcours des 6 patients toujours suivis à la CJG en 2007, qui sont les plus faciles à décrire, ne permettent pas non plus de dégager une tendance quant aux fréquentations comparées PASS / Urgences. Cinq d'entre eux sont en effet dès le départ de faibles « consommateurs » des Urgences, et n'ont pas significativement changé leurs habitudes.

Certains comportements peuvent être une source de commentaires :

Ainsi, parmi les 9 patients qui consultent davantage la CJG que les Urgences (moyenne annuelle sur les trois années ayant suivi le premier contact avec la PASS), il apparaît que la consultation est identifiée par certains comme lieu de premier recours aux soins non urgents : j'ai pu le constater pour au moins 4 d'entre eux, qui viennent régulièrement sur rendez vous, réservant à l'Urgence les problèmes survenant en dehors des horaires d'ouverture de la CJG.

Un autre exemple est celui de ce patient qui, s'il consulte toujours à une fréquence très élevée le SAU (en moyenne 4 passages par mois), a cependant pris l'habitude, deux fois par semaine, de se faire délivrer son traitement anti-épileptique à la Consultation Jean Guillon, ce depuis plusieurs années.

Enfin il faut souligner le fait, pour les patients consultants « réguliers » de la CJG, que lorsque le médecin de la CJG constate que le motif de consultation nécessite une prise en charge immédiate aux Urgences (ex : fracture, surveillance d'un traumatisme crânien), les réticences à s'y rendre sont souvent importantes, et que les négociations sont la règle.

Pour les patients pour lesquels il a pu être observé une augmentation de la fréquentation du SAU dans les années de suivi à la CJG, deux hypothèses peuvent être avancées :

- une sensibilisation aux problèmes de santé par la fréquentation régulière de la CJG (il s'agit effectivement d'un groupe de patients ayant consulté régulièrement, qui ont en commun au départ des situations de grande désocialisation associées à des pathologies à risques : comitialité pour plus de la moitié d'entre eux) ;
- une aggravation de l'état de santé nécessitant une plus grande fréquence de prises en charge urgentes.

Pour ceux qui ont diminué leur fréquentation du service des Urgences, deux situations sont également distinguées :

- les patients pour qui la situation s'est améliorée sur la plan social ou de l'hébergement, qu'ils soient régulièrement suivis à la CJG ou non ;
- les patients qui au contraire ont coupé le lien avec les structures de soins quelles qu'elles soient, tant leur situation s'est dégradée.

On notera tout de même qu'aucun consultant n'a une fréquentation nulle des Urgences sur les trois années qui suivent le premier contact avec la PASS.

La notion d'isolement relationnel souvent associée à un moindre recours aux soins, observée par Peretti-Wattel dans le cas des soins dentaires [59], est difficilement applicable aux soins dispensés par les services d'Urgences : ils restent un lieu privilégié où l'on va se soigner lorsque l'on n'a plus rien et que l'on est seul.

5.3. Quelles alternatives aux soins hospitaliers ?

Depuis 1998, l'élaboration des Programmes Régionaux et Départementaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS et PDAPS), la mise en place des PASS, de la couverture maladie universelle, les mesures du plan santé mentale, ont changé le visage de l'offre de soins aux personnes sans domicile, et des alternatives à l'hospitalisation ou à l'Urgence existent.

5.3.1. Un exemple d'action ciblée : les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

Afin de « développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile », la loi n 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale crée les structures dénommées « lits halte soins santé », et définit le principe de leur financement. Ces structures d'hébergement temporaire s'adressent aux personnes sans domicile fixe, sans distinction de pathologie, quelle que soit leur situation administrative, et dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire (hors soins nécessitant une hospitalisation) et un accompagnement social. La durée de séjour prévisionnelle est fixée à moins de deux mois en accord avec l'avis médical. Les personnes sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire qui assure les soins en continu. En 2007, 200 nouveaux lits ont été créés au niveau national. Il est prévu de créer 200 nouveaux lits chaque année pendant les trois prochaines années.

La mise en place de ce dispositif à l'échelle nantaise est trop récente (2007) pour être évaluée.

5.3.2. Quel rôle pour les médecins généralistes auprès des personnes sans domicile ?

On a vu, lors du premier entretien à la CJG, qu'une dizaine de patients déclaraient avoir un médecin traitant. Les raisons pour lesquelles les patients ont été amenés à consulter la PASS plutôt que leur médecin ne sont pas toujours connues. Quand elles le sont, il s'agit soit d'une absence de ce dernier, soit d'un problème de localisation du cabinet du médecin, souvent trop éloigné du lieu de vie du patient. Un patient est même adressé par son médecin généraliste à la CJG. On suppose que le dispositif PASS est connu de ce médecin, puisque le patient est adressé directement et ne passe pas par les Urgences.

Pour certains, le médecin généraliste apparaît comme un élément important dans le parcours de soins : un patient a délibérément cessé de fréquenter la PASS car il souhaitait revoir son médecin après avoir fait le point sur ses problèmes sociaux. Cinq patients ont été réorientés auprès de médecins généralistes, qui assurent un suivi régulier pour au moins deux d'entre eux.

Depuis la mise en place du parcours de soins coordonné, il est désormais possible pour les patients de choisir le médecin référent de la CJG comme médecin traitant. Cinq d'entre eux ont fait ce choix.

Dans une enquête effectuée en 1995 dans trois départements français [60], auprès de 629 médecins généralistes, il est mis en évidence que tous les médecins rencontrent des patients en difficulté sociale, quel que soit leur mode d'exercice ou leur activité. Les problèmes spécifiques des personnes sans domicile sont cités dans 5,3% des cas. Dans 60% des cas, les médecins déclarent être confrontés à la lourdeur administrative, au manque d'information sur les dispositifs et les droits sociaux. Ils sont nombreux à incriminer le manque de formation initiale à la médecine «sociale».

Ces constatations sont largement corroborées par l'étude réalisée à la Roche sur Yon (Vendée) en 2001 par deux médecins généralistes auprès de 605 patients sans domicile dans des foyers d'hébergement. Les problèmes sociaux venaient en troisième position des motifs de consultations les plus fréquents (après les troubles psychologiques et ostéoarticulaires). Ils étaient d'ailleurs sous évalués car ils ne prenaient pas en compte les problématiques liées au logement. La prise en charge de ces personnes, passe d'abord, pour les auteurs, par la nécessité de revoir les schémas habituels de fonctionnement, et implique une collaboration avec les professionnels de différentes disciplines, au sein de réseaux ou de filières de soins médico-sociales [61].

La volonté d'appliquer ces principes de collaboration avec la médecine libérale est présente à la CJG et se manifeste à travers ce qui est appelé la réorientation vers un médecin généraliste libéral. Il s'agit d'évaluer pour chaque patient, après une durée de soin variable à la CJG, si le suivi peut désormais s'effectuer hors de la consultation. Les conditions requises sont une couverture médicale complète, l'absence de problèmes de santé graves en cours de prise en charge, la stabilité du

logement. Dans son travail de thèse portant sur la réorientation à la CJG [62], Céline Boché souligne que les hommes français sont réorientés en plus faible proportion que les consultants étrangers (21.5% contre 78.5%), et ce malgré la maîtrise de la langue et une couverture sociale plus souvent complète. Elle souligne que la marginalisation constatée dans le cas des patients français induit souvent des prises en charges médico-sociales longues et délicates, alors qu'un patient étranger verra dans la réorientation une représentation de son intégration et l'acceptera plus rapidement.

Un patient de notre étude illustre une réorientation réussie : sa prise en charge à la CJG fait figure d'exception, puisqu'il s'agit d'un patient qui est sorti de la rue en deux ans, avec une excellente adhésion aux soins, permettant un sevrage prolongé, le diagnostic d'une ostéoporose masculine fracturaire, d'une HTA et la découverte d'un adénome surrénalien. En 2007, il a accepté d'être redirigé vers un médecin de son choix, qui a confirmé le voir régulièrement, et travailler si nécessaire avec l'assistante sociale du CCAS. Dans son cas, l'adhésion aux soins est survenue après une longue période de prise en charge à la CJG, avec un suivi épisodique (venu pour la première fois en 2002, il n'a consulté régulièrement qu'à partir de 2005). Il est difficile d'identifier un facteur déclenchant à cette soudaine assiduité à consulter. Le succès de son sevrage alcoolique, instauré après consultation par le médecin de la CJG, est certainement en partie à l'origine de ce phénomène.

6. Remarques sur les situations familiales

Les personnes qui vivent à la rue déclarent souvent souffrir du sentiment de solitude. Deux tiers des personnes interrogées par l'INSEE en 2001 vivent isolées, sans conjoint, sans enfants, sans amis. Ceux qui sont hébergés dans un logement aidé sont plus nombreux à vivre en couple (27%) [63]. Selon les dernières informations disponibles pour les patients de la CJG, un patient vit en couple dans un logement aidé (il s'agit du plus jeune d'entre eux). Une femme à la rue, qui vit entre Nantes et St Nazaire, est « occasionnellement accompagnée » selon le SAMU social.

En ce qui concerne les relations familiales, presque tous les enquêtés de 2001 ont de la famille proche (94%) et plus d'un tiers a des enfants qui ne vivent pas avec eux. La probabilité d'avoir de la famille diminue avec la précarité de l'hébergement, puisque ceux vivant dans un lieu non prévu pour l'habitation ne sont plus que 75 % à déclarer avoir de la famille. Les contacts avec les membres de la famille semblent également diminuer avec l'âge, notamment après 55 ans [63], mais les résultats montrent qu'ils sont fréquents pour trois quarts des personnes sans domicile, ce qui n'est pas le cas pour les patients de notre enquête, qui se trouvent plutôt dans des situations d'isolement relationnel important.

A noter cependant qu'au cours de la période d'étude, trois d'entre eux ont renoué des contacts avec des membres de leur famille (parents, enfants, ex-femme).

7. La CJG : une réponse aux obstacles aux soins

7.1. Les obstacles aux soins

7.1.1. Obstacles institutionnels

Selon un rapport du Conseil économique et social, l'accès à l'hôpital peut être retardé pour des raisons financières malgré la CMU et la CMUc [47].

L'exclusion liée au logement est aussi directement reliée à diverses problématiques de santé : elle peut par exemple être une entrave à la continuité des soins à la sortie d'une hospitalisation.

Enfin la méconnaissance des droits est un obstacle majeur à l'accès aux soins, et c'est là qu'apparaît le rôle central du travailleur social.

Au-delà de ces trois axes que sont l'aspect financier, les obstacles liés au logement et les difficultés juridiques, que l'on peut qualifier d'obstacles institutionnels ou structurels, se dressent ceux, parfois plus difficiles encore à surmonter, liés aux vulnérabilités personnelles.

7.1.2. Obstacles individuels

Le processus d'élaboration de la décision d'un recours médical possède bien des spécificités chez les personnes désocialisées : on a déjà cité le manque d'attention porté au corps, qui mène parfois à ignorer un symptôme, mais d'autres facteurs conditionnent la fréquentation des établissements de soins.

Il faut tout d'abord reconnaître à une équipe de soins la légitimité et la compétence à prendre en charge un symptôme, or il est admis que le degré d'adhésion au discours médical est moindre chez les personnes issues des catégories sociales les moins favorisées [64].

L'isolement relationnel est également significativement associé à un moindre recours aux soins, du fait d'une moindre pression de l'entourage pour consulter [59].

Enfin, il faut citer le manque de formation de certains praticiens et soignants à l'accueil des personnes désocialisées qui présentent parfois des troubles du comportement, ou ont perdu l'habitude de respecter un rendez-vous.

Au vu de ces obstacles, on comprend la notion de retard à la médicalisation observée chez les personnes sans domicile, puisqu'il est rare de réunir en même temps toutes les conditions favorables à la décision de recours aux soins.

7.2. Les réponses apportées par la création de la CJG

7.2.1. L'offre de soins

La création de la Consultation Jean Guillon au sein du dispositif PASS est indéniablement un progrès en terme d'offre de soins généraliste pour les personnes sans domicile, comme pour les personnes précarisées en général, qui jusqu'alors avaient pour principaux interlocuteurs Médecins du Monde et le service des Urgences.

Un exemple de l'adéquation entre la structure et le besoin de recourir aux soins généré par la vie à la rue, est celui de ce patient (cas unique dans ce travail) dont la liste des épisodes sur Clinicom ne notifie que des passages à la PASS. En errance entre Angers, Saumur et Orléans, visiblement de passage à Nantes pour quelques mois avant que sa trace ne soit perdue, il est venu à quatre reprises en 4 mois à la CJG, et c'est le seul service du CHU qu'il a fréquenté. Aiguillé par le SAMU Social, on peut formuler l'hypothèse que dans son cas la CJG a bien été identifiée comme une structure de soins de référence, et qu'elle a au moins partiellement répondu à ses attentes comme en témoigne son assiduité.

7.2.2. Les compétences sociales

La couverture sociale

Il faut souligner le rôle pivot des assistantes sociales dans le processus de facilitation de l'accès aux soins, et particulièrement dans le cas des personnes sans domicile les plus désocialisées. En effet, contrairement à ce que l'on peut observer pour d'autres catégories de population fréquentant la CJG, qui sont très souvent orientées par des associations les informant en priorité sur leurs droits sociaux (étrangers demandeurs d'asile), la «demande sociale» est peu fréquente chez les sans-domicile lors de la première consultation (deux requêtes sur vingt-cinq). Deux patients seulement sont complètement dépourvus de couverture sociale lors de la première venue à la CJG (dont un qui a perdu ses droits en passant une année à l'étranger), ce qui est comparable aux chiffres de l'INSEE qui dénombrait 8% de sans-domicile sans aucune protection sociale en 2001.

Pour tous les autres, on peut en déduire qu'il y a soit un contact préalable entre la personne et un travailleur social d'une autre structure, soit une connaissance et une capacité à gérer ses droits et démarches. Le travail de l'assistante sociale s'oriente alors davantage vers une réadaptation des droits à chaque situation, ou consiste en un rappel des démarches à faire lorsque la fin des droits approche.

La notion de «non recours» aux droits est évoquée par la Cour des Comptes dans son rapport 2007, soulignant que les obstacles à l'accès aux droits sont autant, et même davantage liés aux défaillances politiques et institutionnelles qu'aux facteurs que l'on a nommés "individuels" [47]. Même si les données concernant le recours aux

prestations sociales des personnes sans domicile restent parcellaires, l'enquête INSEE de 2001 met en évidence que 70% des personnes interrogées déclaraient avoir fait au moins une démarche l'année passée auprès de caisses d'allocations familiales, mairies ou CCAS, en se déplaçant au guichet dans 88% des cas. Les contacts avec les travailleurs sociaux diminuent cependant avec la précarité de l'hébergement.

Tous les patients inclus dans ce travail ont bénéficié à un moment donné de leur parcours de l'aide des assistantes sociales, dans le sens d'un élargissement de leur couverture sociale ou d'une réadaptation des droits aux situations individuelles, et tous ont obtenu une domiciliation administrative dans l'année suivant la première consultation, préalable indispensable au reste des démarches. D'autre part, les trois mesures de protection juridique ont été instaurées à l'initiative des assistantes sociales de la CJG. La pérennité de ces acquis est cependant bien fragile, et dans plusieurs cas les démarches nécessaires à un renouvellement de situation n'ont pas été faites lorsque la période entre deux entretiens sociaux a excédé six mois.

Il faut signaler que l'on voit parfois des relations d'empathie forte se nouer entre les personnes sans domicile et les travailleurs sociaux, comme dans le cas de Mr V. qui sollicite régulièrement son assistante sociale au delà de la sphère des démarches administratives, par exemple pour l'accompagner à ses rendez-vous en alcoologie.

Le logement

Si l'on examine les solutions pérennes de logement à la fin de la période d'étude (soit 11 patients), on obtient les résultats suivants :

- 3 patients en maison de retraite ou long séjour ;
- 2 patients à l'hôtel social depuis plus de six mois ;
- 2 patients en Maison relais ;
- 4 patients ayant accédé à un logement individuel (dont un bungalow).

On peut discuter du caractère « pérenne » d'une chambre à l'hôtel, mais dans les deux cas cités, des projets sont en cours pour aboutir à une solution durable d'hébergement. A l'exception des trois patients institutionnalisés et d'un logement individuel, toutes les structures citées appartiennent à ce que l'on peut qualifier d'« habitat à caractère social », obtenu par l'intermédiaire d'organismes d'insertion ou spécialisés dans l'accueil des personnes sans domicile (Maisons-Relais).

En ce qui concerne ces patients, il apparaît que le travail social effectué a conduit à une amélioration de leurs conditions de vie, notion toute relative si l'on considère les résultats exposés par Cécile Brousse : plus de six sans-domicile sur sept se disent insatisfaits de leurs conditions de relogement [65].

Il est impossible de distinguer la part du travail effectué à la CJG et celle des autres acteurs sociaux (CCAS, Insertion Solidarité Logement), mais il est probable que la mise en relation avec des structures de réinsertion professionnelle et d'aide au

logement n'aurait pas eu lieu sans l'impulsion initiale des assistantes sociales de la CJG.

Les relations à l'équipe de soins et l'adhésion aux soins

Si l'on en croit les témoignages de l'équipe de soins de la CJG, presque tous les patients ont, à un moment donné de leur trajectoire, sollicité la consultation de façon assidue, quasi-quotidienne. Un exemple : à l'évocation du nom de Mr C., les deux infirmières n'ont eu aucune difficulté à se souvenir de ce patient, décrivant un état de délabrement physique qui a mobilisé leur énergie quotidiennement pendant plusieurs semaines avant son décès. Il ne s'agit pas d'un exemple isolé, et il n'est pas rare que les dossiers médicaux renferment des phrases telles que « vient tous les jours », « veut juste parler aujourd'hui ». Tous ces actes quotidiens de dialogue, d'écoute, de réassurance, ne sont pas des soins ni des consultations à part entière au sens administratif du terme. Ils n'apparaissent donc pas dans les données fournies par Clinicom, qui ont servi à établir le nombre de consultations à la CJG dans cette étude. Savoir relativiser ces données chiffrées et garder en mémoire tout le travail effectué en filigrane est fondamental pour appréhender la notion d'adhésion aux soins.

Il est souvent aisé de se rendre compte si les compétences de l'équipe sont remises en question ou non par le patient : lorsque « l'accroche » ne se fait pas, les patients ne reviennent pas. C'est le cas de 2 patients parmi les 25, venus une seule fois, et dont on sait qu'ils ont toujours recours aux autres services du CHU en 2007. Cela implique que pour la très grande majorité des patients sans domicile inclus dans ce travail, l'identification de la CJG comme un lieu adapté à la prise en charge de leurs problèmes médico-sociaux est acquise.

Dans le cas des deux patients n'ayant pas donné suite, on peut faire plusieurs hypothèses :

- la crainte de faire l'objet d'une stigmatisation de sa condition sociale en rejoignant un dispositif comme la PASS ;
- l'existence d'un suivi médical par un généraliste qui n'a pas été signalé, ou l'absence totale de suivi en dehors des situations d'urgence ;
- plus simplement, un premier contact insatisfaisant avec la CJG, qu'il s'agisse du service rendu ou des relations humaines.

Pour ce qui est des patients suivis depuis longtemps à la CJG, il est surprenant de voir qu'ils ont tous adopté les mêmes habitudes de fréquentation de la consultation : ils ne viennent que le matin, sur rendez-vous, et il est bien rare qu'ils ne se présentent pas. On peut voir dans cette acceptation à se plier aux contraintes une forme d'adhésion au fonctionnement de la consultation, et l'interpréter comme une manifestation de la relation de confiance établie au fil de la prise en charge. Cependant, une autre interprétation est avancée dans la synthèse des trois réunions d'évaluation de la PASS de 2006 : des tensions importantes existent entre les patients étrangers et les patients sans domicile français (comme d'ailleurs entre patients étrangers originaires de pays différents), et la cohabitation en salle d'attente ne se passe pas toujours sans heurts, ce qui a pu entraîné une diminution de la

fréquentation de la population française. On comprend alors que pour certains, le rendez-vous soit un moyen de diminuer le temps passé en salle d'attente.

8. Synthèse et perspectives

8.1. Qu'est-ce qu'une prise en charge médico-sociale adaptée ?

Dans son rapport sur la «perception par les professionnels de la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité sociale dans le dispositif PASS du CHU de Nantes», Olivier Gallard met en avant la nouveauté des services proposés par la mise en place de ce dispositif : une consultation généraliste facile d'accès, couplée à une prise en charge sociale, au sein d'une équipe spécialisée dans la gestion des situations de précarité [46].

A partir des actions menées à destination des personnes sans domicile pendant la période d'étude, la définition d'une prise en charge médico-sociale « adaptée » peut être ébauchée.

A défaut de leur suppression, la diminution d'un maximum d'obstacles entravant l'accès aux soins doit être un des premiers objectifs :

- pour les obstacles dits "structurels", c'est le travail des assistantes sociales qui prime. Il est déterminant dans l'acquisition d'une domiciliation administrative, la remise à jour de la couverture sociale, la mise en place d'une mesure de protection. C'est d'ailleurs l'essence même de la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions, qui préconise de « *prendre les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en œuvre dans les délais les plus rapides* ».
- les déterminants individuels, qui renvoient au lien entre la personne sans domicile et le professionnel rencontré, sont l'objet d'un travail de toute l'équipe, visant à instaurer une relation de confiance, à adapter les propositions de soins aux conditions de vie et aux personnalités (proposer une réfection de pansement quotidienne à la CJG plutôt que forcer les réticences à une hospitalisation), et à pointer régulièrement les problèmes somatiques afin de ramener ponctuellement l'attention sur la santé.

8.2. Quelles sont les limites à une intervention médico-sociale auprès des sans-domicile ?

Comme le rappelle le texte de la loi de 1998, la mise en place de dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins aux plus démunis ne signifie pas qu'il faille créer des filières de soins spécifiques, qui officialiseraient une coupure qui n'a pas lieu d'être entre la population générale et les exclus du système de soin. Dans le cas de la consultation Jean Guillon, on a vu que le public sans domicile peut parfois s'auto-exclure de la structure lorsqu'il se juge dans un environnement trop dédié à la précarité.

Mais la prise en charge des situations de précarité ne s'arrête pas aux portes de la CJG, et l'intérêt du dispositif PASS réside dans la possibilité de bénéficier de ses avantages dans les autres services de l'hôpital par le biais du réseau médico-social du CHU.

En dépit de tous les efforts parfois mis en place par l'équipe de la CJG, des conduites d'« échappement » sont régulièrement constatées, parfois d'autant plus surprenantes qu'elles surviennent après des périodes de bonne adhésion aux soins. Du point de vue social, l'exemple le plus parlant est la perte de tous les acquis (RMI, CMU, mutuelle) par oubli d'un ou plusieurs rendez-vous administratifs. Sur le plan médical, outre la rechute de consommation après sevrage éthylique, une des situations fréquemment observées est ce que l'on pourrait appeler l'« absence de suites ». Après la découverte d'une séropositivité à l'hépatite C, Mr B. ne se rendra par exemple jamais aux rendez-vous avec l'hépatologue. Les causes de ces comportements échappent la plupart du temps à l'équipe soignante comme au patient lui-même, et il faut savoir accepter avec humilité que des raisons insaisissables viennent entraver une prise en charge que l'on voudrait forcément idéale.

On ne peut donc pas, à mon avis, parler d'échec ou de réussite dans la prise en charge de ces patients sans domicile, étant donné la dimension toute relative que prennent ces notions face à la désocialisation. Tout au plus peut-on dire que l'existence d'un lieu de consultation permettant d'appréhender conjointement les problèmes sociaux et médicaux est une des réponses à la problématique « précarité et santé », mais qu'elle n'est certainement pas la seule.

Dans le cas des personnes sans domicile, il est impossible de détacher la problématique de la santé de celles du logement, du chômage, de la réinsertion. Mais aucun acteur, qu'il s'agisse des travailleurs sociaux, des médecins, des équipes mobiles du SAMU social, ne peut prétendre à lui seul proposer des solutions adaptées et individualisées.

Selon une théorie développée en sociologie de la santé, la demande de soins ne peut se réduire à un face-à-face entre un système de santé et un patient. Une étude a montré que la demande de soins pouvait émerger par l'intermédiaire de « passeurs », membres des structures d'accueil ou acteurs de l'urgence sociale, dont le travail d'« accroche » instaure la confiance nécessaire à la démarche de soins [65].

Dans l'optique de répondre au mieux à la variété infinie des parcours individuels, la PASS a développé depuis son ouverture des collaborations avec la Veille sociale, l'Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité, le CCAS, les structures associatives d'aide, les organismes de réinsertion professionnelle, etc. Ces collaborations doivent garder pour objectif d'améliorer qualitativement la prise en charge, plutôt que d'accumuler les compétences.

Pour les personnes sans domicile, l'amélioration de la prise en charge doit passer par le repérage des situations de précarité avant la venue à la rue, quand cela est possible. Les histoires familiales, par exemple, devraient être l'objet de toutes les attentions lors des consultations médicales et sociales, afin de pointer les situations à risques. On l'a vu, le surendettement, ou les menaces d'expulsion du logement doivent également être considérées comme des situations à risque. Au sein d'une consultation médico-sociale comme la CJG, il est possible d'envisager un travail de prévention chez les jeunes adultes à risque, notamment sur les comportements addictifs et sur l'importance de maintenir à jour sa couverture sociale, travail qui se placerait alors en amont de la « chute » vers la désocialisation.

Conclusion

L'accès aux soins est un thème récurrent et constant dans le domaine de la santé publique en direction des personnes sans domicile. La première Conférence de Consensus de la Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS) en décembre 2007, qui met en lumière le « principe d'accueil inconditionnel », qu'elle souhaite voir appliquer par toutes les institutions afin de faciliter la prise en charge de cette population, laisse entrevoir combien les modes d'interventions ont évolué ces dernières années dans tous les domaines touchant de près ou de loin ce public, y compris celui de la santé.

Si l'approche de la problématique « santé » a d'abord été conçue comme une réponse à l'urgence sociale (*cf.* la création du SAMU social en 1993), elle tend maintenant à dépasser cette étape nécessaire pour proposer une approche plus globale qui considère l'utilisateur du système de soin comme un être social, dont les problèmes de santé doivent être resitués dans une perspective intégrant les dimensions du travail, de la pauvreté, du logement.

Le travail de l'équipe de la Consultation Jean Guillon, considéré comme l'élément central du dispositif PASS, s'inscrit dans cette dynamique : avec un accès facilité aux soins et une prise en charge médico-sociale par une équipe formée à la diversité des situations de précarité, un nombre important de patients sans domicile de cette enquête a pu bénéficier – même si ce n'est que ponctuellement – d'un suivi que l'on peut qualifier d'« adapté ».

Toutes les actions menées par la PASS sont sous-tendues par le désir de maintenir le patient dans le système de soins, et il faut saluer le travail de toute l'équipe, mais aussi celui du patient, lorsque des initiatives médicales ou sociales arrivent à infléchir la trajectoire de vie dans un sens de moindre marginalisation. L'acquisition d'une identité sociale, à travers la relation patient-soignant, est essentielle à ces personnes qui ont la remarquable volonté de s'extraire des comportements d'évitement des soins si répandus à la rue. Pour certains, le partenariat de la CJG avec les acteurs extra-hospitaliers de l'exclusion a permis l'amélioration dans une certaine mesure des conditions de vie, et pour un nombre minoritaire cela s'est traduit par la sortie de la rue, que l'on ne doit cependant jamais considérer comme acquise et définitive.

Plutôt que de les considérer comme un échec, les phénomènes d'échappement aux soins sont l'occasion de rediscuter de certains aspects de la prise en charge, et de garder en mémoire qu'aucune standardisation n'est possible pour cette population si disparate.

BIBLIOGRAPHIE

1. Roulleau-Berger L. La rue, miroir des peurs et des solidarités. Presses Universitaires de France, 2004, 128 p. (Sociologie d'aujourd'hui).
2. Anderson I., Baptista I., Wolf J., *et al.* L'évolution du rôle des services : les obstacles qui entravent l'accès des personnes sans domicile aux services de santé. Rapport national pour l'Observatoire Européen sur le Sans-Abrisme, Feantsa Paris, 2006, 34 p.
3. Fillaudeau S. Etat de santé des populations immigrées à Nantes : à propos d'une enquête à la Consultation Jean Guillon du CHU de Nantes. Thèse : Médecine générale : Nantes : 2002.
4. Rouillier B. La tuberculose à la Consultation Jean Guillon du CHU de Nantes (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) : expérience et mise en place d'un dépistage. Thèse : Médecine générale : Nantes : 2002.
5. Boudeau-Charruau B. L'hépatite C à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Nantes : du dépistage à la prise en charge des patients en situation de précarité. Thèse : Médecine générale : Nantes : 2005.
6. Merer-Scanvion A. Etude médico-sociale de 108 enfants consultant au Centre Jean Guillon (Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Nantes). Thèse : Médecine générale : Versailles-Saint Quentin en Yvelines : 2006.
7. Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité Sociale, Journal Officiel de la République Française, 1945.
8. Loi n° 74-955 du 19 novembre 1974. Journal Officiel du 20 novembre 1974.
9. Brousse C. Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête. *Insee-Méthodes*, 2006 ; n°116, p. 15-27.
10. Brousse C., De La Rochère B., Masse E. Les sans-domicile usagers des services d'hébergement ou des distributions de repas chauds, *in* Les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, février 2002. (La Documentation française).
11. Declerck P. Les Naufragés : avec les clochards de Paris. Plon 2001, 458 p. (Terres Humaines).
12. Damon J. En quête du chiffre : trois décennies d'estimations du nombre de SDF dans la presse. *Recherches et Prévisions*, 2000, n°60, pp.117-124.
13. Firdion JM., Marpsat M., Bozon M. Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domicile ? Une question éthique et scientifique, *Revue Française des Affaires Sociales*, 1995; 49 (2-3), pp. 27-49.

14. Lecomte Th., Mizrahi A., Mizrahi A. Recours aux soins et morbidité des personnes sans domicile permanent en région parisienne. Congrès Académie Nationale de Médecine, 1998 ; vol. 74, n°19-20, pp. 829-837.
15. Amosse T., Doussin A., Firdion JM., Marpsat M., Rochereau T. Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Enquête INED, Paris et petite couronne, 1998, Paris, CREDES, Biblio n°1355, 2001, 85 p.
16. Brousse C. Le réseau d'aide aux sans-domicile : un univers segmenté. *Economie et statistique*, 2006, 391-392, pp. 15-34.
17. Rapport 2006 de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde ; Oct 2007. Disponible sur <http://www.medecinsdumonde.org>
18. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, 1987, Rapport pour le Conseil économique et social.
19. Lebas J., Chauvin P. Précarité et Santé. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1998, 300 p.
20. Hassin J. Réponses médicales à la précarité et à la misère. *Rev Prat* 1996 Oct 1 ; 46 (15), pp. 1864-7.
21. Declerck P., Henry P. Pathologie de la rue. *Rev Prat* 1996 Oct 1 ; 46 (15), pp. 1844-8.
22. Hassin J., Declerck P., Pichon JP., *et al.* L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF. Paris, 1996, Réseau national de Santé Publique.
23. Paugam S., Clemençon M. Détresses et ruptures sociales. Résultats de l'enquête OSC / FNARS « personnes en détresse », FNARS, 2002, *Recueils et documents* n°17, 68 p.
24. La santé observée dans les Pays de la Loire. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, ISBN : 2-908417-33-2, juin 2007.
25. Antoine D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2007 ; 11, pp. 85-90.
26. Kern T., Lardoux C., Tartière S., Emmanuelli X., Laporte A. Tuberculose chez les sans domicile fixe à Paris, mise en œuvre de la stratégie DOT, Directly Observed Therapy. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2005 ; 17-18. pp 73-74
27. Poisignon Y., Marjanovic Z., Farge D. Maladies infectieuses et résurgences liées à la pauvreté. *Rev Prat* 1996 Oct 1 ; 46 (15) pp. 1827-3.
28. Chauvin P., Mortier E., Valleron AJ., Lebas J. Outpatients care of HIV-1 infected destitute people : a study in Paris, France. *The Lancet*, 1996 ; 348 (480).

29. Blum L., Bourrat E. Pathologie cutanée de la misère. *Rev Prat* 1996, Oct 1 ;46 (15) pp.1839-43.
30. Drogoul F. Psychiatrie de la précarité et de la misère. *Rev.Prat* 1996, Oct 1 ; 46 (15) pp.1849-53.
31. L'organisation des soins psychiatriques, Cour des Comptes, Rapport public annuel 2000.
32. Fournier L., Mercier C. Sans domicile-Fixe, au-delà du stéréotype. Montréal (Québec), éditions du Méridien, 1996, 341 p.
33. Roy E., Boivin JF., Haley N., Lemire N. Mortality among street youth. *The Lancet*, 1998, 352 (9121).
34. Barrow S., Herman D., Cordova P., Struening E. Mortality Among Homeless Shelter Residents in New York City. *American Journal of Public Health*, 1999, 89 (4) pp. 529-34.
35. Hirsch M. La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2007 ; 2-3. p 9.
36. De la Rochère B. La santé des sans domicile usagers des services d'aides. *Insee Première*, avril 2003, n° 893, 4 p.
37. Imbault-Huart MJ. Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions. In : Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, ed. *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres*. 1996, Paris, Doin.
38. Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des Centres Hospitaliers et Universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
39. Circulaire DH/AF1/DAS/RV3 n° 33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
40. Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'Orientation Relative à la Lutte contre les Exclusions (art. 67 à 77, JO du 31 juillet 1998).
41. Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV3 n°98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
42. Permanence d'Accès aux soins de santé : dispositif du CHU de Nantes, Projet d'établissement établi par un groupe de travail, mai 1999.
43. De La Blanchardière A., Méouchy G., Brunel P., Olivier P. Etude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une

permanence d'accès aux soins de santé en 2002. *Rev Med Interne* 2004 ; 25, pp. 264-70.

44. Trinh-Duc A., De La Blanchardière A., Porcher R., Agard C., Rouillard B., Schlienger I., *et al.* Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé. *Rev Med Interne* 2005 ; 26, pp. 13-19

45. Penard S. La consultation médico-sociale Jean Guillon du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes : Bilan en 2004 après 5 ans d'activité. Thèse : Médecine générale : Nantes : 2006.

46. Gallard O. Perception par les professionnels de la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité sociale dans le dispositif PASS du CHU de Nantes, Mémoire de Master 2, UFR Economie et gestion, Université de Nantes, 2006.

47. Rapport public thématique sur les personnes sans domicile. Cour des Comptes, Paris, 2007, La documentation Française, 236 p.

48. Marpsat M. Les personnes sans domicile à Paris ; les résultats du programme de recherche de l'INED, *European Population Papers Series No.3.* 2002, Council of Europe.

49. De la Rochère B. La santé des sans-domicile dans l'enquête nationale : premiers résultats. *in* Séminaire Santé Inégalités, Ruptures Sociales en Ile de France, janvier 2003.

50. Bruneteaux P., Edgar B., Firdion JM. Qu'est-ce qui conduit à la rue ? Conférence de Consensus FNARS, novembre 2007, disponible sur <http://www.fnars.org/>

51. Laporte A., Rouvel-Talleg A., Grosdidier E., *et al.* Epilepsy among the homeless : prevalence and characteristics, *European Journal of Public Health*, 16 (5), 2007, pp. 484-486.

52. Robertson MJ., Clark RA., *et al.* HIV seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *Am J Public Health.* 2004 Jul ;94 (7), pp. 1207-17 ; et Forney JC., Lombardo S., Toro PA. Diagnostic and other correlates of HIV risk behaviors in a probability sample of homeless adults. *Psychiatr Serv.* 2007 Jan ;58 (1).

53. Blow H., De Wacker A., Louckx F., *et al.* Profils de santé des personnes sans domicile en Belgique , *Sans abri en Europe, le magazine de la Feantsa*, 2006, pp. 3-5.

54. Beck F., Legleye S., Spilka S. L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype, *Économie et statistique*, 2006, 391-392, pp. 131-149.

55. Johnson TP., Substance Abuse and Homelessness : Social Selection or Social Adaptation ? , *Addiction*, 1997, 92 (4), pp. 437- 445.
56. Greifenhagen A., Fichter M. Mental illness in homeless women : an epidemiological study in Munich, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1997;247 (3), pp. 162-72.
57. Beynet A., Menahem G. Problèmes dentaires et précarité, *Questions d'économie de la santé* ; 2002, 48.
58. Base régionale PMSI 1998-2004, DREES- ARH des Pays de Loire.
59. Peretti-Watel P. Lien social et santé en situation de précarité. Etat de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide. *Économie et statistique*, 2006, 391-392, pp. 115-130.
60. Elgghozi B. Le médecin généraliste et les publics en difficulté, *in* Précarité et Santé, Flammarion Médecine-Sciences, 1998. pp. 259-70.
61. Le Mauff P., Blanchard E., Urion J., Senand R. Prise en charge des sans-domicile fixe. *Rev Prat Med Gen* 2003 ;17 (630), pp. 1455-8.
62. Boché C. Prise en charge médico-sociale à la consultation Jean Guillon (PASS du CHU de Nantes) ; Analyse de 159 patients réorientés auprès d'un médecin traitant sur une période de deux ans. Thèse : Médecine générale : Nantes ; 2005.
63. Monroe M. Les contacts familiaux et amicaux des personnes sans domicile, *Etudes et Résultats* DREES, 311, 2004.
64. Parizot I. Trajectoires sociales et modes de relations aux structures sanitaires, *in* Précarité et Santé. Flammarion Médecine sciences ; 1998. pp.33-43.
65. Brousse C. Devenir sans domicile, le rester : rupture des liens sociaux ou difficultés d'accès au logement ? *Économie et statistique*, 2006, 391-392, pp. 35-64.
66. Clement S., Mantovani J. Les personnes SDF et la question de la santé, *in* Ballet D. (dir.), Les SDF. Visibles, proches, citoyens, 2005, pp. 315-323.

Annexes

Glossaire des abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHAPSA	Centre d'Hébergement et d'Accueil pour les Personnes Sans-Abri
CHG	Centre Hospitalier Général
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CJG	Consultation Jean Guillon
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIS	Conseil National de l'Information Statistique
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
ELPP	Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
FNARS	Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
INED	Institut National de Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et de Etudes Economiques
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MAJ	Maison d'Accueil de Jour
OCHS	Office Central de l'Hygiène Sociale
ONU	Organisation des Nations Unies
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDAPS	Plan Départemental d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRAPS	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAU	Service Accueil Urgence
SDF	Sans domicile Fixe
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Nom : Belin

Prénom : Laurie

Président : Monsieur le Professeur Jacques Barrier

Titre de la thèse : Prise en charge médico-sociale des consultants désocialisés sans domicile à Nantes. Analyse critique des actions menées auprès de 25 patients à la Consultation Jean Guillon (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CHU de Nantes.

RESUME

Vingt-cinq patients désocialisés, vivant à la rue, ont fait l'objet d'un suivi à la Consultation Jean Guillon du CHU de Nantes entre décembre 1999 et novembre 2007. Une étude rétrospective comparant les données médicales et sociales à l'entrée dans le dispositif PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et en 2007 a pu mettre en évidence, avec trois ans de recul, l'existence de compétences, au sein de la Consultation Jean Guillon, pouvant répondre aux besoins des consultants sans domicile, notamment en terme de prise en charge des pathologies liées à la précarité.

Les patients étaient majoritairement des hommes avec un âge moyen de 46,1 ans. Les pathologies prises en charge étaient dominées par les maladies infectieuses (tuberculose, hépatites virales) et les complications de l'éthylo-tabagisme. Les soins infirmiers ont été nombreux et répétés sur la période d'étude. Les interventions sociales ont essentiellement porté sur les démarches visant à améliorer l'accessibilité aux soins.

Les habitudes de recours aux soins de ces patients restent marquées par la fréquentation du service des Urgences. La prise en charge généraliste et sociale proposée par la Consultation Jean Guillon lui a cependant permis d'être identifiée par les acteurs extra-hospitaliers de l'urgence sociale et par les patients comme une structure adaptée à l'accueil des plus démunis.

MOTS CLES

Sans-domicile, sans-abri, SDF, précarité, PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), consultation médico-sociale.