

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Julie CARTRON, épouse DUHAUT

Née le 4 avril 1985 à La Roche sur Yon

Présentée et soutenue publiquement le 29 avril 2014

**ETAT DE SANTE DES PATIENTS SANS DOMICILE ACCUEILLIS EN LITS
HALTE SOINS SANTE A LA ROCHE SUR YON : ETUDE RETROSPECTIVE
SUR LA PERIODE NOVEMBRE 2011- MARS 2013**

Président : Monsieur le Professeur AGARD Christian

Directeur de thèse : Madame le Docteur Vanessa CAPRON

Remerciements

Je remercie le Pr Christian AGARD d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse.

Je remercie le Dr Vanessa CAPRON d'avoir dirigé cette thèse. Merci de m'avoir permis de travailler sur ce sujet, et merci de m'avoir soutenue et aiguillée dans ce travail.

Je remercie le Pr Lionel GORONFLOT d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse et pour son investissement dans la formation des internes de médecine générale.

Je remercie le Pr Michel MARJOLET d'avoir accepté d'être l'un des membres du jury de ma thèse.

Je remercie le Dr Dominique QUELENNEC d'avoir accepté de faire partie du jury et de représenter le Dr Vanessa CAPRON lors de ma soutenance de thèse.

Merci à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire des Lits Halte Soins Santé de La Roche sur Yon pour leur accueil, leur gentillesse et leur disponibilité lors de mon recueil de données sur place.

Merci à mes ami(e)s et notamment à mes amis médecins Damien, Frédéric et Quentin d'avoir été présents pendant mes études et après. Merci d'avoir toujours été à l'écoute et compréhensifs dans mes moments de doutes pendant ces longues années.

Merci à ma famille d'avoir toujours été présente : ma sœur, mon frère, ma belle-sœur et Lydie. Un merci tout particulier à mes parents sans qui je ne serais pas qui je suis aujourd'hui. Merci à vous pour votre soutien indéfectible pendant ce long parcours des études médicales. Merci enfin d'avoir toujours su m'apporter ce dont j'avais besoin, tant sur le plan personnel que professionnel. Je n'y serai jamais arrivée sans vous.

Merci enfin à mon mari Loïc qui a su me soutenir moralement tout au long de mes études, puis pendant mes débuts en tant que médecin et pendant tout ce travail de thèse. Merci aussi pour tes conseils techniques sur l'outil informatique... Merci enfin pour tout ce que tu m'apportes dans notre vie personnelle et notamment merci pour notre petit Charlie.

Table des matières

1- ABREVIATIONS.....	4
2- INTRODUCTION	7
2.1- PRECARITE, INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET OFFRE DE SOINS	7
2.1.1- PRECARITE	7
2.1.2- INEGALITES SOCIALES DE SANTE	9
2.1.3- HISTORIQUE DE L’OFFRE DE SOINS ET DES AIDES SOCIALES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE EN FRANCE	16
2.2- LITS HALTE SOINS SANTE.....	22
2.2.1- DEFINITION THEORIQUE ET LEGISLATION.....	22
2.2.2- LA STRUCTURE « LITS HALTE SOINS SANTE » DE LA ROCHE SUR YON	24
2.3- PROBLEMATIQUE	27
2.3.1- POSITION DU PROBLEME	27
2.3.2- BUT DE L’ETUDE	28
3- MATERIEL ET METHODES	29
3.1- SCHEMA D’ETUDE	29
3.2- RECUEIL DES DONNEES	29
3.3- ANALYSE DE LA BASE DE DONNEES.....	29
3.3.1- VARIABLES RETENUES	29
3.3.2- STATISTIQUES.....	30
4- RESULTATS.....	31
4.1- PATIENTS : CARACTERISTIQUES GENERALES ET SOCIALES.....	31
4.1.1- NOMBRE DE PATIENTS	31
4.1.2- SEXE	31
4.1.3- AGE	32
4.1.4- SITUATION FAMILIALE.....	34
4.1.5- NATIONALITE.....	35

4.1.6- MAITRISE DE LA LANGUE FRANCAISE (ETRANGERS)	36
4.1.7- STATUT VIS-A-VIS DE L'IMMIGRATION (ETRANGERS)	36
4.2- DUREE DE SEJOUR EN LHSS	37
4.3- PROFIL MEDICAL.....	39
4.3.1- MOTIF PRINCIPAL D'ADMISSION AUX LHSS	39
4.3.2- MORBIDITE (NOMBRE DE PATHOLOGIES ACTIVES PAR PATIENT)	42
4.3.3- COMORBIDITES	43
4.3.4- INDICE DE MASSE CORPORELLE A L'ADMISSION	46
4.3.5- ADDICTIONS	47
4.3.6- STATUT VACCINAL DIPHTERIE/TETANOS/POLIOMYELITE	53
4.3.7- SEROLOGIES.....	54
5- DISCUSSION	58
5.1- LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE	58
5.1.1- LIMITES DE L'ETUDE	58
5.1.2- POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	60
5.2- SYNTHESE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	60
5.2.1- CARACTERISTIQUES GENERALES DE LE POPULATION ETUDIEE	60
5.2.2- CARACTERISTIQUES GENERALES SPECIFIQUES AUX ETRANGERS	61
5.2.3- ETAT DE SANTE.....	61
5.3- COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	67
5.3.1- CARACTERISTIQUES GENERALES	67
5.3.2- CARACTERISTIQUES GENERALES SPECIFIQUES AUX ETRANGERS	71
5.3.3- CONCLUSION SUR LA REPRESENTATIVITE DES PATIENTS ETUDIES.....	71
5.3.4- ETAT DE SANTE.....	72
5.4- PROPOSITIONS	88
6- CONCLUSION	91
7- BIBLIOGRAPHIE.....	92

1- ABREVIATIONS

ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

ALT : Allocation Logement Temporaire

AMD : Aide Médicale Départementale

AMG : Assistance Médicale Gratuite

ANAEM : Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASV : Atelier Santé Ville

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

ATCD : Antécédent

AVC : Accident Vasculaire cérébral Constitué

AVDL : Accompagnement Vers et Dans le Logement

BPCO : Bronchopathie Chronique Obstructive

CADA : Centre d'Accueil Demandeurs d'Asile

CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDO : Consultations Dépistage et Orientations

CDS : Centres de Santé

CES : Centres d'Examens de Santé

CETAF : CEntre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

COMEDE : COMité MEDical pour les Exilés

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPH : Centre d'Hébergement Provisoire

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes

CST : Carte de Séjour Temporaire

DDTE : Direction Départementale du Travail et de l'Emploi

DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IV : Intraveineux

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LAM : Lit d'Accueil Médicalisé

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAJ : Maison d'Accueil de Jour

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PHI : Pharmacie Humanitaire Internationale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAO : Service d'Accueil et d'Orientation

SIRS : Santé, Inégalités et Ruptures Sociales

UDA : Urgence pour Demandeurs d'Asile

UE : Union Européenne

VIH/HIV : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Human Immunodeficiency virus

ZUS : Zones Urbaines Sensibles

2- INTRODUCTION

2.1- PRECARITE, INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET OFFRE DE SOINS

2.1.1- PRECARITE

2.1.1.1- DEFINITION

La précarité est classiquement définie par la citation de J. WRESINSKI dans son rapport au Conseil Economique et Social de 1987 : « La précarité est l'**absence d'une ou plusieurs sécurités**, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. » (1).

Cette définition nécessite d'être complétée avec la notion d'**instabilité et de fragilité des situations**, et ce au regard de multiples dimensions, pouvant à terme mener à une situation de pauvreté (2,3). On comprend donc que les notions de précarité et de pauvreté sont fortement liées, sans se confondre.

Enfin, il semble indispensable d'ajouter à cette première définition, la notion de **processus**, pour souligner que la précarité résulte d'un « enchaînement d'événements et d'expériences » (3) et qu'elle peut n'être que provisoire : « Les situations de précarisation sont envisagées comme des trajectoires de vie, des processus biographiques, éventuellement transitoires et réversibles, faits d'accumulation de facteurs d'exclusion et de ruptures, et susceptibles de plonger une personne dans une situation de pauvreté effective. » (4).

En apportant ces notions supplémentaires à la définition initiale de J. WRESINSKI, la précarité a donc été définie en ces termes par le Haut Conseil de la Santé Publique en 1998 : « Processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité face à un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion. » (3).

2.1.1.2- OUTIL DE MESURE DE LA PRECARITE

Ces définitions de la précarité sous-entendent que les personnes en situation de précarité **ne forment pas une communauté sociale définissable par des critères sociaux-économiques précis** : leur point commun n'est que la situation résultant de multiples trajectoires de vie individuelles marquées chacune par une accumulation de handicaps et s'accompagnant, in fine, d'une stigmatisation (liée à l'absence de reconnaissance par l'emploi ou le statut familial, mais aussi au bénéfice de l'aide sociale qui leur confère un statut d'assisté) (5). Comment donc repérer les personnes précaires dans la population générale ?

L'Assurance Maladie a établi en 1992 des critères d'identification des personnes en situation de précarité, pour lesquelles elle propose des examens de santé gratuits. Ces critères sont essentiellement socio-administratifs et reposent principalement sur la situation par rapport à

l'emploi : chômeurs, contrats emplois solidarité, bénéficiaires du RMI, bénéficiaires de la CMU et de la CMUC (depuis 2000), sans domicile fixe, jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle (6).

D'autres facteurs de précarité ont été identifiés à travers diverses études (7) : **accès à l'emploi, revenu, logement, relation sociale, couverture maladie, droit à résider pour les étrangers**,... L'absence d'emploi se révèle être un des piliers des déterminants de la précarité selon de nombreux travaux.

Devant l'absence d'outil de mesure consensuel et une efficacité insuffisante des critères de l'Assurance Maladie à repérer la personne en situation de précarité (8), un groupe de travail composé de membres du CETAF et des CES a été créé en 1998 pour définir le **score EPICES** (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES) (Tableau 1) : ce score est composé de 11 questions binaires affectées d'un coefficient : on obtient un score quantitatif variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée), le seuil de précarité étant fixé à 30,17, et celui de grande précarité à 53,84 (9).

Les 11 questions du score EPICES	Poids affecté aux réponses
11 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06
11 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83
11 Vivez-vous en couple ?	-8,28
11 Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28
11 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	14,80
11 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51
11 Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
11 Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
11 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47
11 En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour :	
1 vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47
1 vous apporter une aide matérielle ?	-7,10

Tableau 1 : score EPICES.

Il est établi que ce score est à la fois reproductible en population générale (10), facile à déterminer (8), et lié de manière statistiquement significative à tous les indicateurs de position sociale, de modes de vie, d'accès aux soins et de santé (11). D'autre part, le score EPICES permet d'identifier davantage de personnes à risque de problèmes de santé que les critères de l'Assurance Maladie (soit environ 11%) (8).

Ce score constitue donc un outil intéressant pour « dépister » la précarité en population générale.

2.1.2- INEGALITES SOCIALES DE SANTE

2.1.2.1- ETAT DES LIEUX EN FRANCE

Malgré une amélioration globale de la santé dans le monde, les écarts se creusent progressivement, non seulement entre les plus riches et les plus pauvres, mais également entre les différentes couches sociales de nos sociétés : on parle de la mise en place d'un **véritable gradient social des inégalités sociales de santé** (12,13).

L'ensemble des pays européens est notamment touché par ces inégalités sociales de santé (14) : inégalités face aux maladies, aux incapacités, à la mort. Les études montrent que **la France est l'un des pays européens les plus marqués par les inégalités sociales de santé** (15).

2.1.2.1.1- RECOURS AUX SOINS ET PRECARITE

Les données concernant le **recours à la médecine libérale** des personnes en situation de précarité sont discordantes :

- Il semblerait que les populations sans-abri ne présentent pas de différence de recours aux soins ambulatoires par rapport à la population générale (16), tout comme les populations dites vulnérables (17).
- D'autres études montrent une association entre précarité et moindre recours à la médecine libérale (18,19), plus particulièrement en médecine générale, et ce d'autant plus que le score EPICES est très élevé (20), mais également chez les médecins spécialistes (55% de recours chez les populations de ZUS contre 63% en population générale) (21). Enfin, il est clairement démontré que le recours aux soins dentaires et optiques est très largement délaissé par les personnes en situation de précarité, du fait qu'ils soient peu remboursés par l'assurance maladie et qu'ils soient considérés comme des soins de confort par ces populations.

En ce qui concerne les taux d'**hospitalisation**, les données sont plus consensuelles et indiquent un plus grand recours à ces structures pour les personnes en situation de précarité par rapport à la population générale :

- On observe un recours plus important aux consultations d'urgence des hôpitaux (21).
- D'autre part, on constate un taux d'hospitalisation plus important chez les personnes précaires (19) : voici quelques exemples : les sans-domiciles sont hospitalisés deux fois plus souvent (16) avec un taux d'hospitalisation de 21% contre 9% en population générale ; lorsque l'on parle de « populations vulnérables », ce taux est même trois fois plus important qu'en population générale (31% versus 10%) (17) ; ce taux est de 16% chez les sans emploi (versus 9%) (18). Ces taux d'hospitalisation élevés s'expliquent par un moindre recours à la médecine ambulatoire du fait de raisons financières, expliquant que les patients consultent plus facilement à des stades avancés de leurs pathologies, lorsqu'elles deviennent urgentes à traiter par les déficiences immédiates qu'elles amènent.

Quant aux **centres de soins gratuits**, il est difficile d'estimer la proportion de personnes en situation de précarité y ayant recours. Cependant, on a pu différencier trois types de recours à ces soins : *l'installation* (concerne 53% des consultants et correspond à un recours aussi fréquent que s'il ne s'agissait pas d'une structure assistancielle, avec une perception de la prise en charge comme un

droit tout à fait légitime), la *distanciation* (concerne 40% des consultants et correspond à une limitation des recours avec un souhait de prise en charge ponctuelle, du fait d'un vécu d'humiliation de recourir à l'assistance), et le *décalage* (concerne 7% des consultants et correspond à des demandes médicales inconstantes et une inobservance thérapeutique) (18).

Ces différents taux de recours à la médecine ambulatoire ou hospitalière nous amènent à la question du **renoncement aux soins pour raisons financières**. En effet, ce taux de renoncement est plus important chez les personnes en situation de précarité de manière générale : les allocataires des minima sociaux (22), les consultants en centres de soins gratuits (deux fois supérieur à la population générale) (18), les habitants des ZUS (21). Ceci concerne notamment les consultations médicales mais également les soins dentaires, les examens complémentaires,... Retenons que le taux de renoncement est environ deux fois plus important qu'en population générale, et qu'il est plus marqué chez les personnes vivant seules et celles sans domicile fixe.

Les obstacles à l'accès aux soins semblent être essentiellement l'isolement social, la migration récente, ainsi que l'absence d'assurance maladie (18).

L'**absence de toute assurance maladie** est donc naturellement liée à la notion de précarité (le score EPICES inclut uniquement le critère d'absence d'assurance maladie *complémentaire*). En effet, 8% des sans-domiciles ne bénéficiaient d'aucune protection sociale en 2001, dont 70% d'étrangers ; ce taux monte même à 80% chez les migrants lors de leur premier passage à Médecins du Monde. Beaucoup avaient néanmoins des droits qu'ils ignoraient en matière de protection sociale ; en revanche, d'autres ne pourront pas obtenir de couverture maladie du fait de l'absence de justificatif nécessaire (17).

2.1.2.1.2- ETAT DE SANTE RESSENTI EN POPULATION PRECAIRE

L'**état de santé ressenti** (ou déclaré) **chez les personnes en situation de précarité est moindre qu'en population générale** (20) : en effet, 56% des habitants de ZUS (Zones Urbaines Sensibles), considérés comme une population précaire, déclarent être en bonne ou très bonne santé contre 68% de la population générale (21). Un constat similaire a été fait chez les allocataires des minima sociaux (22). Certains auteurs déclarent même que l'état de santé ressenti est en moyenne deux fois plus dégradé chez les personnes précaires qu'en population générale (19).

2.1.2.1.3- ETAT DE SANTE OBSERVE EN POPULATION PRECAIRE

En termes de morbi-mortalité, il existe un risque accru chez les personnes en situation de précarité, notamment du fait qu'elles cumulent les facteurs de risque et les maladies et qu'elles présentent des pathologies à un stade plus avancé que la population générale, et ce d'autant plus pour les personnes les plus pauvres et les plus exclues (personnes sans domicile fixe, immigrés en situation irrégulière, ...) (4).

2.1.2.1 3.1- ESPERANCE DE VIE

Tout d'abord, en France la différence d'**espérance de vie à 35 ans** entre les hommes cadres (et professions intellectuelles supérieures) et les ouvriers était de 6 ans de 1976 à 1991, et est même passée à 7 ans en 1991-1999, en faveur des cadres et professions intellectuelles supérieures, avec

une mortalité supérieure chez les ouvriers que chez les cadres pour toutes les causes principales de décès (23). Chez les femmes, il existe également des inégalités face à la mort dans ces deux catégories socio-professionnelles avec un écart de 3 ans, stable sur ces deux périodes (15).

Au-delà de l'espérance de vie, c'est également face à l'**espérance de vie sans incapacité** qu'il existe des inégalités sociales en France en défaveur des personnes en situation de précarité (4).

2.1.2.1 3.2- MORBIDITE

D'autre part, bien qu'on ne puisse pas parler de maladies spécifiques à la précarité, on constate une fréquence plus accrue de certaines pathologies (19) dont voici les principales :

- En effet, il est communément admis que la précarité est très fortement liée à la **santé mentale** (4,10,15,19). Il peut s'agir de la cause de perte du lien social secondaire à des maladies psychiques stigmatisantes (psychoses, ...) ou au contraire, et plus fréquemment, d'une conséquence des effets délétères de la précarité sur la personne (syndromes dépressifs, anxiété, troubles de l'adaptation,...), le Haut Conseil de la Santé publique allant jusqu'à parler de « symptôme majeur de la précarité » (3). Il a par exemple été observé un risque de dépression deux fois supérieur chez les bénéficiaires du RMI (13).
- Dans le même domaine de la psychiatrie, la précarité est largement associée à la **dépendance aux différents toxiques** (tabac, alcool, cannabis, opioïdes, ...) (4) avec là-encore un gradient social de consommation de ces produits en France (13).

Pour prendre l'exemple du **tabagisme actif**, il est plus répandu chez les habitants des villes peuplées que chez les habitants des villes de taille moyenne et des communes rurales. D'autre part, le risque de fumer est plus important lorsque le PIB (produit intérieur brut) départemental est élevé (23).

- Les **maladies infectieuses et transmissibles** constituent un autre champ de la médecine fortement lié à la précarité (4). Ces maladies constituent même la première cause de morbi-mortalité des patients précaires, du fait d'une transmission et d'une prolifération facilitée par de mauvaises conditions d'hygiène (tuberculose, mycoses, ...), des comportements sexuels à risque (infections sexuellement transmissibles), etc. C'est ainsi que l'on a récemment constaté la résurgence de maladies infectieuses anciennes (tuberculose, Bartonella quintana (agent infectieux responsable de la fièvre des tranchées lors de la première Guerre Mondiale)) (5).
- Le **risque de mortalité par cancer** s'avère également augmenté par les situations de précarité. En effet, le risque de décès par cancer entre 30 et 65 ans est deux fois plus élevé chez un ouvrier que chez un cadre, notamment concernant les cancers des voies aéro-digestives supérieures et les cancers bronchiques. La survie est également meilleure dans les classes sociales supérieures pour les cancers colo-rectaux, du col utérin et du sein (13).

Les explications avancées par certains auteurs sont multiples : en général, chez les personnes en situation de précarité, on retrouve un moindre soutien par les proches (qui apportent soutien psychologique ainsi que ressources matérielles et affectives, et influencent sur les comportements à risque comme le tabagisme par exemple), un vieillissement prématuré de

l'organisme, une baisse de l'activité du système immunitaire ainsi qu'une augmentation de la réactivité physiologique (au contraire les relations sociales stables et positives semblent atténuer l'activité des systèmes cardiovasculaire et neuroendocrinien) (17).

- Il a également été fait le constat d'une fréquence plus importante des **maladies cardiovasculaires** (diabète, hypertension artérielle, etc.) dans les couches sociales défavorisées (13).
- Des inégalités sociales face au **handicap** ont aussi été constatées (23) avec, dans les catégories socioprofessionnelles défavorisées, davantage de déficiences d'une part et moins de facilités à les maîtriser d'autre part, donc plus d'incapacités.
- Chez les enfants, il a été observé plus de **surpoids** et **d'obésité** en ZEP (zones d'éducation prioritaire), ainsi qu'une **santé bucco-dentaire** moindre chez les enfants d'agriculteurs ou dont les parents sont inactifs que chez les enfants de cadres (23). D'autre part, la fréquence des **troubles de l'acquisition du langage** ou des **pathologies courantes de l'enfance** sont inversement proportionnelles au niveau de revenus des parents selon une étude canadienne de 1995 (13).
- Chez les nouveau-nés, il a été mis en évidence un risque de **prématurité** et de **faible poids de naissance** d'autant plus important que le niveau d'études de la mère est faible (23).
- De nombreux autres facteurs de risque et pathologies s'avèrent plus fréquents chez les personnes en situation de précarité. Citons **les traumatismes, l'obésité, les pathologies respiratoires, les problèmes cutanés, les problèmes dentaires, ...**

2.1.2.1.4 - CHEZ LES MIGRANTS

Enfin, il existe en France des **inégalités sociales de santé en lien avec la migration** (24), ce qui fait de la population exilée en France une population particulière au sein des personnes précaires, même si toutes ne correspondent pas aux critères de précarité.

Tout d'abord, un moindre **recours aux soins** a été observé dans cette population. En effet, on constate chez les migrants (hors originaires du Maghreb) un taux de recours aux médecins (généralistes comme spécialistes) moindre que les personnes nées en France, à besoins de soins équivalents (mais les immigrés naturalisés sont moins concernés) : recours au généraliste des immigrés étrangers 81% contre 84% chez les immigrés naturalisés et 85% chez les personnes nées en France ; recours au spécialiste des immigrés étrangers 52% contre 63% des immigrés naturalisés et des personnes nées en France (16).

Ensuite, comme pour tous les pays développés, **les immigrés de France bénéficient à leur arrivée d'un meilleur état de santé que la population native** : on parle de « **healthy migrant effect** » (17) : ce phénomène concerne donc essentiellement les primo-migrants des pays développés (quel que soit le pays d'où proviennent les migrants, même si les indicateurs de morbi-mortalité sont moins bons dans leur pays d'origine) et a été expliqué par plusieurs facteurs : auto-sélection par le niveau d'éducation (plus élevé que la moyenne du pays d'origine), par la capacité à revenir dans le pays d'origine (nécessitant de partir en bonne santé), meilleurs comportements pour la santé avant

de migrer, ... (25) Malgré tout, cet effet a tendance à rapidement disparaître dans le temps à travers les effets délétères sur la santé des changements sociaux induits par le nouvel environnement (perte du réseau social, situation professionnelle en général défavorisée du pays d'accueil, barrières à l'accès aux soins, adoption de comportements délétères pour la santé plus prévalents dans le pays d'immigration) (26,27). **L'état de santé des immigrés tend donc à se détériorer avec la durée de leur résidence sur le territoire français.** Il existe cependant des disparités selon le pays d'origine avec globalement, un meilleur état de santé chez les immigrés d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne en comparaison avec les immigrés d'Europe du Sud, Europe de l'Est, Asie du Sud-Est et Afrique du Nord.

En définitive, la précarité est un véritable facteur de risque de morbi-mortalité et constitue ainsi un enjeu majeur de santé publique.

2.1.2.2- DETERMINANTS SOCIAUX DE SANTE

Pour définir d'une manière générale les déterminants dont découlent ces gradients sociaux de santé, on cite classiquement Dahlgren et Whitehead (Figure 1) (28).

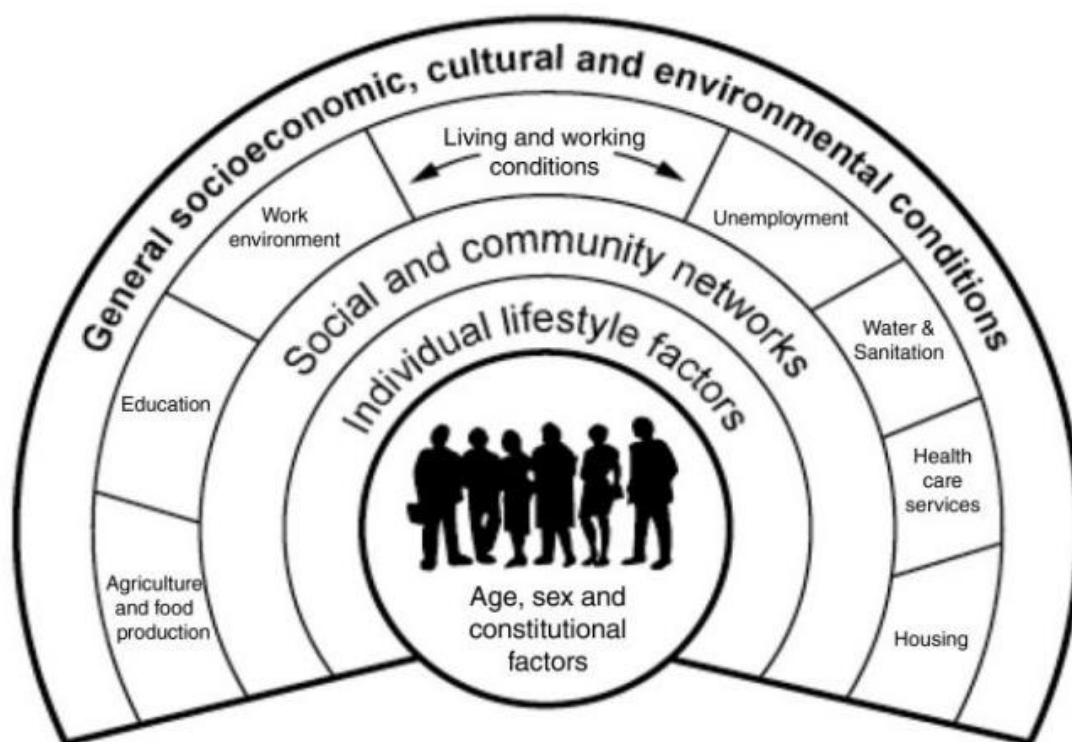


Figure 1 : The main determinants of health (les principaux déterminants de santé). Source : Dahlgren et Whitehead (1991).

Ce modèle présente les déterminants de santé via quatre niveaux ; l'intérêt principal de ce modèle est de montrer la multiplicité des déterminants sociaux de santé ainsi que leur interdépendance :

- Premier niveau : « facteurs liés au style de vie personnel » : ce niveau concerne donc les comportements personnels, qui peuvent être favorables ou défavorables à la santé (mode d'alimentation, consommation de toxiques,...). Il est influencé par le niveau suivant :
- Deuxième niveau : « réseaux sociaux et communautaires » : il concerne donc les influences sociales et collectives, qui elles-mêmes sont influencées par le niveau suivant :
- Troisième niveau : « facteurs liés aux conditions de vie et de travail » : accès à l'éducation, aux services de santé, à la nourriture et à l'eau (et qualité de celle-ci), environnement de travail ou chômage, conditions de logement, ...
- Quatrième niveau : « conditions socio-économiques, culturelles et environnementales » : ce niveau inclut les facteurs qui influent la société dans son ensemble comme la situation économique du pays.

Cependant, on peut également classer les déterminants sociaux de santé (4,13,15,23,29,30) selon les trois catégories suivantes, même s'il est admis que ces facteurs ne sont pas indépendants :

- Les facteurs **comportementaux** :

Consommation de toxiques (tabac, alcool, cannabis, etc.), régime alimentaire, conduites à risque.

- Les facteurs **socio-économiques** :

Revenus, accès à l'emploi, précarité du travail (type de contrat, travail saisonnier, temps partiel subi, statut de stagiaire, conditions de travail), accès à l'éducation, accès à une couverture sociale, intégration sociale, qualité du réseau social (familial, amical), conditions « néo-matérielles » (23) (conditions liées aux modes de vie actuels (type de loisirs, habitudes de vacances, possession de certains biens de consommation,...)).

- Les facteurs **psycho-sociaux** :

Estime de soi, capacités individuelles d'adaptation, capacités de projection dans l'avenir, perceptions de sa propre efficacité à faire face, représentations de la santé, attention portée à la santé, hiérarchisation des besoins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux, intériorisation des normes médicales, expériences antérieures ou familiales de la maladie et du recours aux soins, connaissance du système de soins, croyances en matière de santé, histoire de vie (conditions de vie dans l'enfance, nombre de difficultés et événements traumatiques rencontrés dans l'enfance (17)), culture.

Ces déterminants sont regroupés et organisés dans la Figure 2 (Modèle « Santé, Inégalités et Ruptures Sociales » des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins).

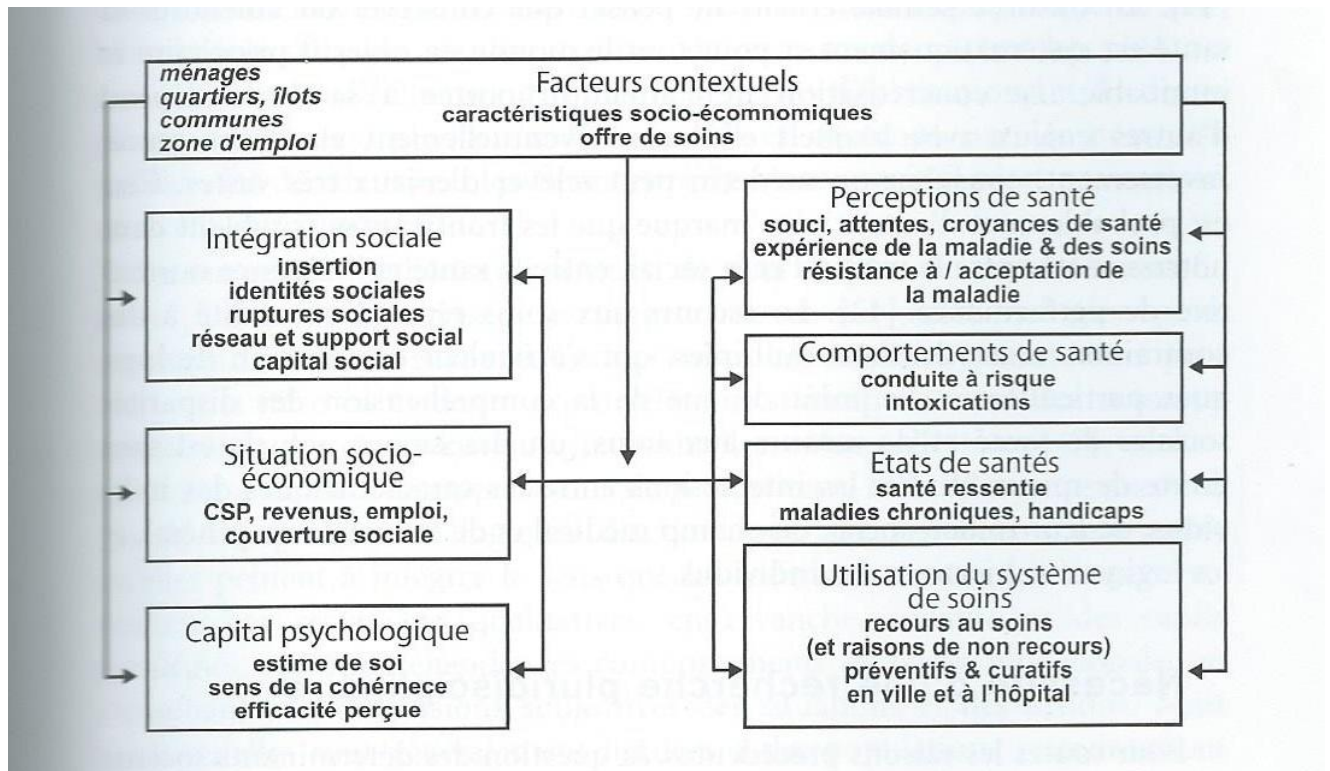


Figure 2 : Modèle « SIRS » (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) des déterminants de la santé et du recours aux soins.

On constate dès lors que certains déterminants sociaux de santé s'avèrent spécifiquement marqués chez les **migrants** (24,31,32) :

- Les facteurs **comportementaux** :

L'hygiène de vie et les habitudes culturelles du pays d'origine peuvent être clairement différentes de celles de la population française. Bien souvent, les populations migrantes abandonnent peu à peu leurs pratiques culturelles, parfois ancestrales, au profit de la culture du pays de migration, qui peut, soit être bénéfique, ou au contraire, délétère sur la santé (notamment si l'on considère les nouveaux modes d'alimentation occidentaux passant par la restauration rapide, peu équilibrée) (33).

- Les facteurs **socio-économiques** :

Ceux-ci sont en partie conditionnés par les caractéristiques économiques du pays d'origine.

D'autre part, *l'accès à l'emploi* est souvent plus difficile (discriminations sur le marché du travail) avec des *emplois souvent plus précaires* et un taux de chômage plus élevé chez les migrants en France.

Les étrangers rencontrent plus fréquemment des *difficultés d'intégration sociale* et sont plus souvent victimes d'un isolement voire d'une exclusion sociale.

Enfin, *l'accès à une couverture santé* est d'autant plus difficile chez certains migrants, du fait notamment d'une méconnaissance de leurs droits, des difficultés administratives supplémentaires

(oubli ou perte d'un document justificatif lors du voyage jusqu'en France par exemple) mais également du fait des zones de non-droits persistantes (l'exemple le plus parlant concernant les étrangers non réfugiés résidant depuis moins de 3 mois en France).

- Les facteurs **psycho-sociaux** :

Il semble évident que la *culture* puisse être différente et donc influencer l'ensemble des facteurs psycho-sociaux précités.

D'autre part, la *méconnaissance du système de soins* touche davantage de personnes au sein de cette population, avec également bien souvent, une *barrière linguistique* qui majore les difficultés de compréhension du système de soins, mais qui complique également l'accès aux soins dans son ensemble.

Pour conclure sur un dernier déterminant social de santé chez les migrants, soulignons que les professionnels de santé (et les filières de soins en général) apportent souvent une *réponse différenciée* lorsqu'ils s'adressent aux étrangers.

2.1.3- HISTORIQUE DE L'OFFRE DE SOINS ET DES AIDES SOCIALES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE EN FRANCE

2.1.3.1- HISTORIQUE DES AIDES SOCIALES

A la Révolution, il existait un **Service National d'Assistance**, considéré aujourd'hui comme l'ancêtre de notre sécurité sociale (34).

Puis l'AMG (**Assistance Médicale Gratuite**) a été créée par la loi du 5 juillet 1893, permettant aux malades les plus pauvres de bénéficier d'un accès gratuit aux soins de santé.

En 1945, on a assisté à une généralisation de la **sécurité sociale**.

Par la suite, la loi de décentralisation du 22 juillet 1983 a créé l'AMD (**Aide Médicale Départementale**) qui remplaçait l'AMG, en donnant la charge de cette prestation d'aide sociale aux départements et non à l'Etat, comme c'était le cas auparavant.

L'**assurance personnelle** a ensuite été mise en place avec la loi du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la Sécurité Sociale (35). Elle permettait l'accès à l'assurance maladie du régime général de l'ensemble des personnes dépourvues d'activité professionnelle et ne disposant d'aucun revenu ainsi que de l'ensemble des personnes ayant une activité professionnelle insuffisante pour l'ouverture des droits. Cette assurance personnelle était soumise à cotisation modulée en fonction de l'âge des assurés ; cependant, en cas de ressources insuffisantes, la cotisation était prise en charge par l'aide médicale.

Puis, par la loi du 29 juillet 1992, on assiste à une **amélioration** du dispositif de l'**aide médicale départementale** : tout d'abord, toute personne admise à l'AMD est désormais de droit affiliée à l'assurance personnelle à partir du moment où elle n'a pas de droits ouverts par ailleurs ; d'autre part, l'AMD est accordée automatiquement aux bénéficiaires du RMI (Revenu Minimum

d'Insertion) ; enfin, les cotisations d'assurance personnelle sont prises en charge par l'aide médicale pour les jeunes de 17 à 25 ans dont les ressources sont inférieures au barème prévu pour l'obtention du RMI. Rappelons que le RMI a été instauré avec la loi du 1^{er} décembre 1988 (36), « garantissant à toute personne un minimum de ressources ». Il s'agissait d'une allocation différentielle destinée à ceux dont le revenu n'atteignait pas un certain niveau. Il a été remplacé par le RSA (Revenu de Solidarité Active) par la loi du 1^{er} décembre 2008 (37). Le RSA « a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, d'inciter à l'exercice d'une activité professionnelle et de lutter contre la pauvreté de certains travailleurs, qu'ils soient salariés ou non ».

La loi du 24 août 1993 (relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, dite « loi Pasqua ») (38) a marqué un recul dans le droit à l'accès aux soins pour tous, en introduisant une **condition de régularité de séjour pour bénéficiaire de l'assurance maladie** : tous les sans-papiers qui avaient auparavant droit à l'AMD voient désormais leur droit à la protection sociale supprimé.

Avec la loi du 25 juillet 1994 (39) et son décret d'application du 7 mars 1995 (40), les personnes pour lesquelles il était impossible de déterminer immédiatement de quel régime d'assurance maladie elles relevaient, accèdent à une **affiliation provisoire au régime de l'assurance personnelle**. Elles ont également un délai de 3 mois pour déterminer leurs droits et restent sous le régime de l'assurance personnelle en cas d'absence de droits.

La **CMU** (Couverture Maladie Universelle) ainsi que la **CMUC** (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ont été créées par la loi du 27 juillet 1999 (41) et mises en application à partir de l'an 2000. La CMU de base donne droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que les autres assurés sociaux ; la CMUC, quant à elle, donne droit au tiers payant, et à la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier, de la participation forfaitaire d'un euro, des franchises médicales, et des frais dépassant les montants remboursables par l'assurance malade dans certaines limites fixées par arrêtés pour les prothèses dentaires, les lunettes, etc. Leur attribution est soumise à certaines conditions. Concernant la CMU de base, il ne faut avoir droit à aucune autre couverture maladie de base et résider en France de manière régulière depuis plus de trois mois : elle est soumise à cotisation, sauf pour les bénéficiaires de la CMUC ou du RSA. Concernant la CMUC, il faut remplir les mêmes conditions de résidence régulière depuis plus de trois mois sur le territoire français, mais son attribution est également soumise à condition que les ressources de la personne ne dépassent pas un certain plafond : elle est en revanche gratuite. Cependant pour la CMU de base, comme la CMUC, la condition de résidence depuis plus de trois mois sur le territoire français n'est pas nécessaire pour les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes ayant demandé ce statut. Au 31 mars 2013, on dénombrait 4 569 431 bénéficiaires de la CMUC en France (soit 6,8% de la population) (42).

L'**AME** (Aide Médicale d'Etat) existe également depuis l'an 2000 (loi du 27 juillet 1999) et son attribution est également soumise à certaines conditions (43) : elle s'adresse à tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité de séjour et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond, identique à celui de la CMUC. Si toutes ces conditions ne sont pas respectées, l'AME peut être appliquée au titre des soins urgents ou, de manière exceptionnelle, au titre humanitaire (sous la décision du ministre chargé de l'Action sociale). Elle est gratuite et donne droit à la prise en charge à 100% des soins médicaux et

d'hospitalisation en cas de maladie ou de maternité, sans avance des frais, l'exonération du ticket modérateur, prise en charge des frais de médicaments.

Enfin, mise en place en 2005 (4), l'**ACS** (Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé), est un dispositif permettant une déduction sur la cotisation auprès de certains organismes complémentaires ainsi qu'une dispense d'avance des frais sur la partie obligatoire lors des consultations médicales réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Elle est également soumise aux conditions de résidence régulière et depuis plus de trois mois en France, mais le plafond d'attribution des ressources est situé entre celui de la CMUC et 35% au-delà. Au 31 décembre 2012, on dénombrait 1 005 161 bénéficiaires de l'ACS en France (42).

Jusqu'en 2009, les bénéficiaires du RMI avaient droit à l'affiliation automatique à la CMU de base et à la CMUC ; cette affiliation automatique a été remise en cause par la mise en place du RSA.

2.1.3.2- HISTORIQUE DE L'OFFRE DE SOINS

L'évolution de l'offre de soins pour les personnes en situation de précarité a été très fortement liée à l'évolution des aides sociales qui leur étaient accordées.

De tout temps, c'est l'**hôpital**, ainsi que des **institutions de charité**, qui ont été chargées de prendre en charge les plus démunis. C'est encore le cas aujourd'hui via les services d'urgences et les organisations à but humanitaire (associations, ONG comme Médecins du Monde et le Samu Social), même si l'offre de soins s'est diversifiée en dehors de ces structures. La *loi du 31 juillet 1991* (44) rappelle que l'accueil de toute personne est une obligation du service public hospitalier.

En 1993, à l'initiative du fondateur du Samu Social, ont été créés à titre expérimental les **lits d'hébergement de soins infirmiers**, considérés comme les ancêtres des LHSS (Lits Halte Soins Santé). Leur mission était l'accueil « des personnes sans domicile dont l'état de santé ne justifiait pas ou plus d'hospitalisation, mais nécessitait une prise en charge sanitaire et sociale adaptée » (45).

Puis vient la *loi du 29 juillet 1998* de lutte contre les exclusions (46) entrant dans le cadre d'une démarche politique globale incluant les secteurs de l'emploi, des droits, du logement, et dont l'article 67 stipule que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ». Cette loi prévoit la mise en place de dispositifs tels que les PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) dont l'une des missions est de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social. Ceci a été concrétisé notamment par la mise en place de **PASS** (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) par les établissements de santé, publics ou privés participant au service public hospitalier. L'objectif de ces PASS est de faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social (47,48), en offrant notamment des consultations externes ainsi que des actes diagnostiques et thérapeutiques gratuits.

Les CHRS (**Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale**) ont également été mis en place par la *loi du 29 juillet 1998*. Il s'agit de structures d'hébergement publiques ou privées (également en urgence) pouvant accueillir les personnes qui connaissent de graves difficultés (économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion), afin de les aider à retrouver une autonomie

personnelle et sociale ; les personnes accueillies participent financièrement aux frais liés à leur séjour, à proportion de leurs ressources.

Les **Ateliers Santé Ville** (ASV) ont été lancés par le Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 puis généralisés à partir de 2006 dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS). Ils entrent également dans le cadre des PRAPS et constituent des instances locales de concertation et d'élaboration des programmes locaux de santé publique qui fonctionnent avec de nombreux partenaires sanitaires et sociaux, dans le but de réduire les inégalités sociales de santé.

Puis en 2002, les **Centres de Santé** (CDS) ont été mis en place en tant que structures sanitaires de proximité pratiquant le tiers payant et dispensant des soins de premier recours et assurant des activités de soins sans hébergement, menant des actions de santé publique, des actions de prévention, et des actions sociales (49).

Les **LHSS** ont ensuite été créés lors du comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 (voir paragraphe suivant).

Dans ce même contexte, la loi de santé publique du 9 août 2004 (50), bien qu'elle n'ait pas débouché sur la création de nouvelles structures de soins à destination des personnes en situation de précarité, a formulé l'objectif suivant : « La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ». Cette loi propose notamment d'organiser la mise en œuvre de la politique de santé publique sans la cadre de plans régionaux de santé publique (PRSP), élaborés en interaction avec les conférences régionales de santé et mis en œuvre par les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

Enfin, à partir de 2009 ont été créés par arrêté (51) des **lits d'accueil médicalisés** (LAM), au nombre de 45 et situés sur Paris, Lille et Saint Julien les Villas (dans l'Aube). L'ouverture de ces lits était initialement prévue à titre expérimental pour 3 ans, en relais des LHSS (suite à l'évaluation de ceux-ci) afin de permettre aux personnes majeures sans domicile atteintes de pathologies chroniques de recevoir des soins médicaux, paramédicaux et un accompagnement social adapté, dans le cas où elles ne pourraient être prises en charge dans des structures de droit commun. En effet, leur séjour en LHSS semble inadapté du fait de la nécessité de soins avec hébergement s'inscrivant à plus ou moins long terme. Cependant, aucun texte officiel n'est venu compléter ce dispositif de LAM après 3 ans d'expérimentation, ce qui semble entériner leur abandon.

Mais l'offre de soins pour les personnes en situation de précarité ne s'arrête évidemment pas à cette liste, puisqu'il existe par exemple des **consultations médico-sociales gratuites** (CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale), PMI (Protection Maternelle et Infantile), CDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit), CSST (Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes), centre de cure ambulatoire en alcoologie, CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse), CMP (Centre Médico-Psychologique), CIDDIST (Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles), CDO (Consultations Dépistage et Orientations), ...). Cependant, ces dispositifs de soins gratuits n'assurent qu'une prise en charge très ponctuelle et ne permettent donc pas la continuité des soins. La **médecine libérale** s'inscrit donc dans cette optique de continuité des soins pour les personnes en situation de précarité, via les dispositifs d'aide avec dispense d'avance des frais, à condition d'y avoir accès (sécurité sociale de base + CMUC ; ou CMU + CMUC ; ou AME).

On remarque cependant que l'évolution de cette offre de soins aux plus démunis passe, après un constat des carences du système de soins classique, par des initiatives des professionnels de santé eux-mêmes (31), souvent via des associations ou des ONG, avant de mener à des actions de santé publique, encadrées par le législateur.

2.1.3.3- DROITS SPECIFIQUES AUX ETRANGERS

2.1.3.3.1- REFUGIES

Les personnes reconnus réfugiées statutaires ont davantage de droits sociaux que les autres étrangers en France puisqu'elles ont notamment droit à l'ensemble de la protection sociale de droit commun applicable aux ressortissants étrangers bénéficiaires d'une carte de résident de 10 ans :

- **CMU (52) et CMUC (53).**
- **Prestations familiales**, avec rétroactivité sur la période où elles étaient « simplement » demandeurs d'asile.
- **Hébergement en CPH** (Centres Provisoires d'Hébergement). Il s'agit de CHRS réservés à l'hébergement et à l'accompagnement des réfugiés, qui sont gérés par des associations ou des organismes gestionnaires privés (54).
- **RSA.**

2.1.3.3.2- DEMANDEURS D'ASILE

La situation sociale des demandeurs d'asile est plus précaire que celle des réfugiés. Leur statut donne droit :

- A la **CMU (52)** et la **CMUC** (sauf s'ils sont dépourvus de titre de séjour comme c'est le cas dans certaines procédures dites « prioritaires ») (53).
- **Pas de droit aux prestations familiales** (sauf s'ils sont reconnus réfugiés au terme de leur procédure de demande d'asile, auquel cas une rétroactivité s'applique).
- **Pas de droit aux allocations logement**, car en théorie, leur **hébergement doit être assuré par les CADA** (Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) (foyers hôteliers gérés par des associations ou des organismes gestionnaires privés, chargés de l'accueil, de l'hébergement et de l'accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile durant l'examen de leur demande) (55,56). Mais en pratique, du fait d'un manque de place, les CADA ne peuvent assurer l'hébergement de tous les demandeurs d'asile qui doivent faire appel à des **structures d'accueil d'urgence type SAMU social**.
- En pratique, **pas d'accès au marché du travail français** (hormis certains cas spécifiques dans le cadre de demandes d'autorisations provisoires de travail auprès de la DDTE (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi), dans un secteur en manque de main d'œuvre). Cependant, les demandeurs d'asile peuvent percevoir l'ATA (**Allocation Temporaire d'Attente**), d'un montant de 10,54 euros par jour, sous conditions, notamment celle de ne pas être hébergé en CADA ou de ne pas avoir refusé de l'être (57-59).

2.1.3.3- BENEFICIAIRES DE LA PROTECTION SUBSIDIAIRE

La protection subsidiaire est une protection reconnue par l'OFPRA aux demandeurs d'asile qui ne sont pas reconnus réfugiés mais risquent une menace grave en cas de retour au pays (torture, peine de mort, conflit armé) : cette protection permet à celui qui en bénéficie, la délivrance d'une carte de séjour temporaire (CST) d'un an renouvelable si les conditions d'octroi restent remplies (60–62).

Les bénéficiaires de cette protection ont droit :

- A la protection sociale de droit commun applicable aux ressortissants étrangers titulaires d'une CST (dont la **CMU** (52) et la **CMUC** (53,63)).
- A un **hébergement en CPH**, comme les réfugiés (54).
- A l'**ATA** pendant 12 mois (sous les mêmes conditions que les demandeurs d'asile) (57) puis au **RSA au bout de 5 ans de séjour régulier avec droit au travail**.

2.1.3.3.4- SANS PAPIERS, DEBOUTES ET AUTRES

En dessous de 3 mois de résidence en France, les sans-papiers sont exclus de l'assurance maladie ; au-delà, ils ont droit à l'**AME** (sous conditions de ressources) (43). Dans certaines situations, certains d'entre eux ont droit à la **CMU** et la **CMUC** (sous conditions de ressources pour la CMUC) : ayant-droit mineurs, détenus, conventions internationales, ... (33)

L'**AME** peut également être **exceptionnellement attribuée sur décision du ministre** chargé de l'action sociale (« aide médicale humanitaire ») à une personne présente sur le territoire français sans y résider (43).

Tous les étrangers ont droit : à l'**ASE** (Aide Sociale à l'Enfance), à l'**hébergement en CHRS** (54,64), à l'**ouverture d'un compte bancaire** et dans certains cas à l'**aide juridictionnelle**.

Le **fonds pour les soins urgents et vitaux** est réservé aux étrangers ne bénéficiant pas de l'AME et n'est pas soumis à condition de séjour ; il concerne donc les étrangers en France depuis moins de 3 mois. Les soins pris en charge doivent être délivrés en établissements de santé publics ou privés. Ils se limitent aux « soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître [...] [ainsi que] les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité » (65) : ceci regroupe également tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs ne bénéficiant pas de l'AME, les examens de prévention et les soins de la femme enceinte et du nouveau-né, les IVG (Interruptions Volontaires de Grossesse) et IMG (Interruptions Médicales de Grossesse) (66).

Pour les étrangers sans papiers atteints d'affection grave (nécessité d'une prise en charge médicale (inclut la surveillance médicale) en cas de pathologie mettant en jeu le pronostic vital ; ou risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale ; ou risque d'exclusion des soins nécessaires en cas de retour au pays d'origine), il existe un **droit au séjour pour raison médicale**, qui permet l'obtention d'un titre de séjour avec droit au travail (67). Ce droit au séjour pour raison médicale est soumis à deux conditions administratives : absence de menace à l'ordre public et condition de résidence habituelle en France avec ancienneté de séjour d'un an. Il donne

droit soit à une CST de maximum un an et devant correspondre à la durée prévue des soins, soit, si les étrangers ne remplissent pas la condition de résidence habituelle, à une APS (Autorisation Provisoire de Séjour) pour soins de maximum 6 mois.

Enfin, il existe un dernier dispositif spécifique aux étrangers, appelé « **Visa pour raison médicale ou sanitaire** ». Ce visa s'applique uniquement pour des soins ponctuels et oblige à un règlement par avance (ou à une prise en charge financière par un tiers) et concerne donc moins les personnes en situation de précarité. Il s'applique sous certaines conditions : attestation par les autorités médicales locales que les soins ne peuvent pas être délivrés dans le pays, obligations d'un accord préalable par un établissement de soins français, obligation d'un devis prévisionnel des frais d'hospitalisation, obligation d'attester du paiement des soins.

2.2- LITS HALTE SOINS SANTE

2.2.1- DEFINITION THEORIQUE ET LEGISLATION

Nous avons donc évoqué que les lits d'hébergement de soins infirmiers, mis en place à titre expérimental en 1993, étaient les ancêtres des LHSS.

Les LHSS sont des structures médico-sociales au sens de l'article L.312-1-9° du code de l'action sociale, créées à la suite du comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 (68) avec pour objectif d'ouvrir 100 lits par an pendant 5 ans.

Ils s'adressent aux personnes majeures sans domicile dont l'état de santé (somatique et/ou psychique) est incompatible avec la rue, sans pour autant nécessiter d'hospitalisation. Leur mission est d'offrir une prise en charge médico-psycho-sociale à ces personnes (69). **Les patients accueillis sont donc considérés comme étant en situation de grande précarité du fait de leur absence de logement.**

En plus de l'obligation de répondre aux exigences de fonctionnement des structures de soins classiques, l'organisation des LHSS, ainsi que leur financement et leur fonctionnement sont régis par des lois et décrets spécifiques (70–78) :

- Ce sont des structures autonomes de 30 lits maximum, devant faire l'objet d'un passage en comité régional d'organisation sociale et médico-sociale ; leur **financement** n'est en aucun cas assuré par les patients accueillis, mais par une dotation annuelle de l'Assurance Maladie (soit 100 euros par lit et par jour, que les lits soient occupés ou non).
- Ils sont censés assurer des **prestations de soins médicaux et paramédicaux** (notamment de dépistage, et doivent si nécessaire, s'appuyer sur un réseau de professionnels de santé externes à la structure, en plus du personnel intervenant sur place), **de suivi thérapeutique, d'hébergement temporaire** (accueil, vestiaire, buanderie, nettoyage des chambres, restauration 3 fois par jour, tous les jours, aide à l'alimentation si nécessaire), **des prestations d'animation, d'éducation sanitaire et d'accompagnement social** (ce qui inclut

l'aide à l'accès aux droits des personnes, ainsi que la recherche d'un parcours de sortie (notamment sur le plan du logement) au cours du séjour).

- Ils doivent être **ouverts 24h/24**, et doivent disposer d'une **équipe pluridisciplinaire** (personnels administratifs et techniques sanitaires et sociaux **dont obligatoirement un médecin et un infirmier** diplômé d'état). Les intervenants peuvent être salariés de la structure, ou bien professionnels libéraux rémunérés par la structure, ou encore des intervenants extérieurs mis à disposition.
- D'autre part, les **partenariats** avec d'autres structures médico-sociales et avec les intervenants extérieurs doivent être formalisés par convention, contrat ou protocole.
- **L'admission** des patients est prononcée, sur demande de la personne, par le directeur de la structure, après avis d'un médecin. D'autre part, la durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder deux mois, même si elle reste conditionnée à l'état de santé de la personne accueillie.
- **La sortie** de la structure est également soumise à avis médical, après concertation de l'équipe sanitaire et sociale (mais chaque patient est tout de même libre de quitter les LHSS sans formalité et inversement, le non-respect du règlement de fonctionnement du dispositif par la personne accueillie peut entraîner son exclusion). Le parcours de sortie doit conduire à une prise en charge adaptée à la personne (suivi médical, logement, ...).
- **Les médicaments** doivent être fournis aux personnes accueillies et achetés soit en officine, soit auprès d'un grossiste ou d'un laboratoire. Le médecin décide si le patient gère son traitement seul ou bien si le personnel soignant doit le lui administrer. Enfin, il n'y a pas de pharmacie à usage intérieur dans les structures LHSS mais les médicaments, produits et objets destinés aux soins urgents peuvent y être détenus et dispensés (sous la responsabilité d'un médecin attaché ou d'un pharmacien ayant passé convention avec la structure).

A travers cette définition théorique apparaissent **plusieurs rôles fondamentaux** des LHSS :

- **Permettre un premier contact** avec ces populations en situation de grande précarité qui n'auraient peut-être jamais consulté dans une structure médico-sociale autre.
- **Assurer un dépistage des principaux facteurs de risque et pathologies** dont la prévalence est connue pour être importante dans ces populations puis débiter la prise en charge médicale qui en découle.
- **Permettre un bilan de la situation sociale** et ainsi mettre en place une aide sociale adaptée.
- **Orienter vers les partenaires médicaux d'une part**, afin de s'assurer d'un suivi des problèmes de santé, **et vers les partenaires sociaux d'autre part** pour mettre en place un parcours de réinsertion sociale.

2.2.2- LA STRUCTURE « LITS HALTE SOINS SANTE » DE LA ROCHE SUR YON

Les LHSS de La Roche sur Yon sont une structure faisant partie de l'Association « Des Passerelles pour l'insertion » (dite association « Passerelles »).

2.2.2.1- L'ASSOCIATION « DES PASSERELLES POUR L'INSERTION »

Cette association loi 1901 a pour objet « l'accueil, l'hébergement et la réinsertion sociale et professionnelle de personnes et de familles qui éprouvent de grandes difficultés sociales, économiques, familiales, de logement, de santé,... ».

Elle a été créée le 17 décembre 2002 de la fusion de 4 associations yonnaises :

- « La Halte » (accueil d'urgence + centre d'accueil et d'orientation (CAO) + maison d'accueil de jour),
- « l'Etoile » (centre d'accueil et d'hébergement de personnes en difficulté),
- « Trajectoires » (entreprise d'insertion),
- et « Ménage Service » (service à la personne, ménage, repassage) qui quittera l'association « Passerelles » en 2005 pour devenir l'association ASPIRE.

Elle est divisée en 3 pôles :

- Le pôle urgence, comprenant les LHSS mais également :
 - 115 Vendée.
 - Service d'Accueil et d'Orientation (SAO) : accueil, évaluation et orientation des personnes sans domicile fixe.
 - Maison d'Accueil de Jour (MAJ) : accueil en libre accès (petit déjeuner, douche, collation,...).
 - SAMU SOCIAL (camion itinérant du 1^{er} novembre au 31 mars).
 - Point Santé : consultation médicale gratuite, évaluation sanitaire et soins infirmiers par une IDE (infirmière diplômée d'état), évaluation et accompagnement par un psychologue.
 - CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) Urgences : 5 places d'hébergement 24h/24 pendant 1 semaine maximum.
 - CHRS Stabilisation : 9 chambres, participation financière à l'hébergement (correspondant à 25% des ressources de la personne accueillie).
 - Intermédiation locative : facilite l'accès à un logement autonome par un accompagnement dans le logement.

- Le pôle hébergement comprenant :
 - Résidence Maternelle : accueil, hébergement et accompagnement des femmes enceintes de plus de 4 mois et des mères isolées avec enfants de moins de 3 ans.
 - Trampoline : accueil des enfants de 2 mois à 3 ans dont les mères sont accueillies à la Résidence Maternelle ou au CHRS Insertion.
 - CHRS Insertion (Résidence Salengro / CHRS Logement)
 - Prestations logement : Allocation Logement Temporaire (ALT) / Accompagnement vers et dans le logement (AVDL)
- Le pôle demandeurs d'Asile
 - Service d'Accueil et d'Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (UDA) : premier accueil, domiciliation et accompagnement à la procédure pour les demandeurs d'asile primo-arrivants dans le département.
 - Centre d'Accueil Demandeurs d'Asile (CADA) : héberge et accompagne les demandeurs d'asile avec une procédure en cours d'instruction.
 - Insertion Professionnelle des Statutaires : accompagne les réfugiés et les bénéficiaires de la protection subsidiaire dans leur processus d'insertion professionnelle.

2.2.2.2- ORGANISATION DES LHSS DE LA ROCHE SUR YON

Il s'agit d'une structure de 8 lits, ouverte depuis le 16/06/2011.

2.2.2.2.1- PERSONNEL

Le **personnel médico-social propre de la structure** est composé de :

- Un médecin : 12h de présence soit 0,3 unités temps plein.
- Deux infirmières diplômées d'état (IDE) à mi-temps (hors week-ends où ce sont des IDE libérales qui interviennent si besoin).
- Un travailleur social à mi-temps : soit moniteur-éducateur, soit éducateur spécialisé.

Le **personnel mutualisé** avec d'autres services de l'association Passerelles est composé de :

- Un veilleur de nuit
- Un animateur
- Une maîtresse de maison, réalisant le ménage, la cuisine, l'accompagnement du repas du midi.

- Une psychologue intervenant une à deux demi-journée(s) par semaine.

2.2.2.2- FONCTIONNEMENT MEDICAL

Le médecin est présent le lundi et le jeudi : il réalise donc deux visites par semaine, et examine les patients accueillis en hébergement depuis la dernière visite.

Il participe également à la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire de 2h, au cours de laquelle le devenir psycho-médico-social de chaque personne accueillie est discuté (avec discussion plus particulière autour des personnes entrantes et des sortantes).

2.2.2.2.3- CONVENTIONS/RELATIONS PARTENARIALES

Afin de faciliter la prise en charge des personnes hébergées, les LHSS de La Roche sur Yon ont passé une convention et de multiples relations partenariales avec d'autres structures médico-sociales.

- La *convention* concerne PHI (Pharmacie Humanitaire Internationale) Atlantique : concrètement, deux pharmaciens réceptionnent, contrôlent et installent les médicaments dans la pharmacie de l'association Passerelles, LHSS compris.
- Il existe également de nombreuses relations partenariales notamment avec :
 - ❖ Les différents centres médico-psychologiques (CMP) de Vendée et plus particulièrement de La Roche sur Yon (Camille Claudel, Paul Verlaine, Toulouse Lautrec, Le Val Fleuri,...)
 - ❖ Le CES (centre d'examen de santé) de La Roche sur Yon : la plupart des patients admis dans les murs des LHSS de La Roche sur Yon ont, durant leur séjour, une consultation en CES, dont le rendez-vous est pris par l'équipe des LHSS, et permettant de systématiser le dépistage de nombreuses pathologies (troubles auditifs, troubles visuels, troubles dentaires, anomalies de l'électrocardiogramme, dyslipidémie, hyperglycémies, sérologies des infections sexuellement transmissibles, frottis cervico-utérin et mammographie pour les femmes, ...).
 - ❖ La PASS (permanence d'accès aux soins de santé) des hôpitaux (CHU de Nantes, centre hospitalier départemental de La Roche sur Yon, centre hospitalier Loire Vendée Océan de Challans, centre hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne, centre hospitalier de Fontenay-le-Comte).
 - ❖ Les différents services de spécialités médicales et chirurgicales du centre hospitalier départemental de La Roche sur Yon (consultations et hospitalisation).
 - ❖ Certaines pharmacies de La Roche sur Yon.
 - ❖ La Métairie (centre spécialisé de soins aux toxicomanes) de la Roche sur Yon.
 - ❖ Les Métives (centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie) de la Roche sur Yon.

2.2.2.3- PROJETS

Selon l'évaluation de l'ensemble des LHSS, mise en place en 2009, on estime à 29,53% le nombre de personnes reçues en LHSS exclusivement pour des pathologies de longue durée (69).

L'association Passerelles a pour projet d'ouvrir six places d'appartements relais santé, dont l'objet serait l'accueil de ce type de personnes (insuffisants rénaux chroniques sous dialyse, patients atteints de cancers sous chimiothérapie, ...), afin de désengorger les LHSS, au même titre que les LAM. En effet, actuellement ces patients occupent les LHSS de manière prolongée et inadaptée, ce qui les éloigne de leur mission première.

2.3- PROBLEMATIQUE

2.3.1- POSITION DU PROBLEME

2.3.1.1- NECESSITE DE PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE PRECARITE

Plusieurs textes fondateurs reconnaissent le **droit à la santé pour tous**, et notamment :

- « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille » (article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948) (79)
- « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » (Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1946) (80)
- « Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les mesures que les Etats [...] prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer [...] la création de conditions propres à assurer ç tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. » (Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, article 12) (81)

Au-delà de cette dimension éthique, il est important de souligner l'**argument économique** qui justifie une prise en charge précoce (au mieux au stade de la prévention) des personnes en situation de grande précarité, avant que leurs problèmes de santé ne s'aggravent et deviennent plus coûteux pour la société (82).

La réduction des inégalités sociales de santé semble donc, dans ce contexte, une priorité.

2.3.1.2- STRATEGIES GENERALES DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Trois approches principales de lutte contre les inégalités sociales de santé ont été distinguées par Hilary Graham en 2004 :

- « Se centrer seulement sur les gens pauvres » : l'objectif étant, à travers la lutte contre la pauvreté, de promouvoir la santé des exclus et des plus vulnérables.

- « Réduire les écarts de santé » : l'objectif de cette approche étant de réduire l'écart entre les plus déshérités et les plus privilégiés, mais elle exclut les groupes moyens.
- « Réduire les inégalités sociales de santé dans toute la population ».

Selon l'OMS, ces trois approches se complètent. La première de ces approches est donc essentielle (15).

2.3.1.3- INTERET DE CONNAITRE LES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE PRECARITE

Enfin, afin de permettre des actions politiques, il est indispensable qu'une situation soit perçue comme un problème public (15), et ceci passe par 9 éléments : il faut, pour qu'une situation donnée devienne un problème public :

- Qu'elle soit reconnue comme importante
- Que l'on en reconnaisse les causes
- Que l'on en précise les conséquences
- **Que l'on connaisse les populations concernées**
- Qu'elle soit nouvelle
- Que l'on en soit proche
- Qu'il y ait des événements, des crises ou des symboles à son propos
- Qu'il y ait des rétroactions à son sujet
- Qu'elle soit en phase avec les valeurs de la société.

Selon le quatrième de ces principes, mieux connaître les populations en situation de grande précarité (avec notamment des mesures claires de leur état de santé (83)) semble donc une étape indispensable avant de permettre des actions de santé publique visant l'amélioration de leur qualité de vie.

2.3.2- BUT DE L'ETUDE

Le but de ce travail est donc de décrire la situation médico-psycho-sociale des patients ayant été accueillis de novembre 2011 à mars 2013 aux LHSS de La Roche sur Yon, en insistant sur la prévalence des différentes pathologies, addictions, et des différents facteurs de risque pour la santé dans cette population, et plus généralement de la population en situation de grande précarité en France, afin de dégager les priorités de soins au sein de cette population, mais également des axes de réflexion sur l'amélioration de l'offre de soins proposée en LHSS.

3- MATERIEL ET METHODES

3.1- SCHEMA D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale rétrospective des caractéristiques médico-psycho-sociales de l'ensemble de la population admise aux LHSS de La Roche sur Yon. Cette étude a été réalisée de novembre 2011 à mars 2013.

3.2- RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données a été effectué sur les dossiers médicaux qui étaient renseignés par l'équipe pluridisciplinaire des LHSS (essentiellement médecin, infirmiers diplômés d'état, travailleurs sociaux, psychologue).

Chaque variable retenue était renseignée sur fichier Excel pour chaque patient puis traduite sous forme de pourcentage.

3.3- ANALYSE DE LA BASE DE DONNEES

3.3.1- VARIABLES RETENUES

J'ai choisi de retenir pour analyse les variables suivantes :

- Caractéristiques générales :
 - Sexe
 - Age
- Caractéristiques sociales :
 - Situation familiale
 - Nationalité
- Caractéristiques sociales spécifiques aux étrangers :
 - Maîtrise de la langue française
 - Statut vis-à-vis de l'immigration en France.

- Durée moyenne de séjour en LHSS.
- Caractéristiques de santé :
 - Motif principal d'admission en LHSS
 - Comorbidités (nombre par patients et nature des pathologies rencontrées)
 - Indice de masse corporelle à l'admission
 - Addictions (tabac, alcool, cannabis, opiacés, autres)
 - Statut vaccinal vis-à-vis de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite
 - Sérologies des principales infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatite B, hépatite C, syphilis).

Les différentes variables ci-dessus ont également été présentées selon les sous-groupes de patients hommes/femmes et les sous-groupes français/étrangers.

3.3.2- STATISTIQUES

Les statistiques ont été présentées sous formes de pourcentages. Aucune réelle analyse statistique n'a été réalisée devant le petit nombre de patients recrutés qui était de 36.

4- RESULTATS

4.1- PATIENTS : CARACTERISTIQUES GENERALES ET SOCIALES

4.1.1- NOMBRE DE PATIENTS

Le nombre total des patients étudiés est de 36.

4.1.2- SEXE

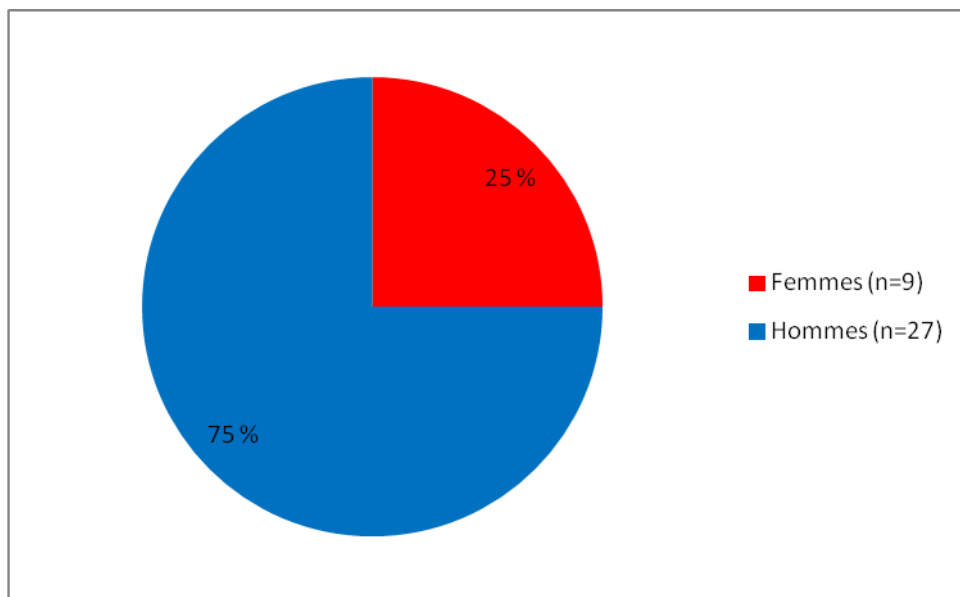


Figure 3 : Répartition hommes/femmes des 36 patients des LHSS étudiés.

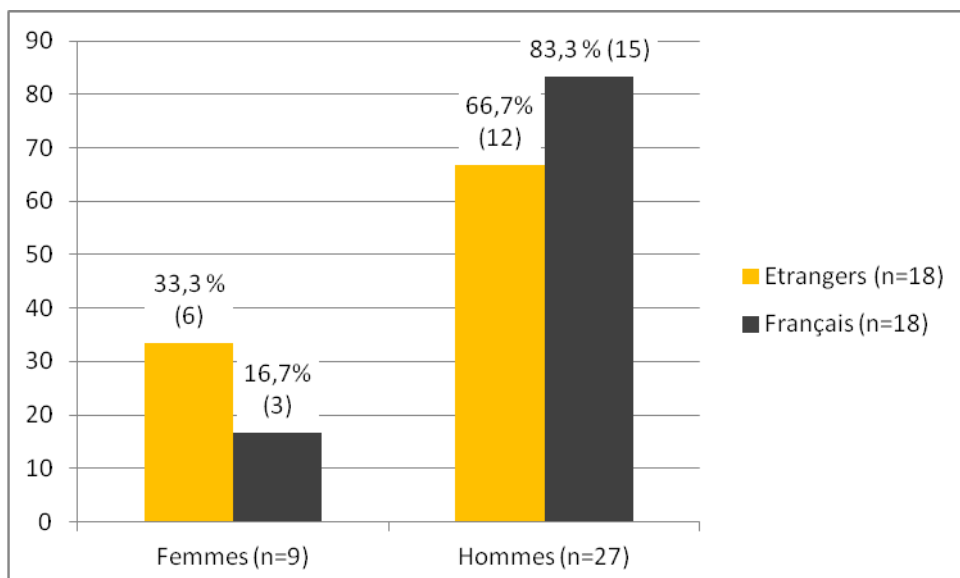


Figure 4 : Répartition hommes/femmes des 36 patients des LHSS étudiés en distinguant français et étrangers.

4.1.3- AGE

	Femmes (n=9)	Hommes (n=27)	Etrangers (n=18)	Français (n=18)	Population totale (n=36)
Age moyen	40	35	35	42	38
Age minimum	23	14	14	18	14
Age maximum	57	71	57	71	71

Tableau 2 : Ages moyens, minimum et maximum des 36 patients des LHSS étudiés : distinction hommes/femmes, étrangers/français et population totale

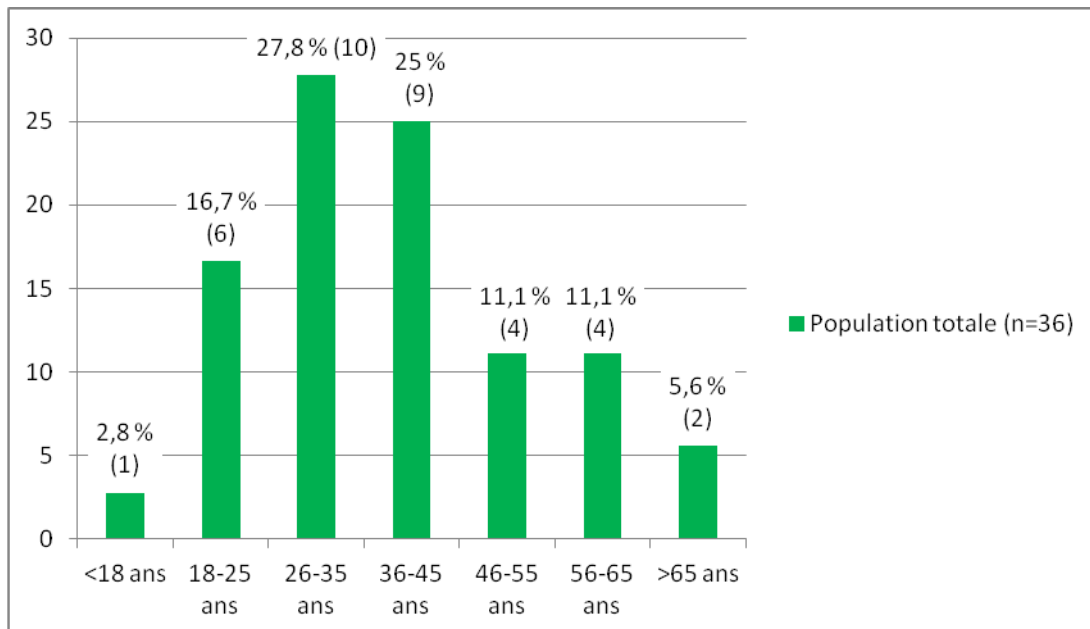


Figure 5 : Répartition des patients des LHSS étudiés (par tranches d'âges de 10 ans) : population totale.

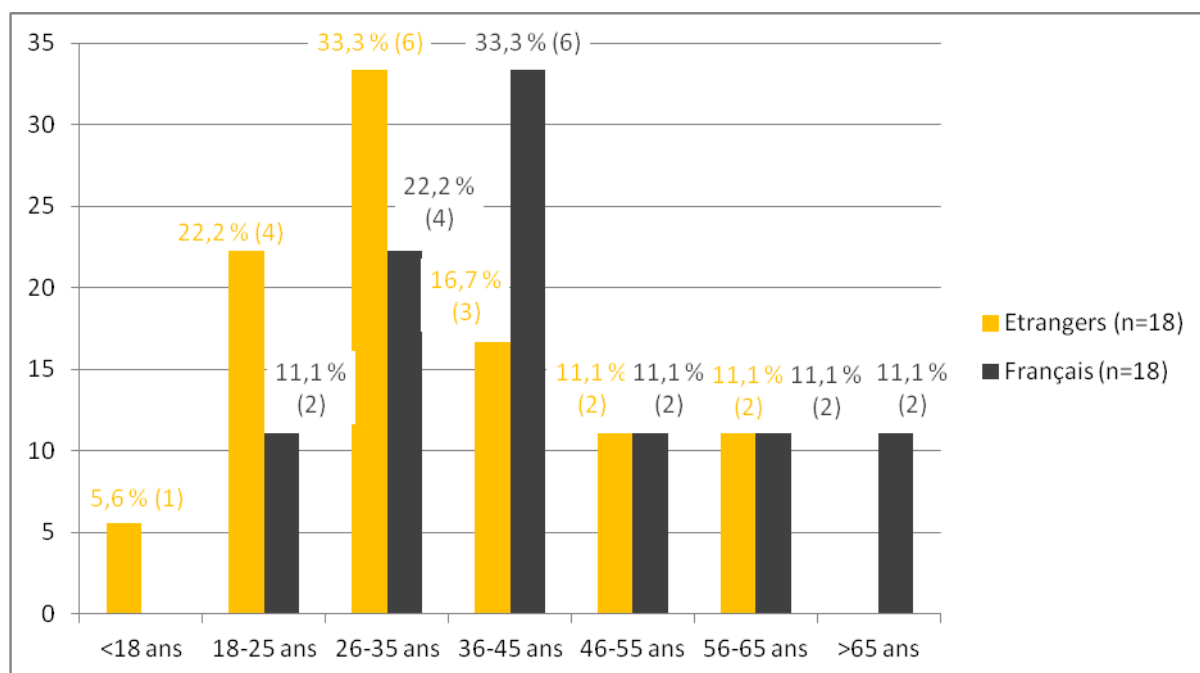


Figure 6 : Répartition des patients des LHSS étudiés (par tranches d'âges de 10 ans) : distinction étrangers/français.

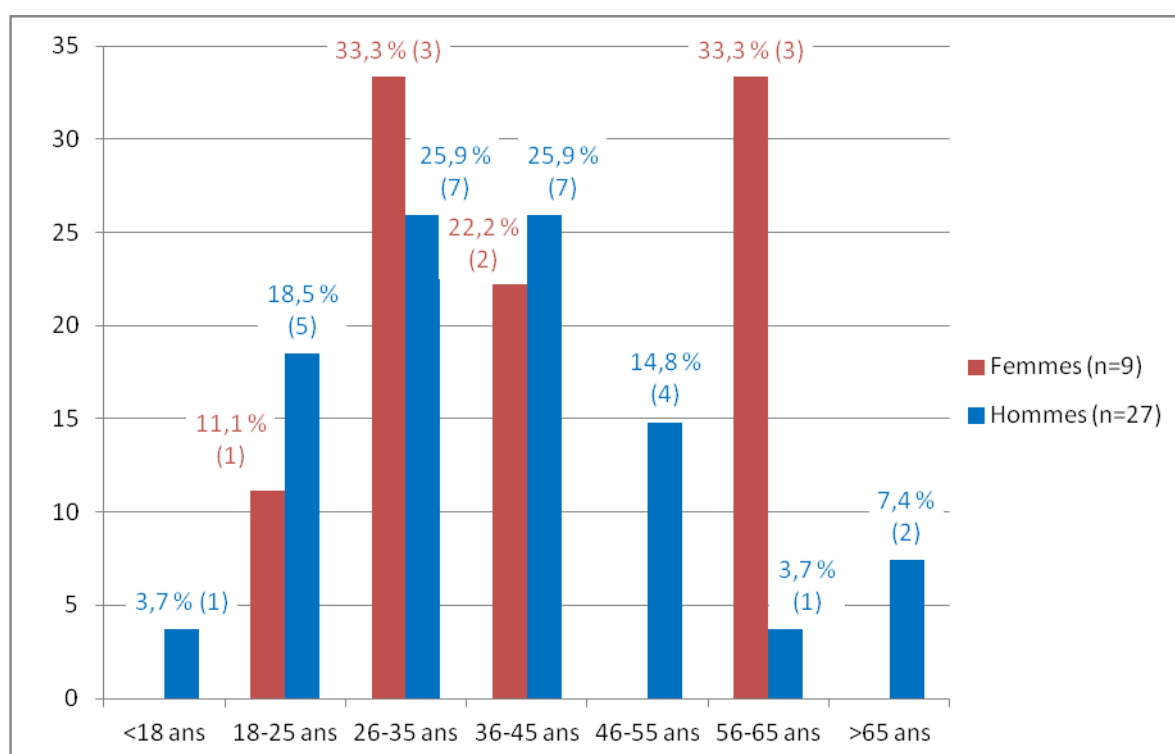


Figure 7 : Répartition des patients des LHSS étudiés (par tranches d'âges de 10 ans) : distinction hommes/femmes.

4.1.4- SITUATION FAMILIALE

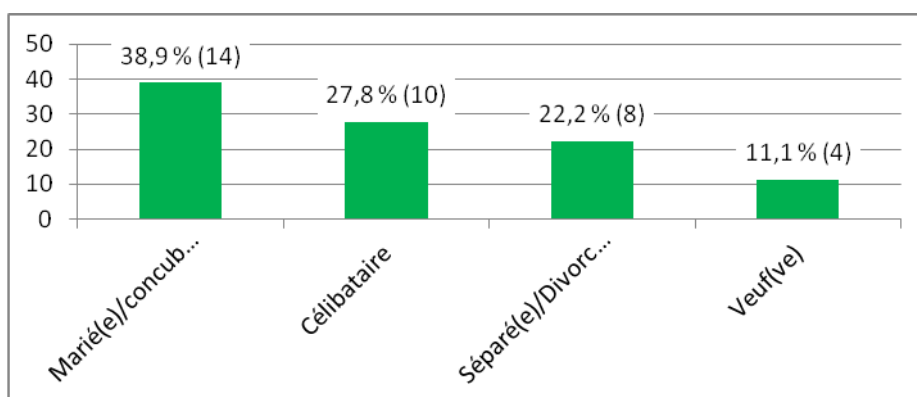


Figure 8 : Répartition des patients des LHSS étudiés par situation familiale : population totale.

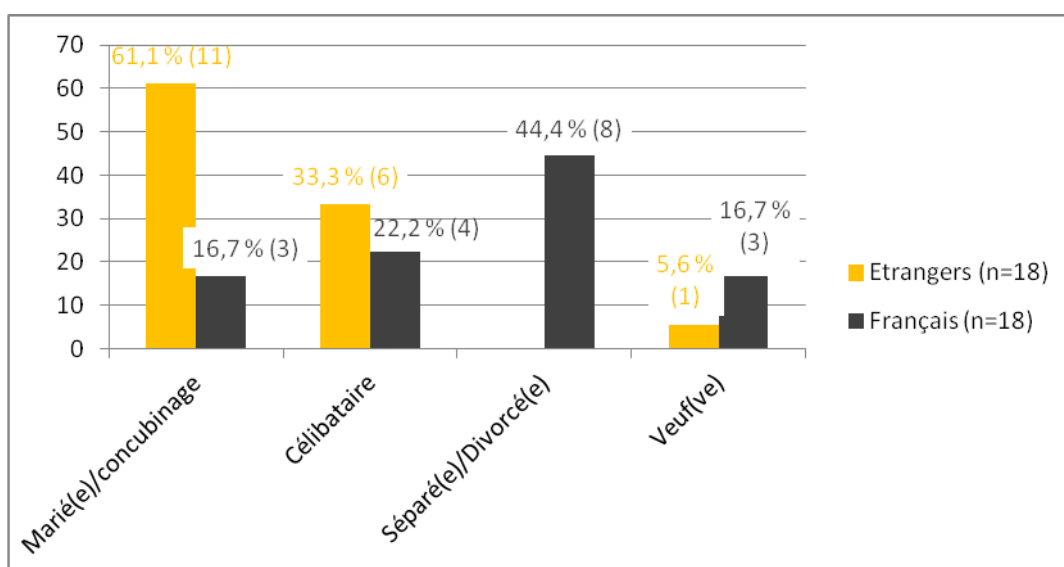


Figure 9 : Répartition des patients des LHSS étudiés par situation familiale : distinction étrangers/français.

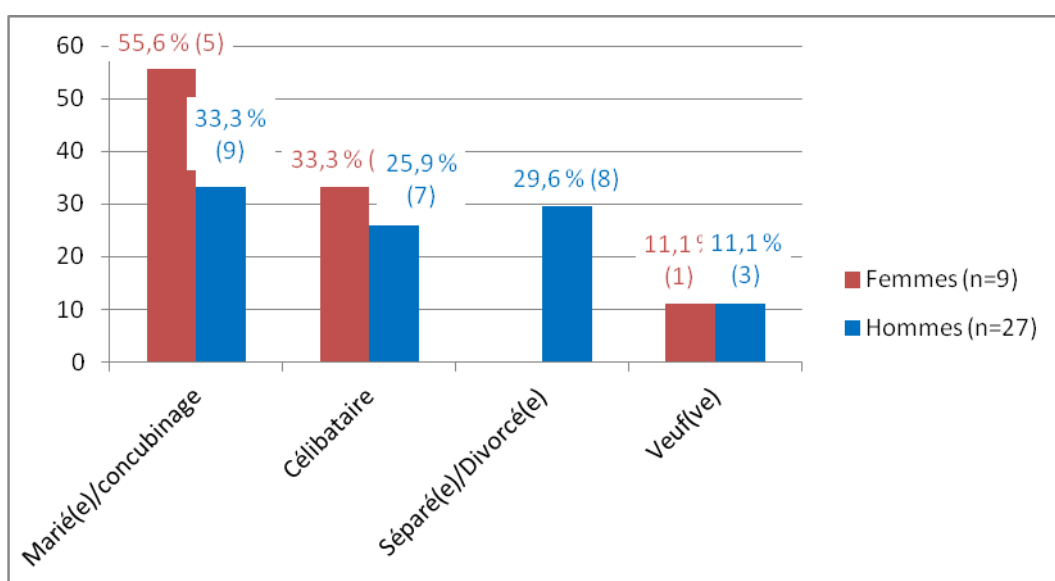


Figure 10: Répartition des patients des LHSS étudiés par situation familiale : distinction hommes/femmes.

4.1.5- NATIONALITE

	Femmes (n=9)	Hommes (n=27)	Total (n=36)
France	3	15	18
Royaume-Uni	0	1	1
Somalie	1	4	5
Tchad	0	1	1
Côte d'Ivoire	0	1	1
Russie	1	1	2
Arménie	2	1	3
Géorgie	2	1	3
Azerbaïdjan	0	2	2

Tableau 3 : Répartition des patients des LHSS étudiés en fonction de la nationalité : distinction hommes/femmes et population totale.

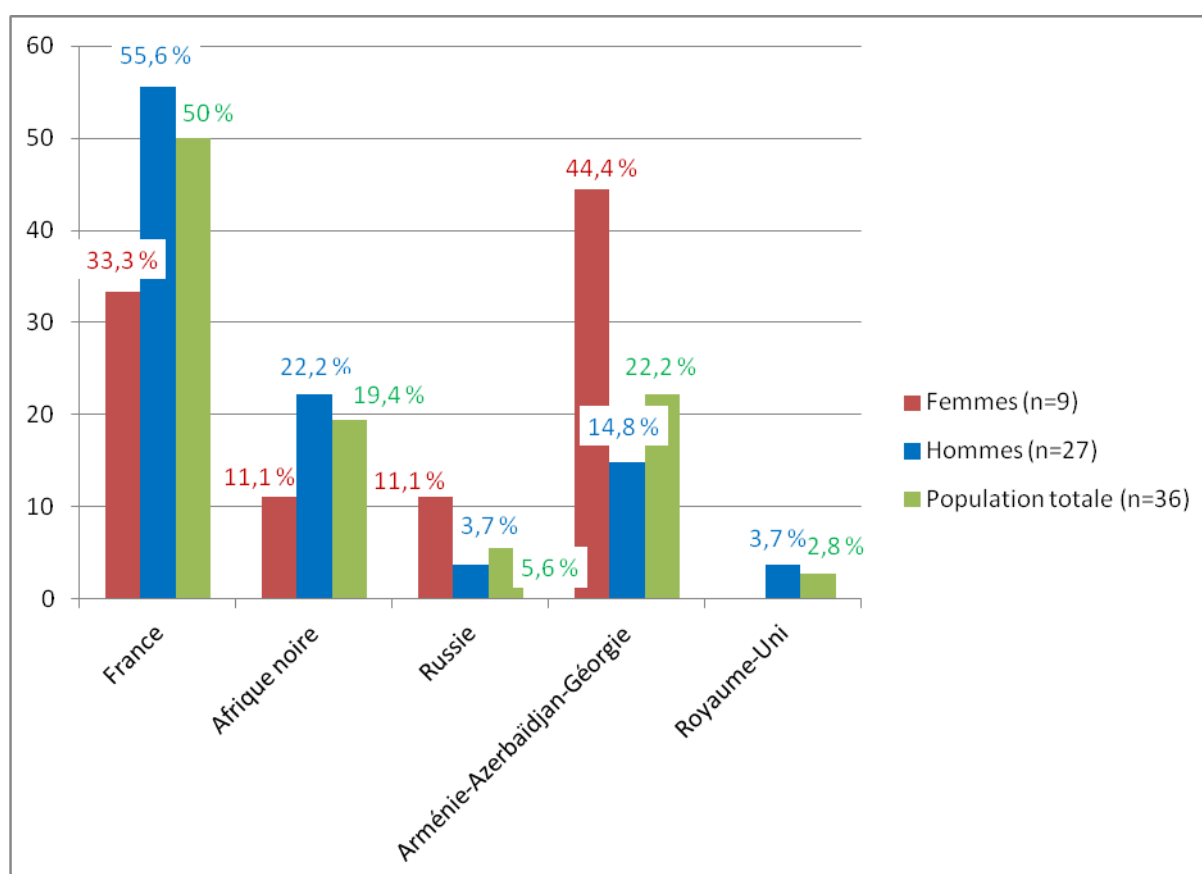


Figure 11 : Répartition des patients des LHSS étudiés en fonction de la nationalité : distinction hommes/femmes et population totale.

4.1.6- MAITRISE DE LA LANGUE FRANCAISE (ETRANGERS)

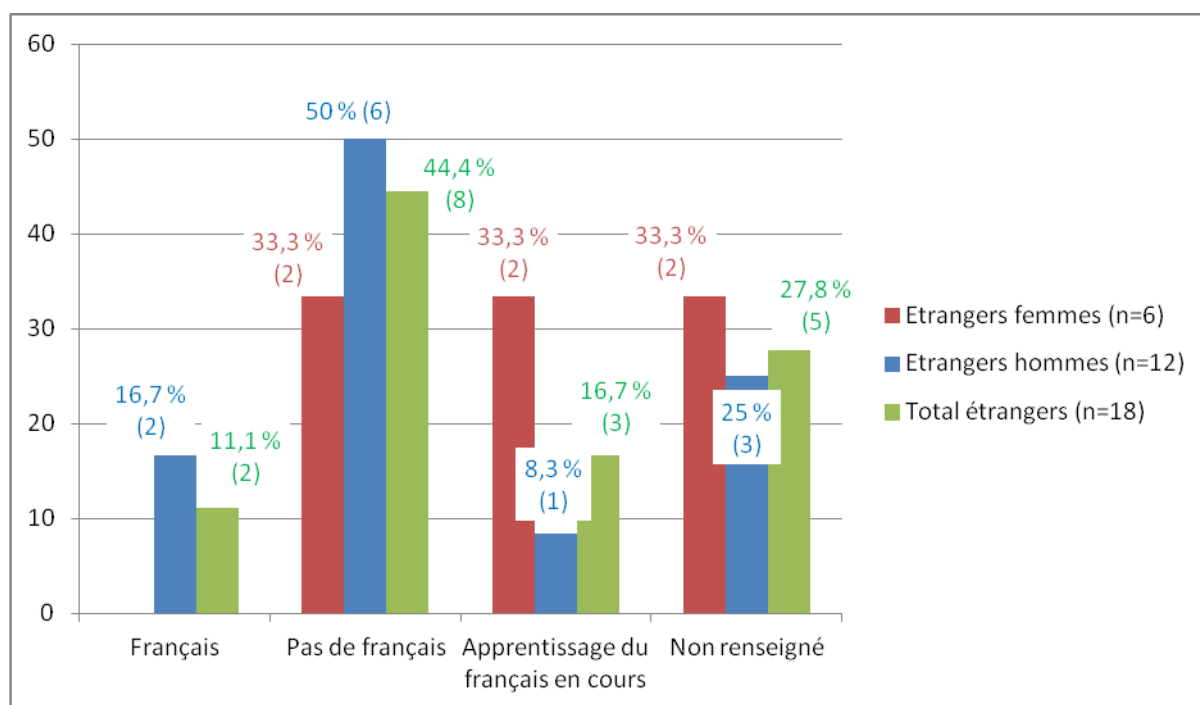


Figure 12 : Répartition de la population étrangère (parmi les patients des LHSS étudiés) en fonction de la maîtrise du français : distinction hommes/femmes et population totale.

4.1.7- STATUT VIS-A-VIS DE L'IMMIGRATION (ETRANGERS)

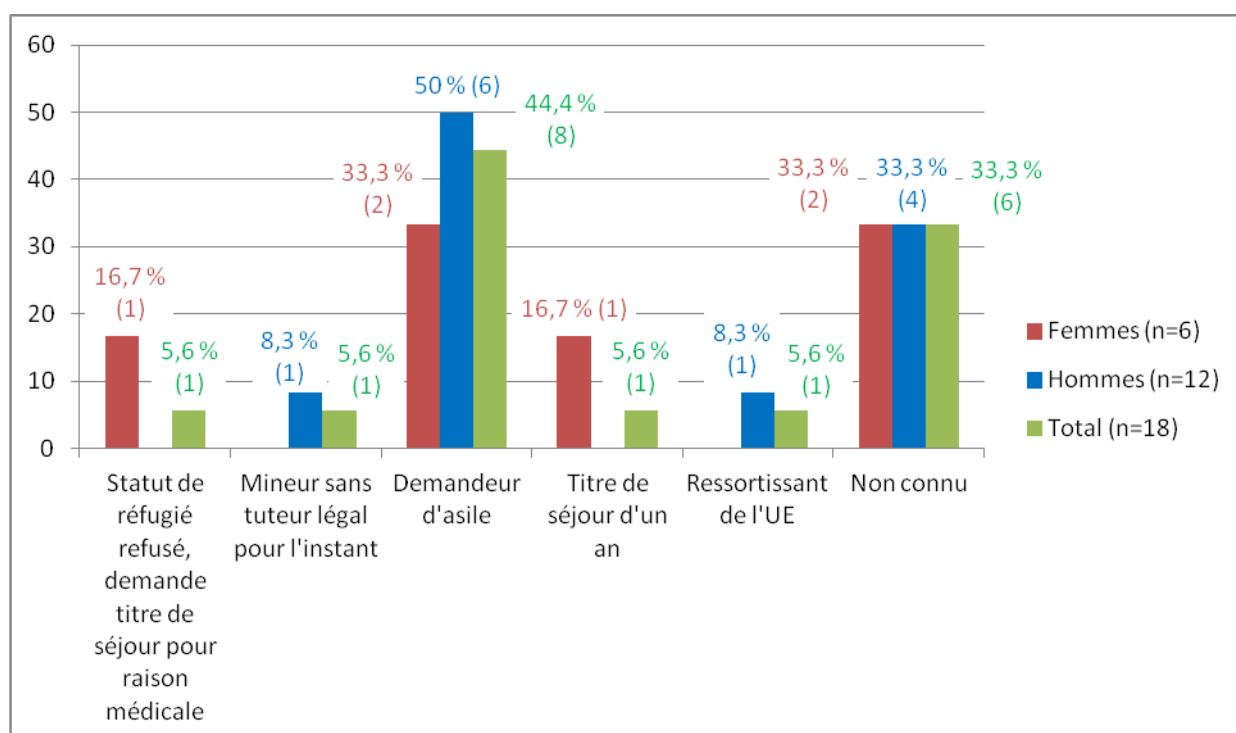


Figure 13 : Répartition de la population étrangère (parmi les patients des LHSS étudiés) en fonction de leur statut vis-à-vis de l'immigration en France : distinction hommes/femmes et population totale.

4.2- DUREE DE SEJOUR EN LHSS

Les patients ayant effectués deux séjours en LHSS ont été comptabilisés deux fois dans cet exposé de résultats.

De même, les patients toujours admis en LHSS au moment de la fin de l'étude n'ont pas été inclus dans ces résultats (sauf mention spécifique « Toujours en LHSS »).

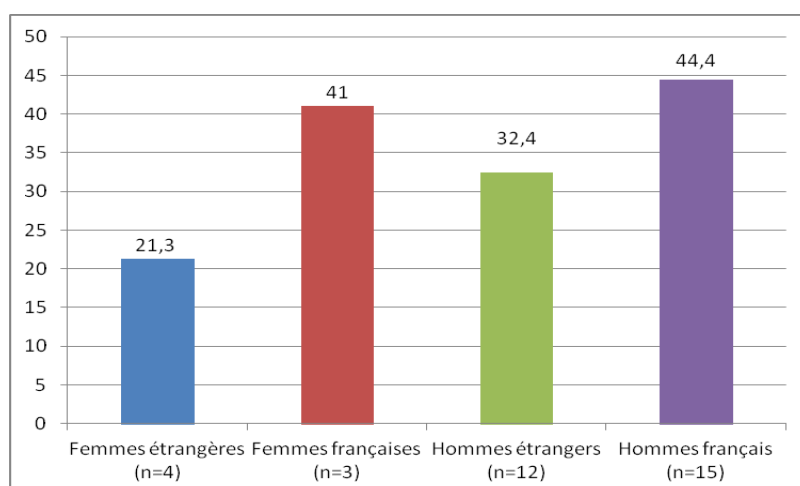


Figure 14 : Durées moyennes de séjour en LHSS selon sexe et nationalité (étrangers/français) des patients des LHSS étudiés (en jours).

	Femmes (n=7)	Hommes (n=27)	Etrangers (n=16)	Français (n=18)	Population totale (n=34)
Durée moyenne de séjour en LHSS (en jours)	29,71428571	39,07407407	29,625	43,83333333	37,14705882

Tableau 4 : Durées moyennes de séjour en LHSS : distinction femmes/hommes, étrangers/français et population totale.

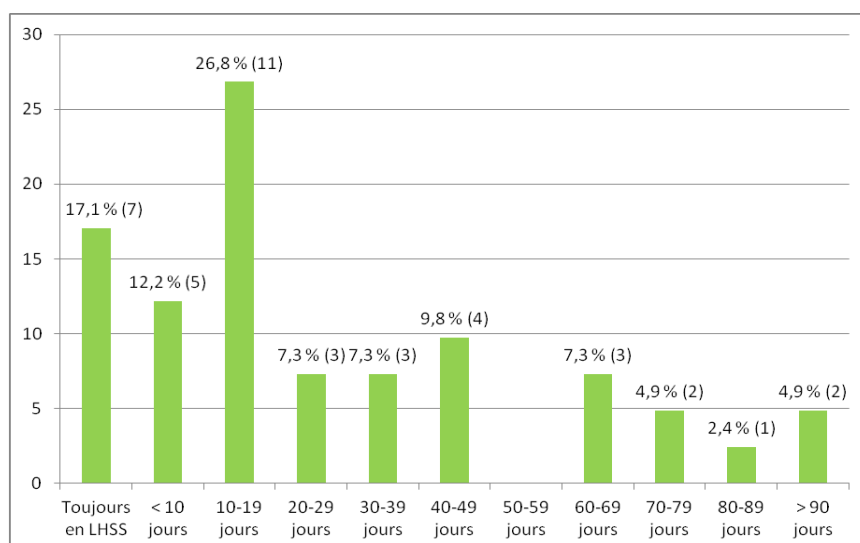


Figure 15 : Répartition des patients des LHSS étudiés selon les durées de séjour en LHSS (par tranches de 10 jours) : population totale.

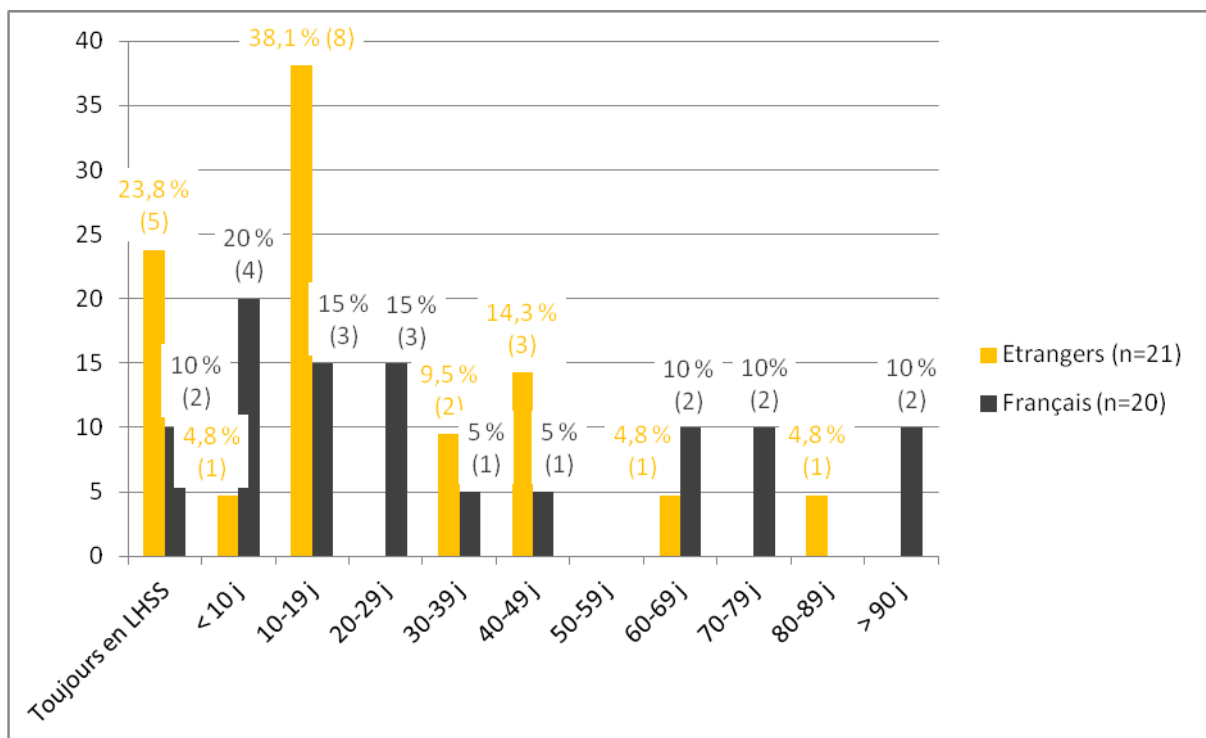


Figure 16 : Répartition des patients des LHSS étudiés selon les durées de séjour en LHSS (par tranches de 10 jours) : distinction étrangers/français.

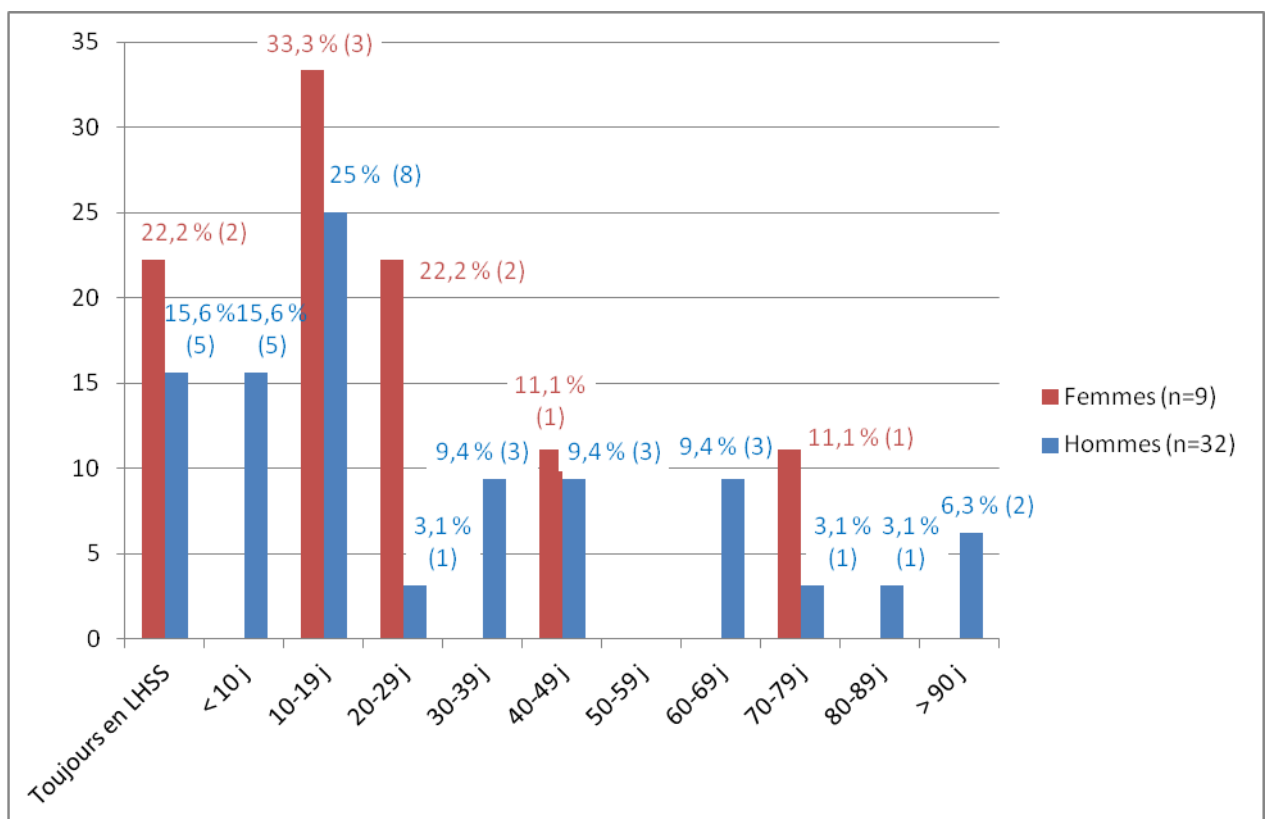


Figure 17 : Répartition des patients des LHSS étudiés selon les durées de séjour en LHSS (par tranches de 10 jours) : distinction hommes/femmes.

4.3- PROFIL MEDICAL

4.3.1- MOTIF PRINCIPAL D'ADMISSION AUX LHSS

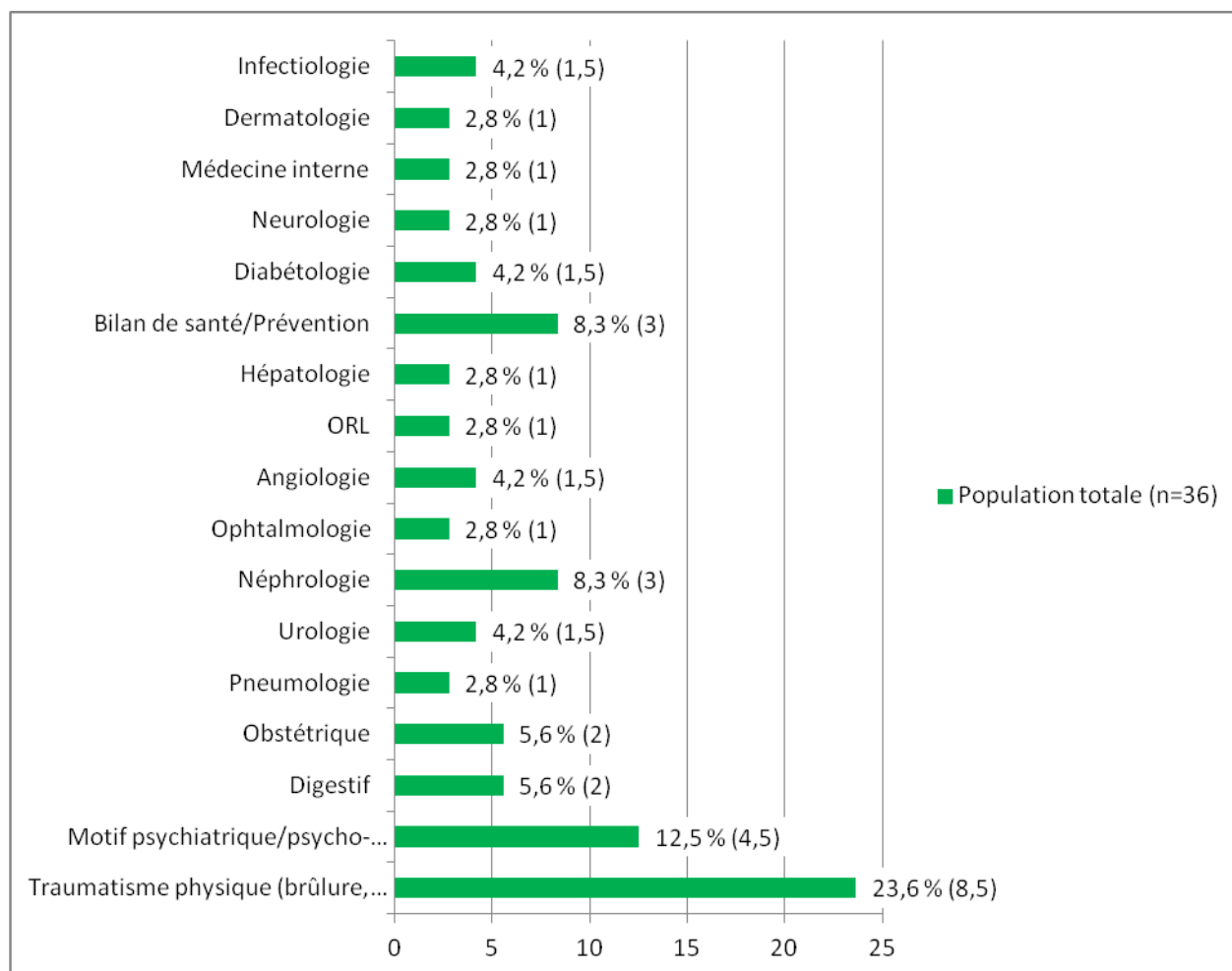


Figure 18 : Répartition des patients des LHSS étudiés selon le motif principal ayant justifié l'admission : population totale.

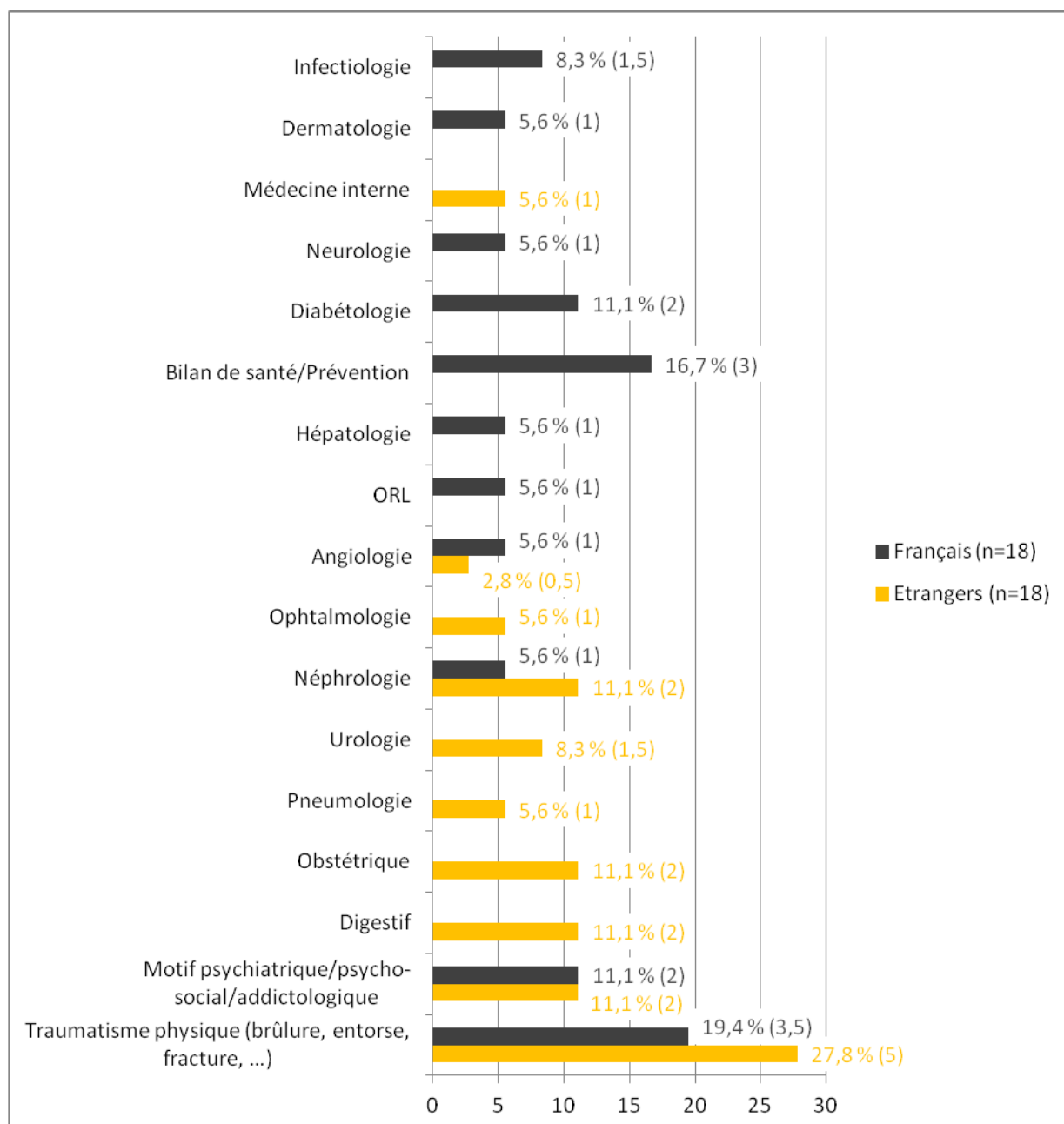


Figure 19 : Répartition des patients des LHSS étudiés selon le motif principal ayant justifié l'admission : distinction étrangers/français.

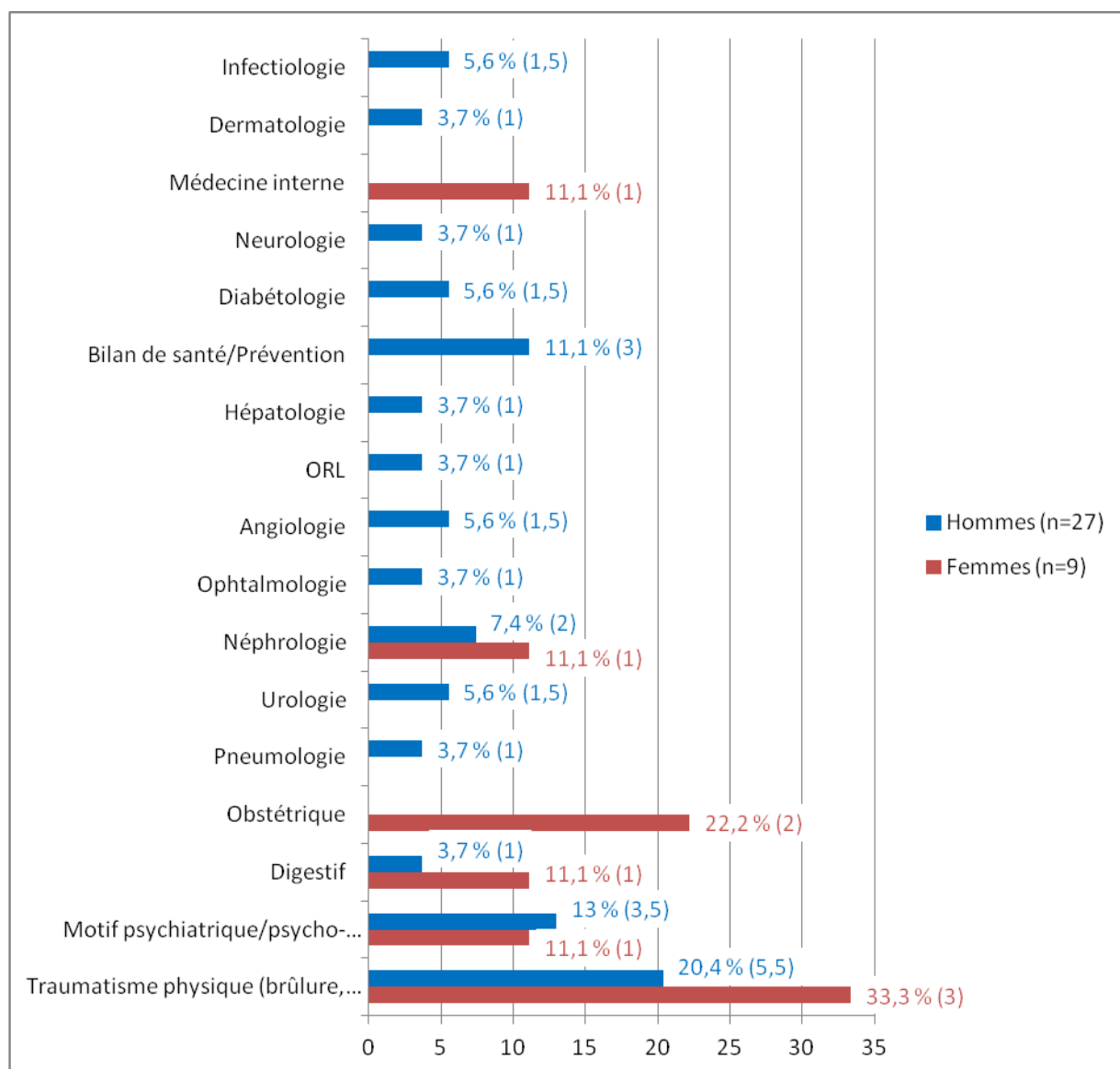


Figure 20: Répartition des patients des LHSS étudiés selon le motif principal ayant justifié l'admission : distinction hommes/femmes.

4.3.2- MORBIDITE (NOMBRE DE PATHOLOGIES ACTIVES PAR PATIENT)

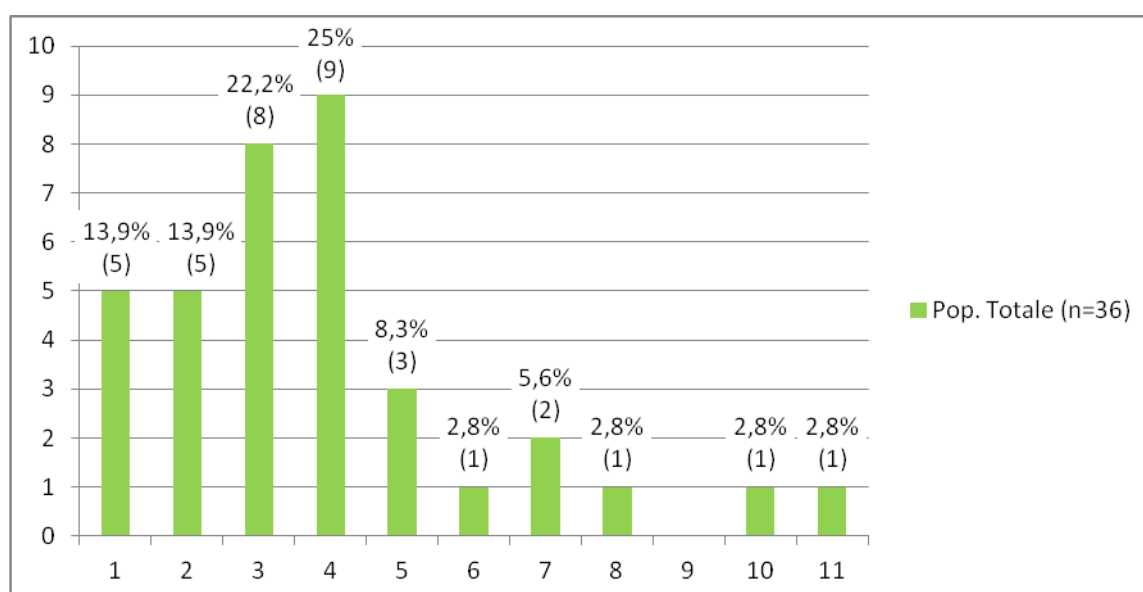


Figure 21 : Répartition des patients des LHSS étudiés selon le nombre de pathologies actives par patient (morbidity).

	Hommes (n=27)	Femmes (n=9)	Pop. totale (n=36)
Nombre moyen de pathologies par personne	4,22	2,78	3,86

Tableau 5 : Nombre de pathologie moyenne par personne des patients des LHSS étudiés : population totale et distinction hommes/femmes.

	Etrangers (n=18)	Français (n=18)	Pop. totale (n=36)
Nombre moyen de pathologies par personne	3,39	4,33	3,86

Tableau 6 : Nombre de pathologie moyenne par personne des patients des LHSS étudiés : distinction étrangers/français.

4.3.3- COMORBIDITES

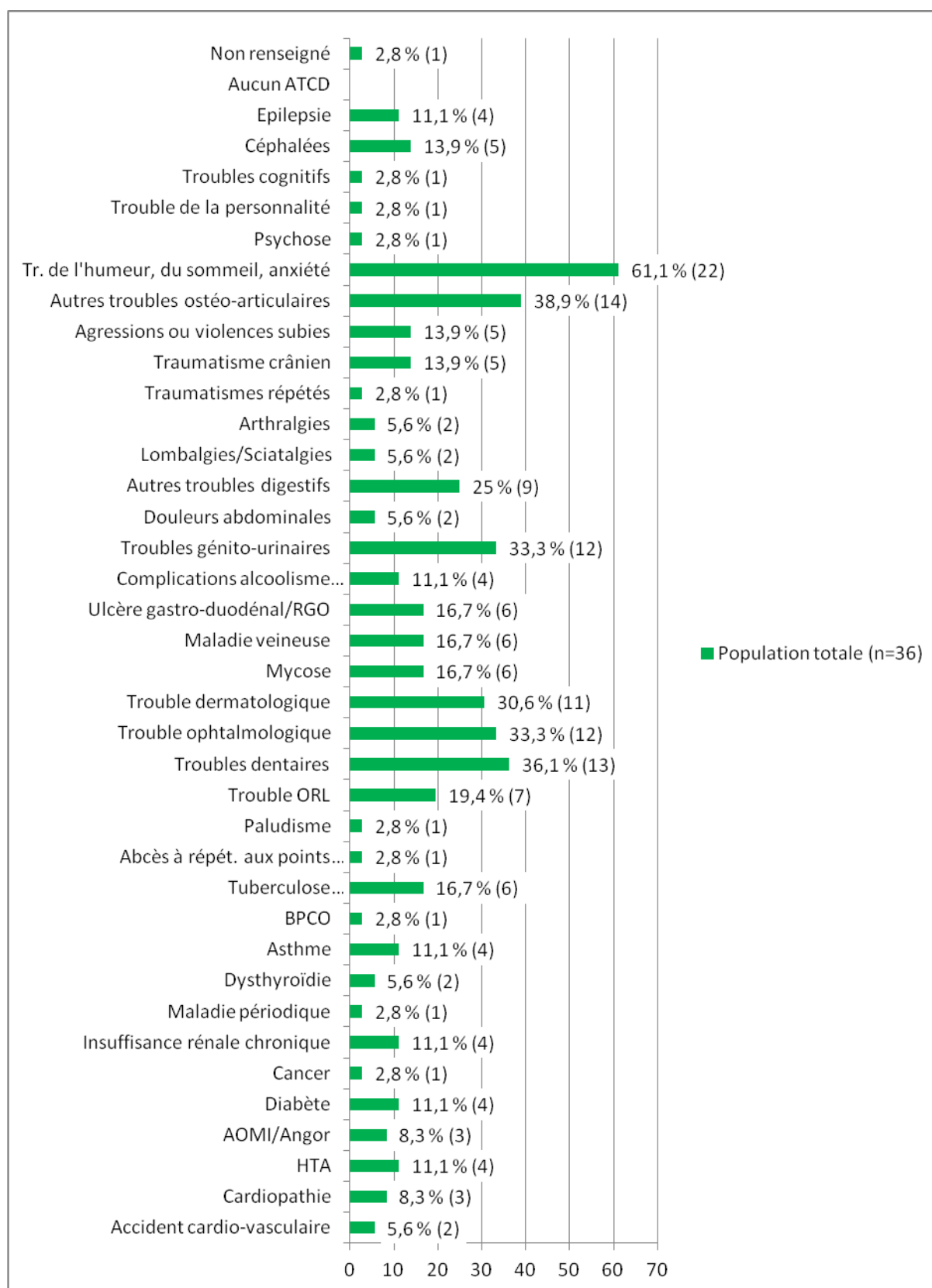


Figure 22 : Répartition des patients des LHSS étudiés par nature des comorbidités : population totale.

	Etrangers (n=18)	Français (n=18)	Femmes (n=9)	Hommes (n=27)
Antécédent personnel d'accident cardio-vasculaire	5,6 %(1)	5,6 %(1)	11,1% (1)	3,7% (1)
Cardiopathie	5,6% (1)	11,1% (2)	11,1% (1)	7,4% (2)
HTA (Hypertension artérielle)	16,7% (3)	5,6% (1)	11,1% (1)	11,1% (3)
AOMI (Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs)/Angor	5,6% (1)	11,1% (2)	11,1% (1)	7,4% (2)
Diabète	5,6% (1)	16,7% (3)	0	14,8% (4)
Cancer	0	5,6% (1)	0	3,7% (1)
Insuffisance rénale chronique	16,7% (3)	5,6% (1)	22,2% (2)	7,4% (2)
Maladie périodique	5,6% (1)	0	11,1% (1)	0
Dysthyroïdie	11,1% (2)	0	22,2% (2)	0
Asthme	0	22,2% (4)	22,2% (2)	7,4% (2)
BPCO (Bronchopathie Chronique Obstructive)	0	5,6% (1)	0	3,7% (1)
Tuberculose (maladie ou latente ou guérie)	27,8% (5)	5,6% (1)	11,1% (1)	18,5% (5)
Abcès à répétition aux points d'injection IV (intra-veineux)	0	5,6% (1)	11,1% (1)	0
Paludisme	5,6% (1)	0	0	3,7% (1)
Trouble ORL	5,6% (1)	33,3% (6)	11,1% (1)	22,2% (6)
Troubles dentaires	33,3% (6)	38,9% (7)	22,2% (2)	40,7% (11)
Trouble ophtalmologique	33,3% (6)	33,3% (6)	22,2% (2)	37% (10)
Trouble dermatologique	16,7% (3)	44,4% (8)	11,1% (1)	37% (10)
Mycose	11,1% (2)	22,2% (4)	0	22,2% (6)
Maladie veineuse	16,7% (3)	16,7% (3)	11,1% (1)	18,5% (5)
Ulcère gastro-duodénal/Reflux gastro-oesophagien	22,2% (4)	11,1% (2)	33,3% (3)	11,1% (3)
Complications alcoolisme (cirrhose, syndrome de Korsakoff, oesophagite, polynévrite, syndrome cérébelleux, etc.)	0	22,2% (4)	0	14,8% (4)
Troubles génito-urinaires	44,4% (8)	22,2% (4)	44,4% (4)	29,6% (8)
Douleurs abdominales	11,1% (2)	0	0	7,4% (2)
Autres troubles digestifs	27,8% (5)	22,2% (4)	22,2% (2)	25,9% (7)
Lombalgies/Sciatalgies	5,6% (1)	5,6% (1)	11,1% (1)	3,7% (1)
Arthralgies	5,6% (1)	5,6% (1)	11,1% (1)	3,7% (1)
Traumatismes répétés	0	5,6% (1)	0	3,7% (1)
Traumatisme crânien	11,1% (2)	16,7% (3)	11,1% (1)	14,8% (4)
Agressions ou violences subies	16,7% (3)	11,1% (2)	33,3% (3)	7,4% (2)
Autres troubles ostéo-articulaires	38,9% (7)	38,9% (7)	33,3% (3)	40,7% (11)
Tr. de l'humeur, du sommeil, anxiété	55,6% (10)	66,7% (12)	44,4% (4)	66,7% (18)
Psychose	0	5,6% (1)	0	3,7% (1)
Trouble de la personnalité	0	5,6% (1)	0	3,7% (1)
Troubles cognitifs	0	5,6% (1)	0	3,7% (1)
Céphalées	27,8% (5)	0	11,1% (1)	14,8% (4)
Epilepsie	0	22,2% (4)	11,1% (1)	11,1% (3)
Aucun antécédent	0	0	0	0
Non renseigné	5,6% (1)	0	0	3,7% (1)

Tableau 7 : Répartition des patients des LHSS étudiés par nature des comorbidités : distinction étrangers/français d'une part et femmes/hommes d'autre part (pourcentages (valeurs réelles)).

NB :

- les **accidents cardiovasculaires** regroupaient : AVC et syndromes coronariens aigus.

- les **cardiopathies** regroupaient : une cardiopathie hypertensive, une cardiopathie par complication d'une amylose AA et une cardiopathie ischémique et sur troubles de la conduction (antécédent de syndrome coronarien aigu + bloc atrio-ventriculaire de 3^{ème} degré).

- les cas de **tuberculose** regroupaient : une tuberculose active, deux tuberculoses latentes, une tuberculose guérie, deux primo-infections.

- les **troubles ORL** regroupaient : troubles de la déglutition, acouphènes, cholestéatome, dysphonie, hypoacousie, perte partielle du goût et de l'odorat.

- les **troubles ophtalmologiques** regroupaient : anomalies de la réfraction (myopie, ...), kératite, glaucome chronique, rétinopathie diabétique, chirurgie de la cataracte, ptérygion, décollement de rétine.

- les **troubles dermatologiques** regroupaient : œdèmes des membres inférieurs, dermatose de la face, psoriasis, dermite ocre, gale, mycose, plaie de jambe, érysipèle, eczéma, xérose cutanée, scarifications, prurit.

- les **complications de l'alcoolisme** regroupaient : cirrhose, œsophagite, pancréatite aiguë, épilepsie, syndrome de Korsakoff, encéphalopathie hépatique, polynévrite, syndrome cérébelleux.

- les **troubles génito-urinaires** regroupaient : salpingites à répétition, prurit génital, douleurs génito-périnéo-pelviennes, mutilations sexuelles (infibulation notamment), hématome testiculaire, mycose génitale, cystites récidivantes, incontinence urinaire d'effort ou non, pollakiurie.

- les **autres troubles digestifs** regroupaient : rectorragies, diarrhées, constipation, vomissements, hépatomégalie, douleurs vésiculaires.

- les **autres troubles ostéo-articulaires** regroupaient : ostéoporose, malformation vertébrale, antécédents de fractures ou entorses ou traumatisme isolé, luxations récidivantes de l'épaule, arthroscopie du genou, syndrome rotulien, douleurs de la coiffe des rotateurs, douleurs musculaires.

4.3.4- INDICE DE MASSE CORPORELLE A L'ADMISSION

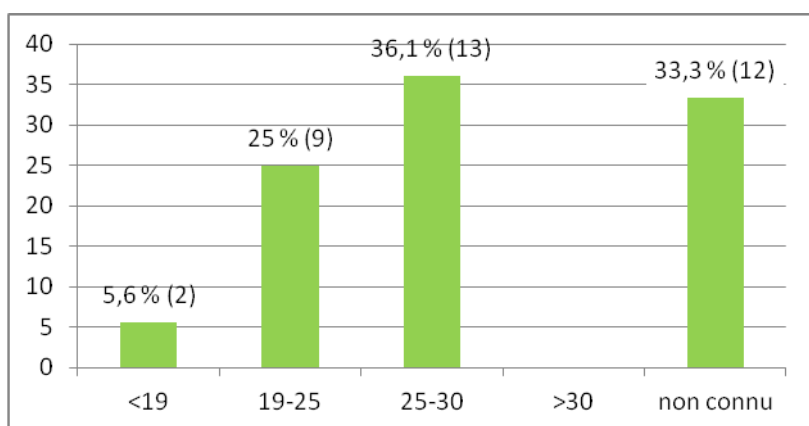


Figure 23: Répartition des patients des LHSS étudiés par indice de masse corporelle à l'admission : population totale.

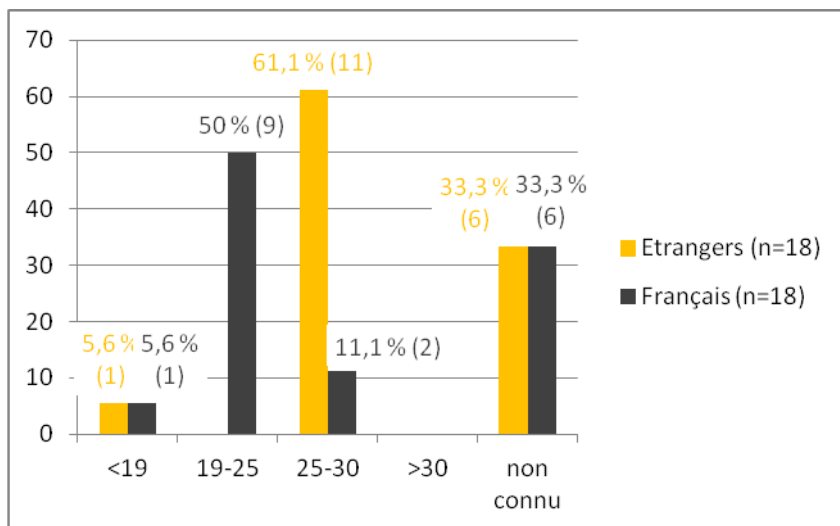


Figure 24 : Répartition des patients des LHSS étudiés par indice de masse corporelle à l'admission : distinction étrangers/français.

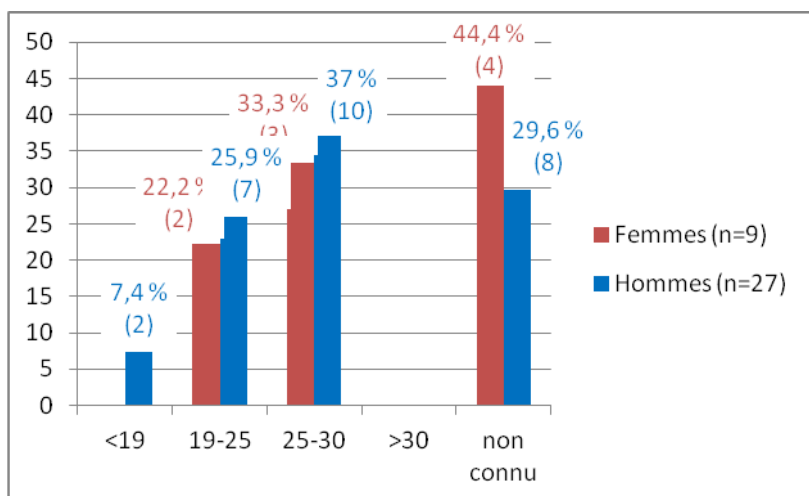


Figure 25 : Répartition des patients des LHSS étudiés par indice de masse corporelle à l'admission : distinction hommes/femmes.

4.3.5- ADDICTIONS

4.3.5.1- TABAC

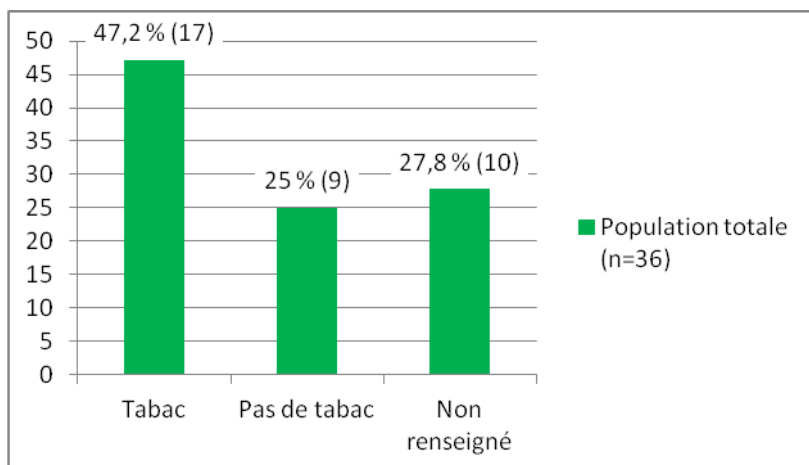


Figure 26 : Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction au tabac : population totale.

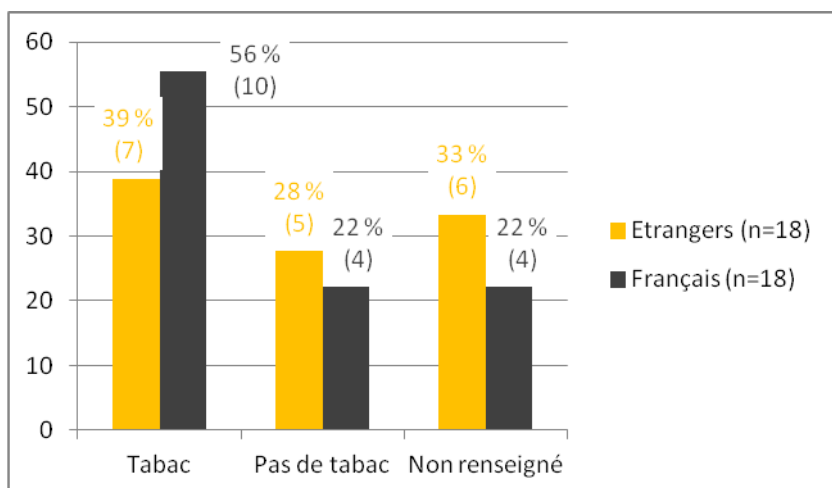


Figure 27 : Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction au tabac : distinction étrangers/français.

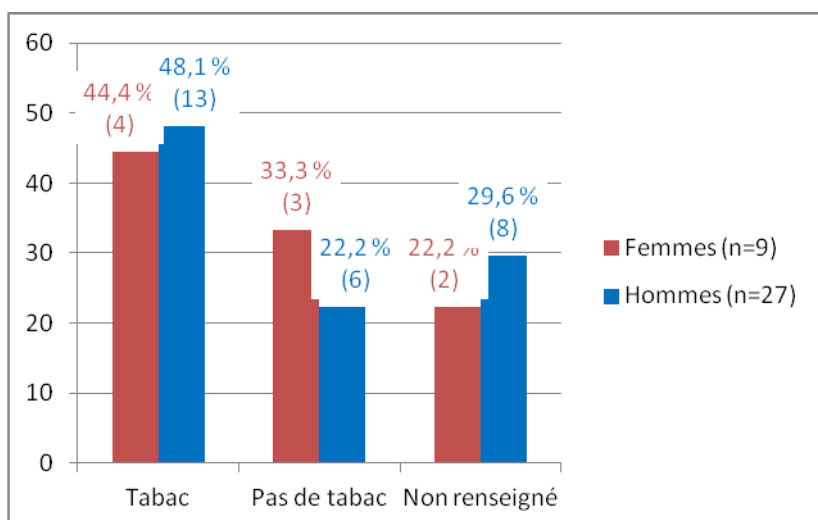


Figure 28 : Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction au tabac : distinction hommes/femmes.

4.3.5.2- ALCOOL

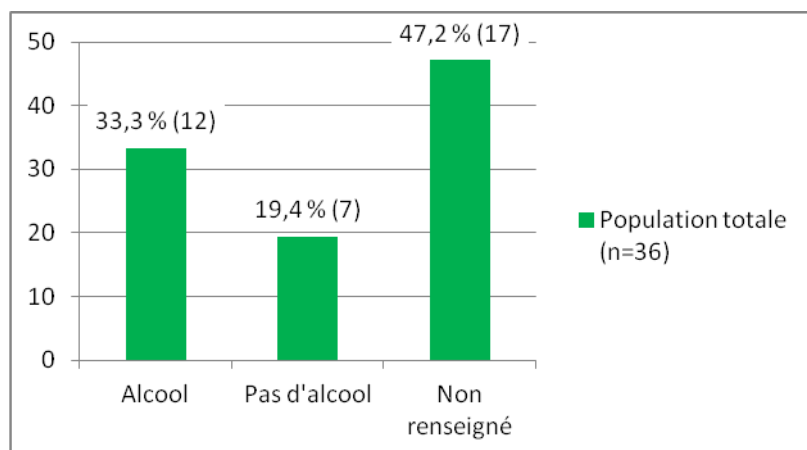


Figure 29 : Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction à l'alcool : population totale.

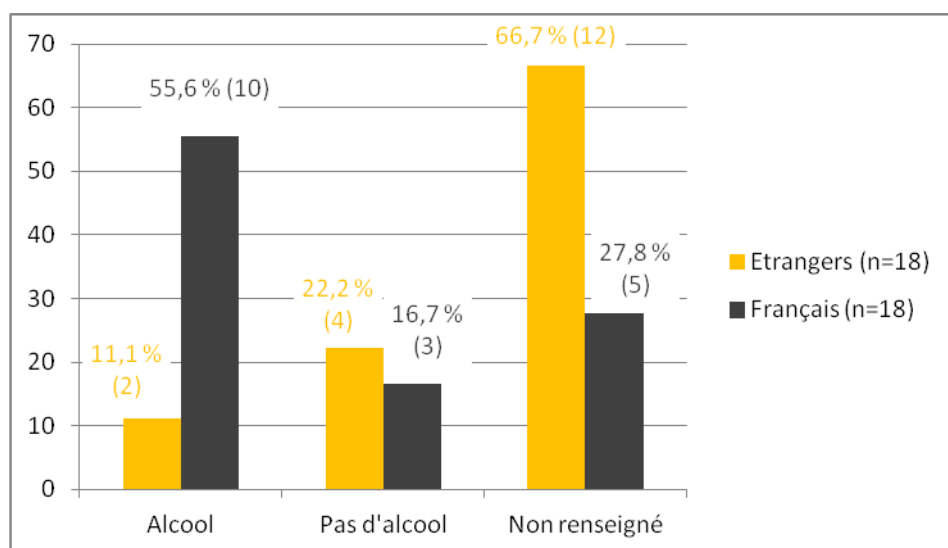


Figure 30: Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction à l'alcool : distinction étrangers/français.

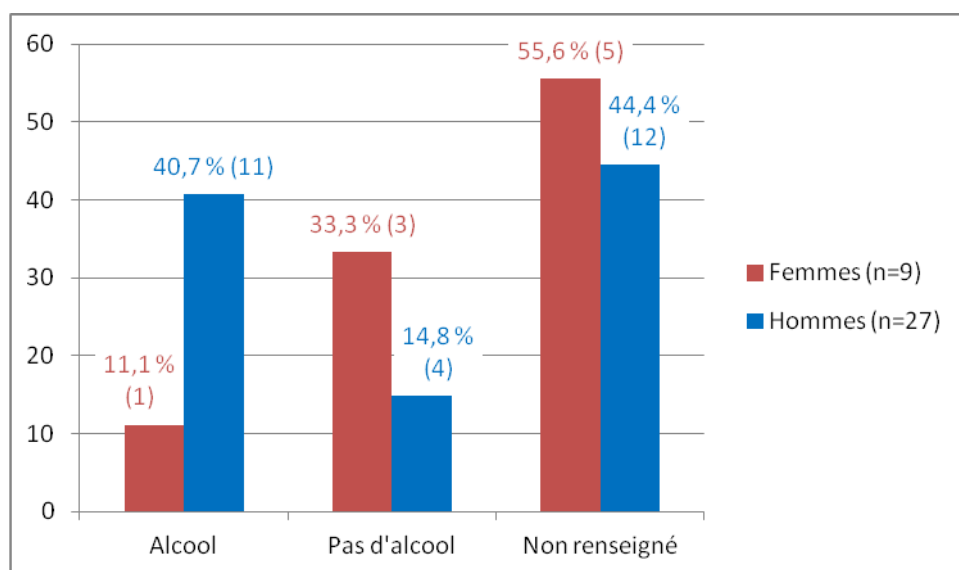


Figure 31: Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction à l'alcool : distinction hommes/femmes.

4.3.5.3- CANNABIS

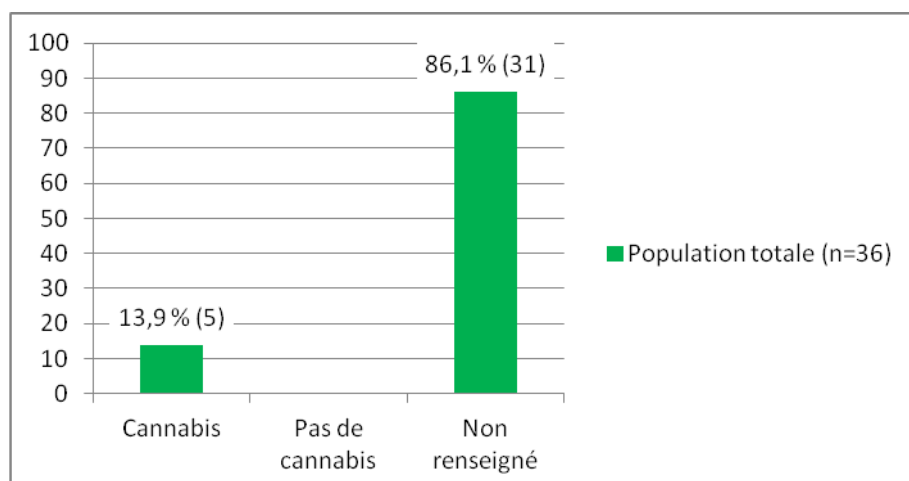


Figure 32: Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction au cannabis : population totale.

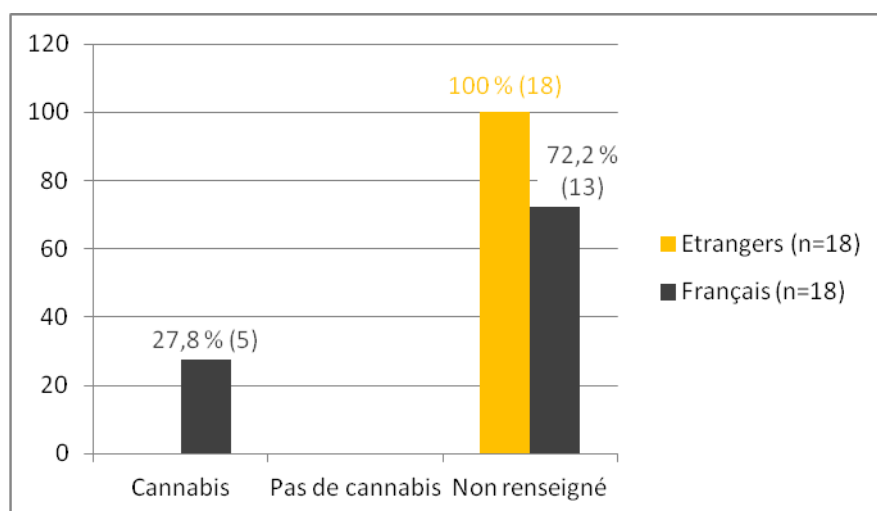


Figure 33 : Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction au cannabis : distinction étrangers/français.

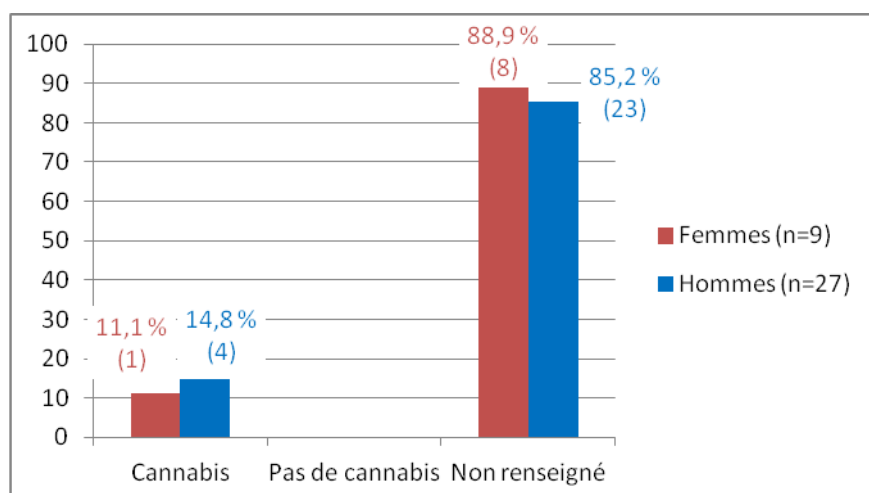


Figure 34: Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction au cannabis : distinction hommes/femmes.

4.3.5.4- OPIACES

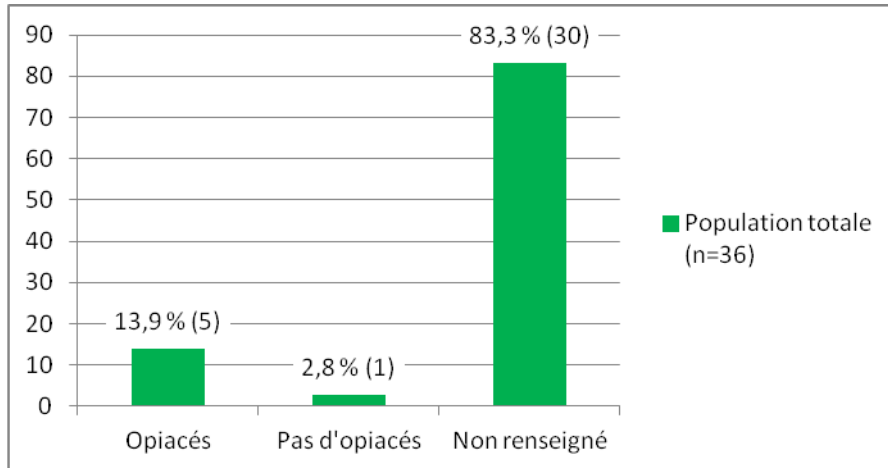


Figure 35: Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction aux opiacés : population totale.

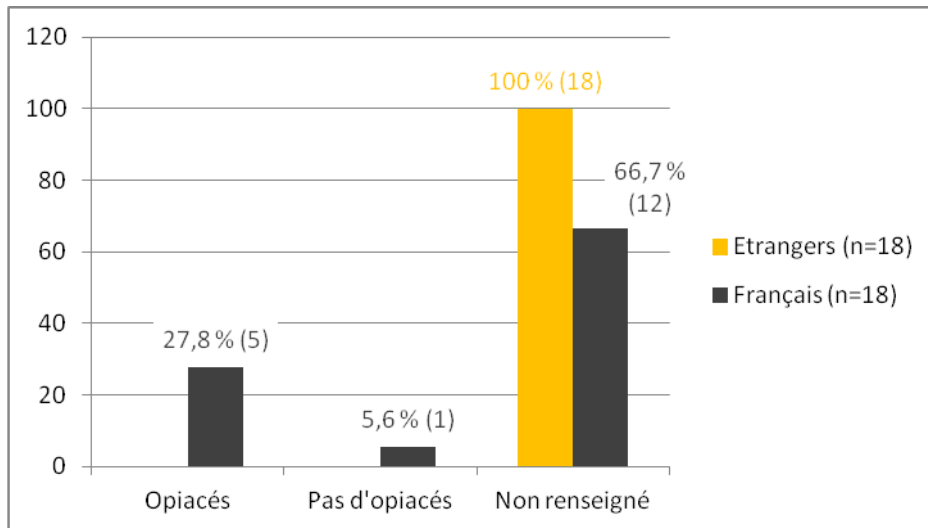


Figure 36: Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction aux opiacés : distinction étrangers/français.

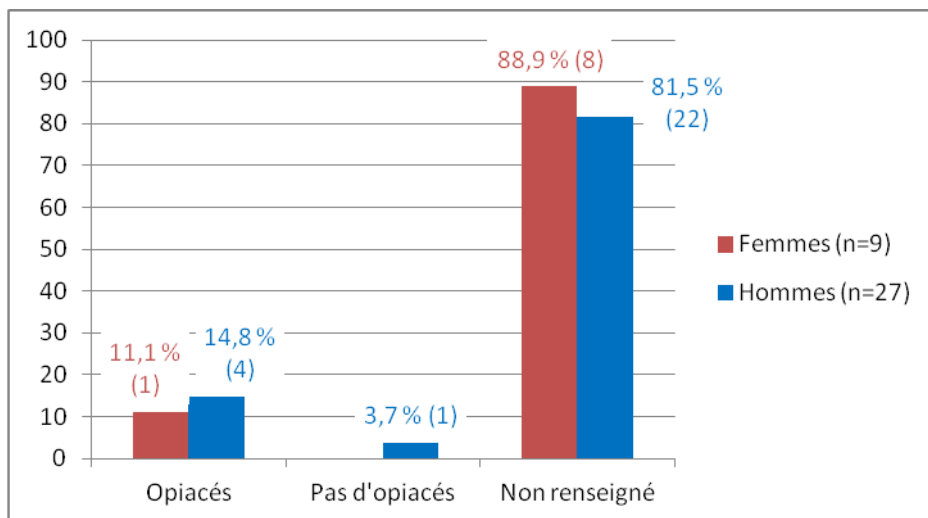


Figure 37: Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction aux opiacés : distinction hommes/femmes.

4.3.5.5- AUTRES

Les autres addictions regroupaient les troubles du comportement alimentaire, les addictions à la cocaïne, les addictions médicamenteuses (exclusivement aux benzodiazépines dans cette étude).

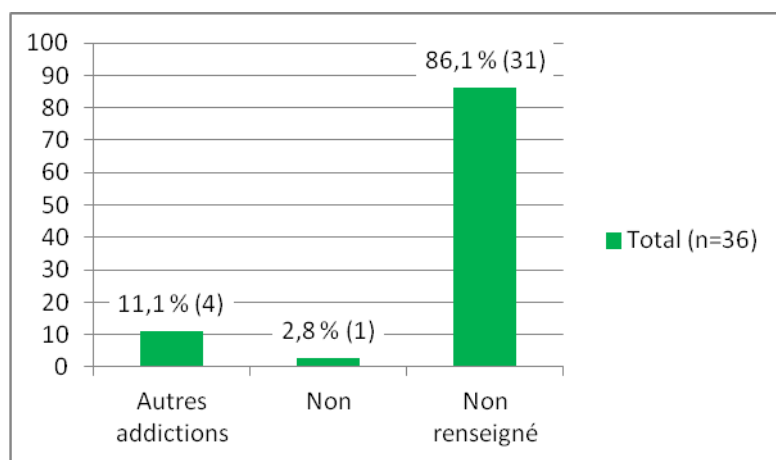


Figure 38: Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction à d'autres produits/comportements : population totale.

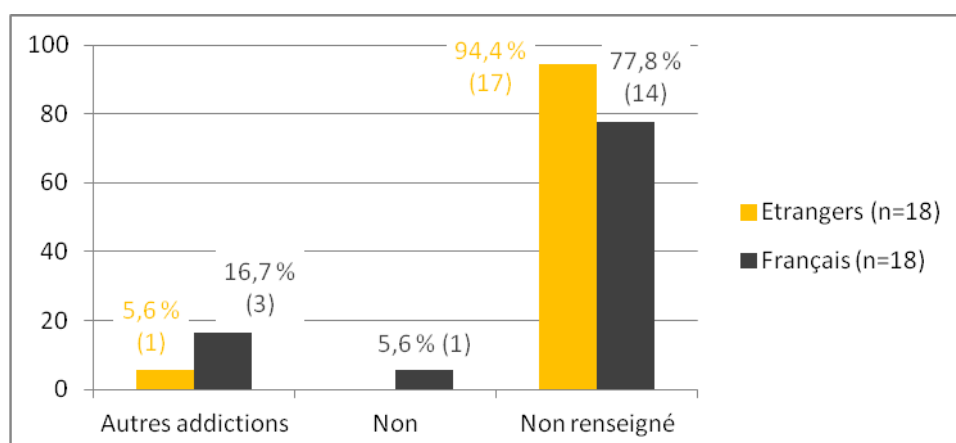


Figure 39 : Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction à d'autres produits/comportements : distinction étrangers/français.

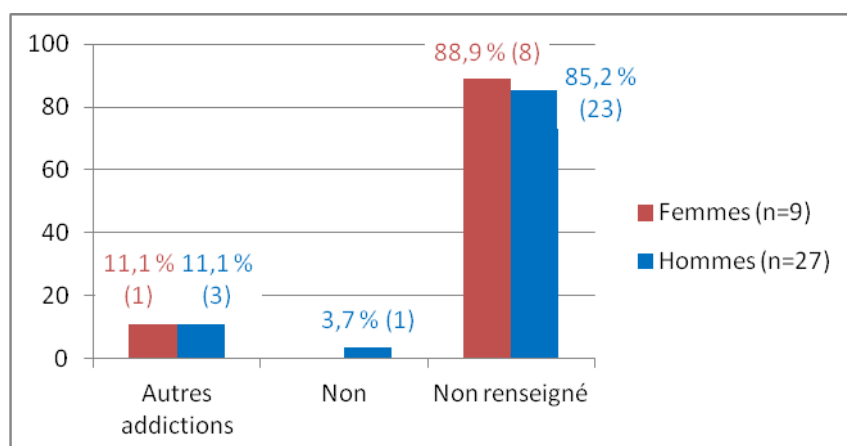


Figure 40: Répartition des patients des LHSS étudiés par addiction à d'autres produits/comportements : distinction hommes/femmes.

4.3.5.6- ASSOCIATION DE CONSOMMATIONS DE PRODUITS

NB : la catégorie « non connu » incluait uniquement les dossiers où aucune information n'était renseignée sur les addictions (suppose donc que les dossiers renseignés l'étaient en totalité).

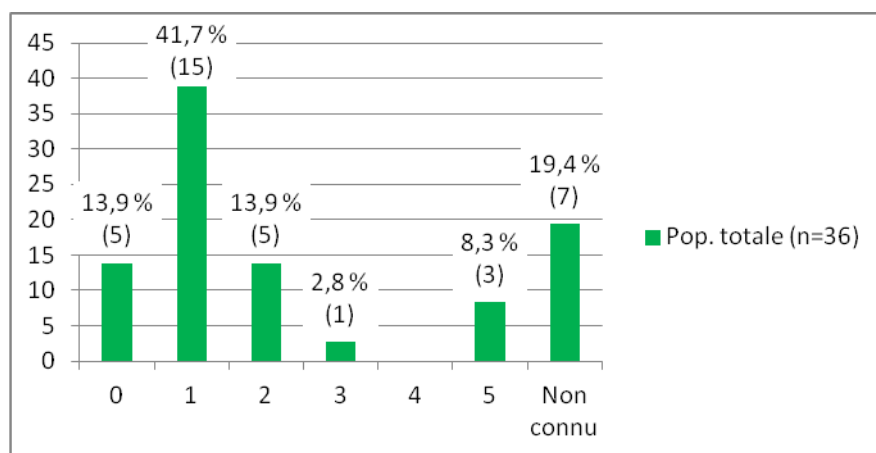


Figure 41 : Répartition des patients des LHSS étudiés par nombre de produits consommés (addiction): population totale.

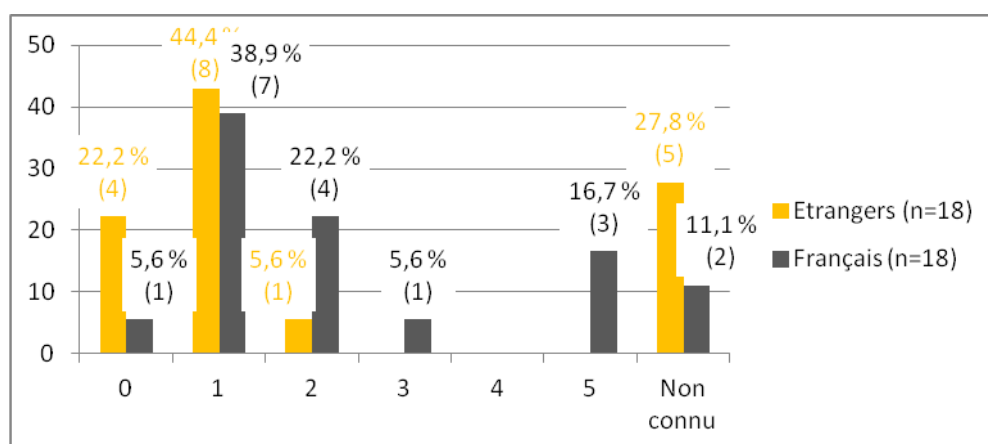


Figure 42 : Répartition des patients des LHSS étudiés par nombre de produits consommés (addiction): distinction étrangers/français.

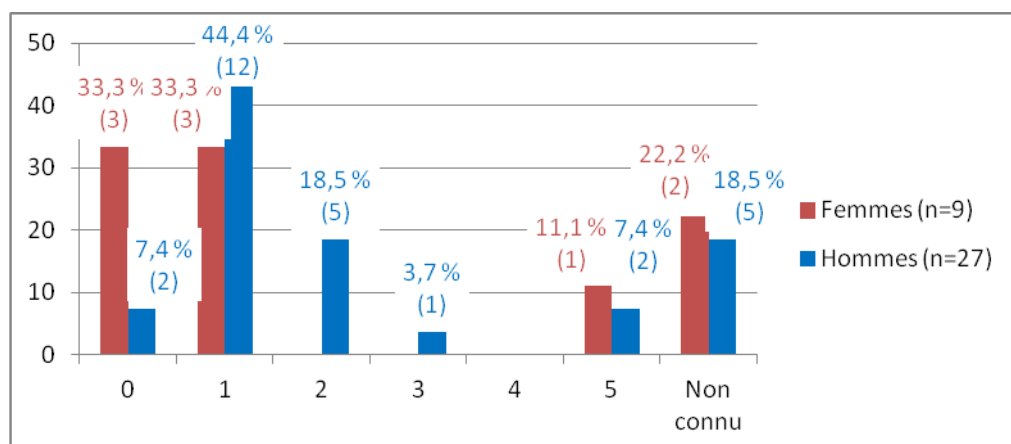


Figure 43 : Répartition des patients des LHSS étudiés par nombre de produits consommés (addiction): distinction hommes/femmes.

4.3.6- STATUT VACCINAL DIPHTERIE/TETANOS/POLIOMYELITIS

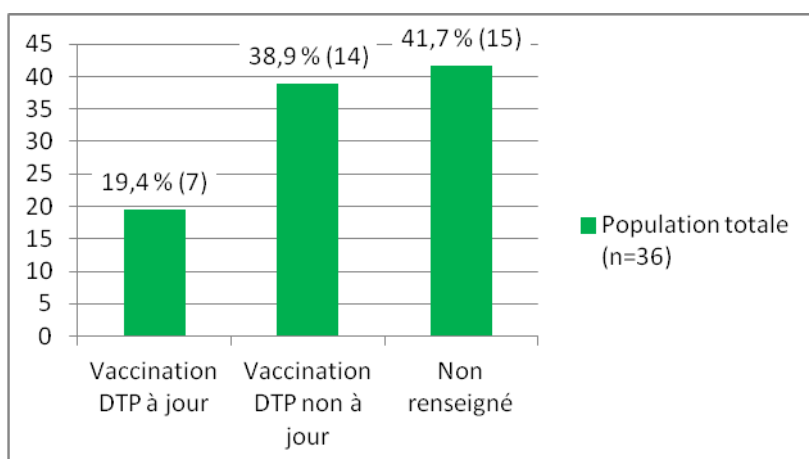


Figure 44: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut vaccinal vis-à-vis de la diphtérie du tétanos et de la poliomyélite : population totale.

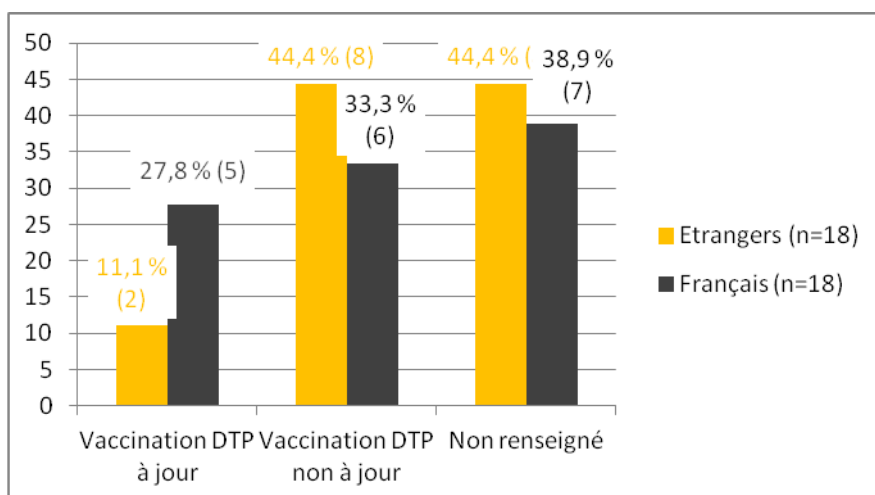


Figure 45: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut vaccinal vis-à-vis de la diphtérie du tétanos et de la poliomyélite : distinction étrangers/français.

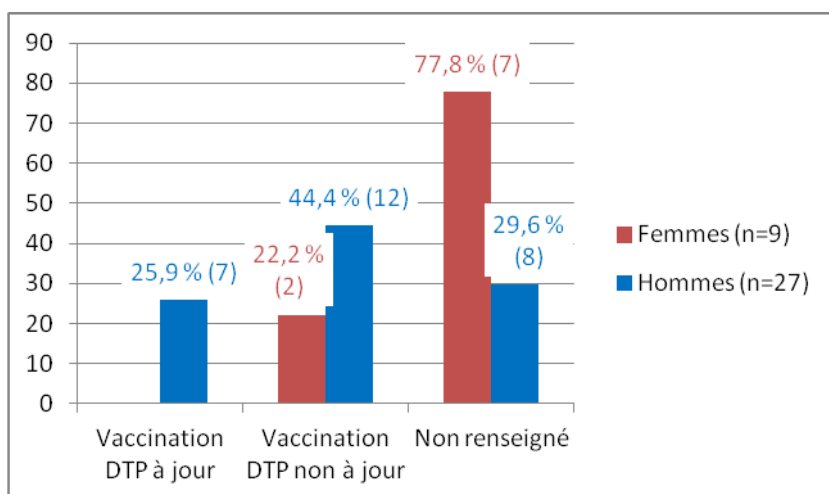


Figure 46: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut vaccinal vis-à-vis de la diphtérie du tétanos et de la poliomyélite : distinction hommes/femmes.

4.3.7- SEROLOGIES

4.3.6.1- HIV

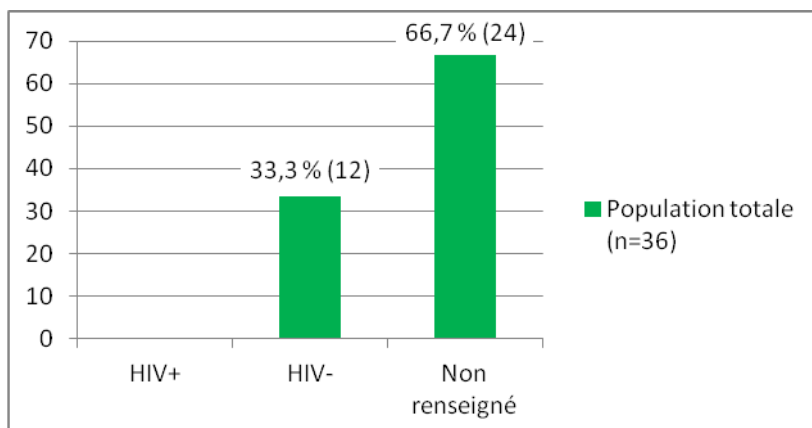


Figure 47: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) : population totale.

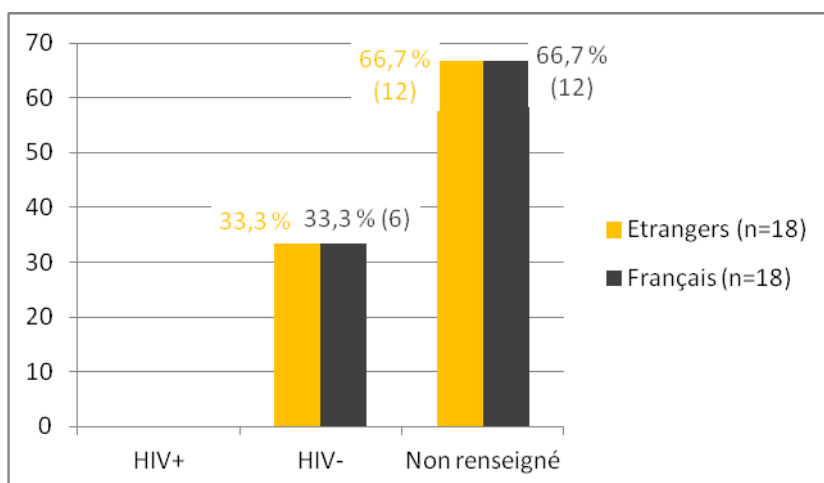


Figure 48: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) : distinction étrangers/français.

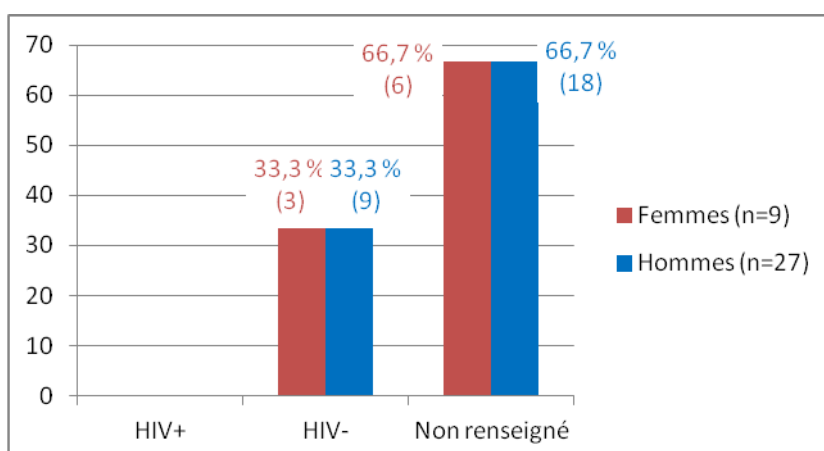


Figure 49 : Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) : distinction étrangers/français.

4.3.6.2- HEPATITE B

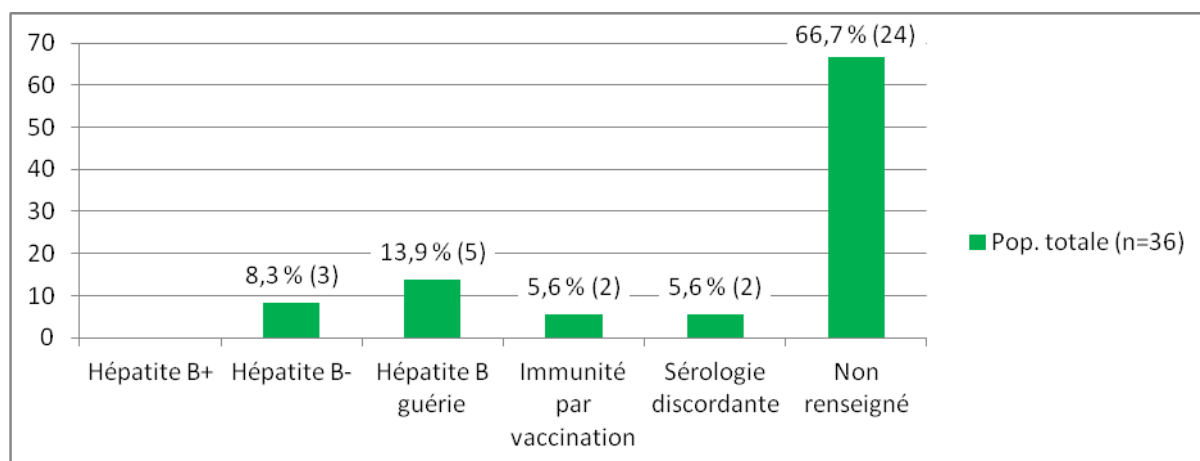


Figure 50 : Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B : population totale.

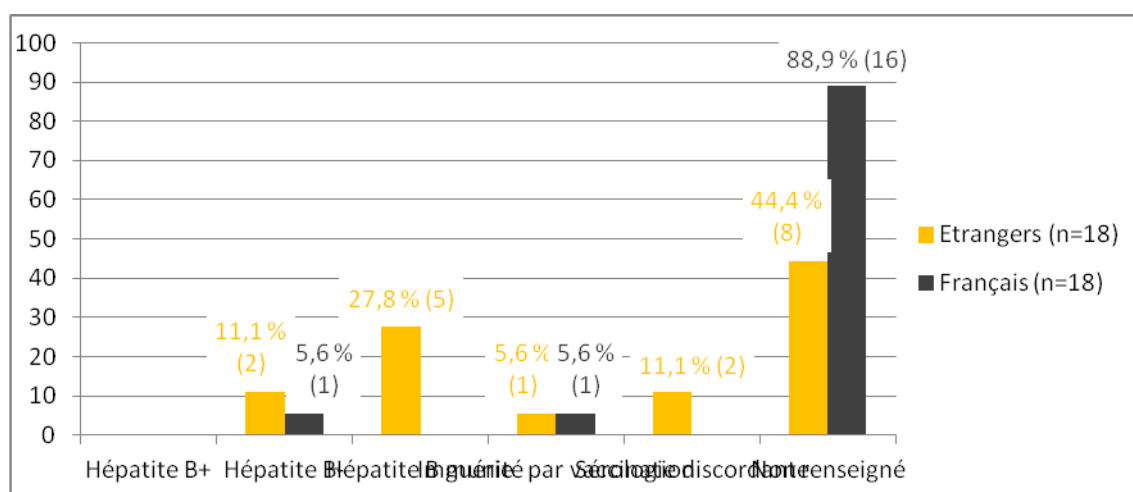


Figure 51: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B : distinction étrangers/français.

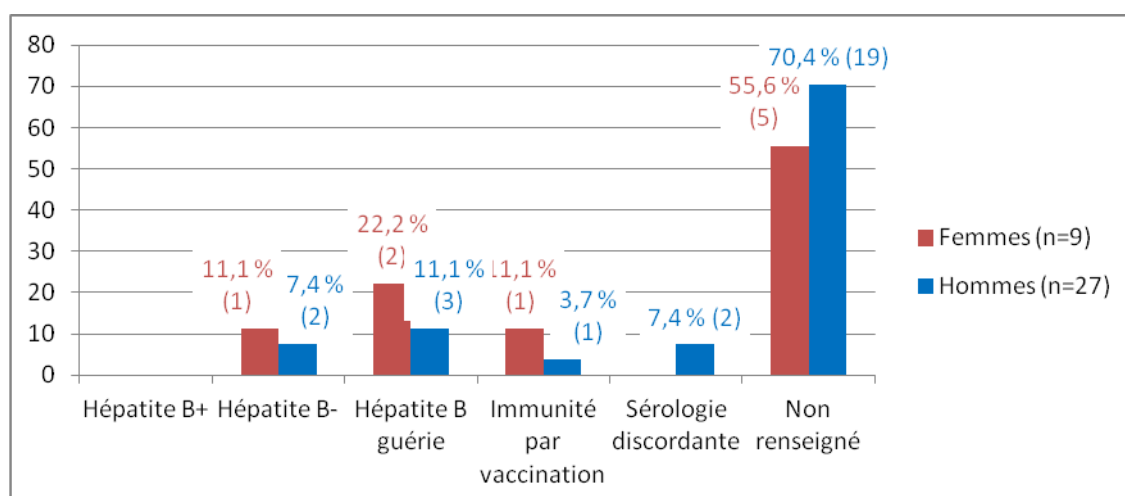


Figure 52: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B : distinction hommes/femmes.

4.3.6.3- HEPATITE C

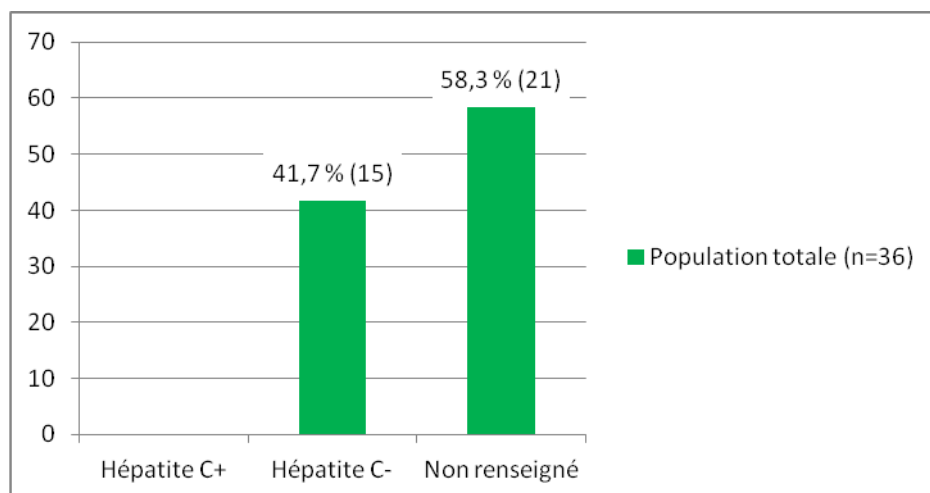


Figure 53: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite C : population totale.

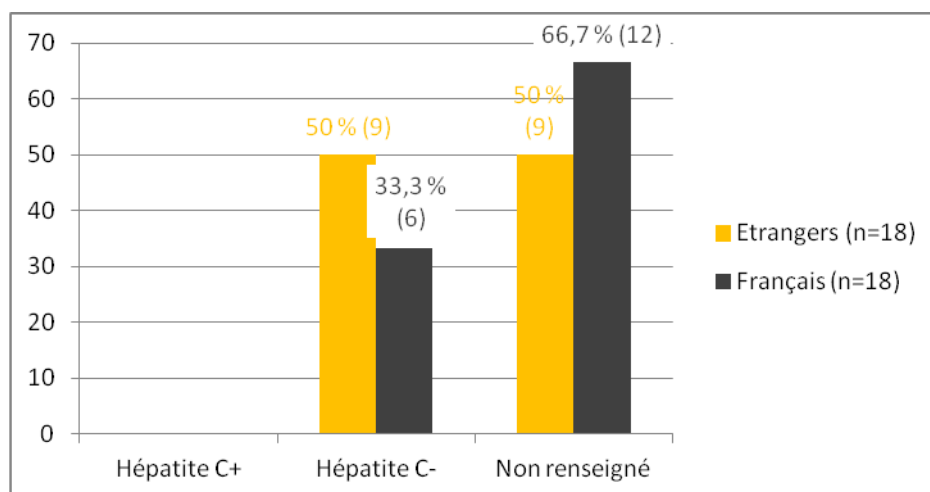


Figure 54: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite C : distinction étrangers/français.

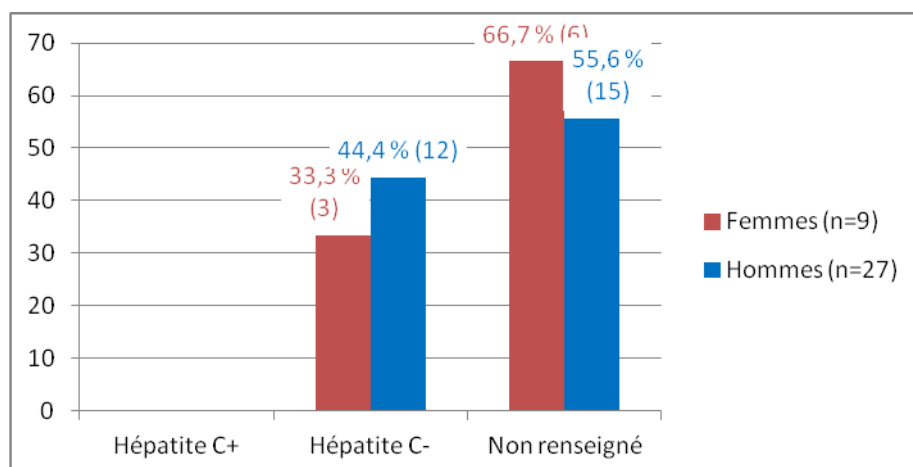


Figure 55: Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite C : distinction hommes/femmes.

4.3.6.4- SYPHILIS

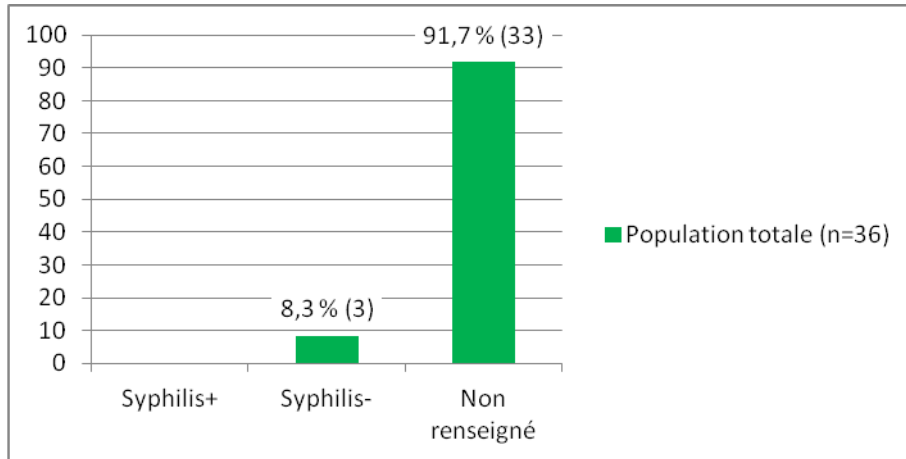


Figure 56 : Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis de la syphilis : population totale.

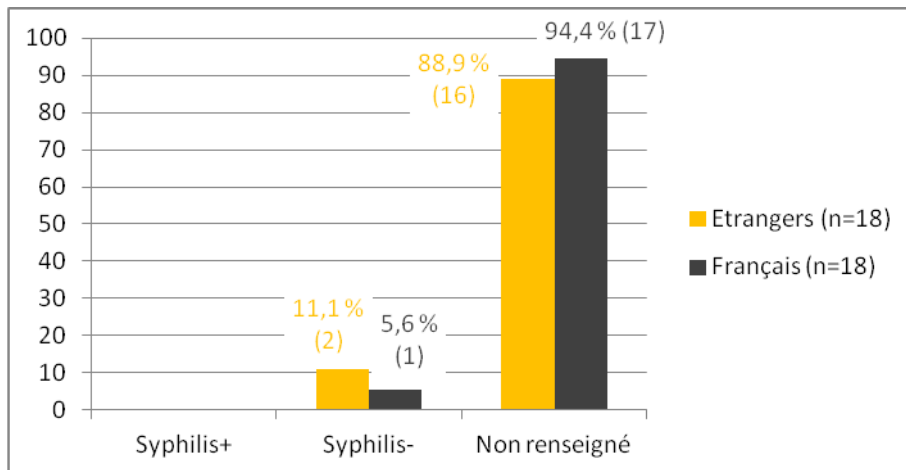


Figure 57 : Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis de la syphilis : distinction français/étrangers.

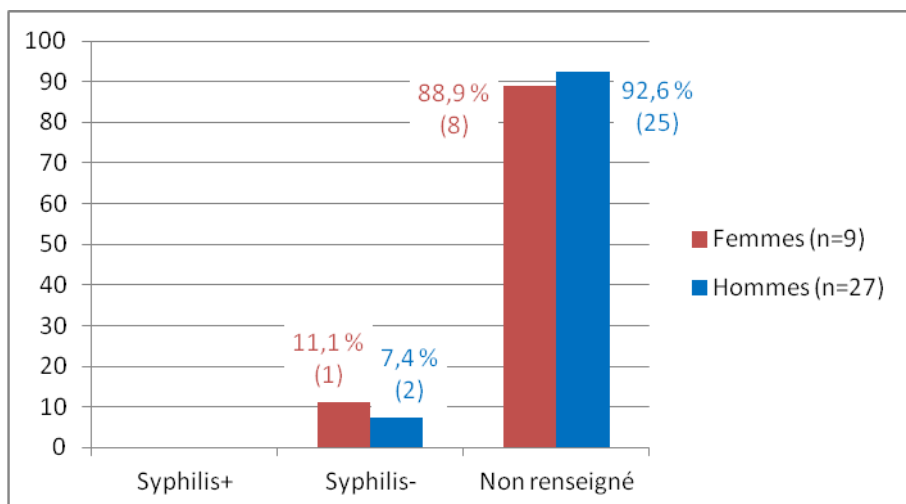


Figure 58 : Répartition des patients des LHSS étudiés par statut sérologique vis-à-vis de la syphilis : distinction hommes/femmes.

5- DISCUSSION

5.1- LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE

5.1.1- LIMITES DE L'ETUDE

5.1.1.1- BIAIS DE SELECTION

Tout d'abord, il existe un biais de sélection assez important puisque l'étude était *monocentrique*. Ce **biais de recrutement** a rendu l'échantillon étudié moins représentatif, et ce d'autant plus que le *nombre de patients* était *limité* (36 patients). Cependant, ce biais a été partiellement rattrapé par *l'exhaustivité du recrutement* ; en effet, j'ai exploité l'ensemble des dossiers médicaux des LHSS de la Roche sur Yon, y compris les dossiers des patients encore hébergés.

5.1.1.2- BIAIS DE MESURE/DE CLASSEMENT/D'INFORMATION

Rappelons que ce type de biais est lié à une erreur de recueil, d'enregistrement ou de codification des données avant leur analyse.

5.1.1.2.1- DIFFERENTIELS

Il y a eu essentiellement un biais de mesure différentiel (c'est-à-dire dont la probabilité était différente selon les groupes étudiés) : on peut effectivement penser pour le groupe des étrangers, étant donné que certains patients ne parlaient pas et/ou ne comprenaient pas le français, que le recueil des données par l'équipe soignante a pu être, au mieux incomplet, sinon faussé pour certains patients de ce groupe.

5.1.1.2.2- NON DIFFERENTIELS

La plupart des biais de mesure ont cependant été non différentiels (leur probabilité dans chaque groupe (hommes/femmes ; étrangers/français) était identique).

- Il y a probablement eu un **biais de mémorisation/de rappel** (essentiellement concernant les antécédents, les comorbidités) qu'il est difficile d'évaluer et dont l'importance a certainement différé d'un patient à un autre.
- Toujours dans le recueil des antécédents, on peut soupçonner un **biais de subjectivité de l'enquêteur**, avec par exemple, une moindre déclaration de certaines comorbidités tels que les troubles ophtalmologiques par exemple, ou tout autre pathologie jugée peu importante, et ce d'autant plus que la population étudiée est ici spécifiquement précaire et est donc réputée moins préoccupée de ses problèmes de santé.
- De même qu'il a existé un biais de subjectivité de l'enquêteur, on ne peut évidemment ignorer une très probable **subjectivité de l'enquêteur**. En effet, pour reprendre l'exemple des troubles ophtalmologiques, même si le médecin qui a examiné les patients à leur entrée a constaté le port de lunettes (pour myopie par exemple), il est très probable qu'il n'ait pas mentionné cet antécédent dans le dossier médical (pratique plus que courante en pratique clinique).

- On peut également citer le **biais de « prévarication »** (omission volontaire voire mensonge de la part du patient, concernant des facteurs de risque en lien avec la vie intime ou jugés honteux) qui rejoint le biais de subjectivité de l'enquête. Dans cette étude, ce biais a pu être mis en jeu lors de la déclaration des consommations d'alcool, de tabac ou de drogues.
- Par ailleurs, **certaines pathologies n'ont probablement pas été relevées par manque de dépistage**. Ce biais a d'ailleurs pu être plus important chez les patients dont la durée de séjour a été très courte, ou même chez les patients n'ayant pas eu de consultation en CES par exemple. Il est donc **lié à la durée de séjour** des patients en LHSS, qui a varié de moins de 10 jours à plus de 90 jours.
- L'étude sur dossiers a aussi conduit à relever des **données non concordantes** : en effet, la multiplicité des membres de l'équipe, et donc des personnes amenées à remplir les dossiers médicaux, a pu mener à certaines incohérences comme par exemple concernant la nationalité d'un patient qui reste ambiguë (Arménie ou Azerbaïdjan selon les pages du dossier).
- Cette étude sur dossier a également eu d'autres conséquences dont le **manque d'éléments**, notamment concernant les revenus des patients, ou leur niveau d'étude par exemple. Devant le petit nombre de dossiers renseignés pour ces critères en particulier, et du fait par ailleurs du petit échantillon de départ, j'ai donc fait le choix de ne pas exploiter ces données qui n'auraient eu aucune significativité.
- Le dernier biais que j'ai pu relever concerne un **biais lié à la codification des données** : j'ai effectivement dû classer des pathologies qui pouvaient correspondre à plusieurs catégories, comme pour l'épilepsie liée au sevrage d'alcool : fallait-il la classer dans la maladie épileptique ou les complications liées à l'alcoolisme ?

Ces biais de mesure, pour la plupart potentiels, ont donc été essentiellement dus à des erreurs dans le recueil ou l'enregistrement des données. Ceci rejoint le fait que la qualité des données disponibles de cette étude, n'ayant inclus qu'une seule source d'informations (étude sur dossiers), a été moindre que s'il s'était agi d'une étude sur questionnaires par exemple.

5.1.1.3- AUTRES LIMITES

Il existe essentiellement deux limites supplémentaires à cette étude, et celles-ci concernent l'analyse des données, et plus précisément les **difficultés à comparer les résultats obtenus aux données de la littérature**.

En effet, la première limite réside dans le manque de comparabilité du fait par exemple de la **multiplicité des types de classements** des pathologies/comorbidités **dans la littérature** ou lors des classements par tranches d'âge. Etant donné l'absence de « consensus » pour ces classements dans les différentes études que j'ai recensées dans la littérature, j'ai effectué un tri des données selon des classements que j'estimais les plus adaptés à chaque fois.

Enfin, vu le manque d'études publiées sur les patients de LHSS en particulier (notamment du fait que ces structures soient françaises uniquement, même s'il existe des structures plus ou moins

équivalentes à l'étranger), **la comparaison de l'échantillon des patients de mon étude à l'ensemble de la population des LHSS n'a pas été possible**. J'ai donc été amenée à comparer les résultats de mon étude à ceux de populations proches mais non identiques, notamment du point de vue de la précarité (population de ZUS, migrants, réfugiés, sans-abri, ...). On peut donc aisément comprendre que les données de la littérature elles-mêmes n'aient pas été consensuelles, du fait, principalement, que les populations étudiées n'étaient pas strictement comparables.

5.1.2- POINTS FORTS DE L'ETUDE

Les points forts de cette étude rejoignent les limites que nous venons de décrire.

En effet, concernant le recrutement des patients, bien que l'étude sur dossiers ait eu pour conséquences les biais cités plus haut, celle-ci a également permis une **exhaustivité du recrutement**, et donc un nombre de patients plus important que si l'on avait choisi un autre mode de recueil des données.

Par ailleurs, comme souligné précédemment, les LHSS sont des structures récentes, et leurs populations restent donc peu étudiées pour le moment. Ce travail a donc comme principal point fort **d'initier une réflexion sur la santé et les besoins en santé des patients de LHSS**, considérés comme des personnes en situation de grande précarité.

5.2- SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES RESULTATS

Avant tout, il me semble important de préciser que d'une manière générale, les comparaisons entre les hommes et les femmes dans cette étude m'ont paru peu pertinentes du fait du faible nombre de femmes incluses dans l'étude.

5.2.1- CARACTERISTIQUES GÉNÉRALES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

La population étudiée était donc **majoritairement masculine (75%) et jeune** puisque l'âge moyen observé était de 38 ans. On remarque cependant que **les étrangers étaient globalement plus jeunes que les français** avec un âge moyen de 35 ans contre 42 ans chez les français ; de la même manière, **les femmes étaient plus âgées que les hommes** avec une moyenne d'âge de 40 ans contre 35 ans pour les hommes.

Concernant la situation familiale, la population des LHSS était **majoritairement isolée puisque 61% était séparée, divorcée, célibataire ou veuve** contre 39% qui était mariée ou en concubinage. Là encore, il existe de grosses disparités entre français et étrangers : en effet, **les étrangers étaient majoritairement mariés (61%) ou célibataires (33%)** mais aucun n'était séparé alors que **les français étaient majoritairement séparés ou divorcés (44%)** alors que 17% étaient mariés et 22% célibataires. La comparaison hommes/femmes met en évidence une **majorité de femmes mariées (56%)** alors que **les hommes étaient plutôt isolés (33% étaient mariés)**.

Si l'on se penche sur la nationalité des patients, **la moitié** d'entre eux **étaient français**. Les étrangers venaient essentiellement du bassin « **Arménie-Azerbaïdjan-Géorgie** » (**44% des étrangers**) et d'**Afrique noire (39% des étrangers)**. Le reste des patients étrangers se répartissaient entre la Russie (11%) et le Royaume-Uni (6%).

5.2.2- CARACTERISTIQUES GENERALES SPECIFIQUES AUX ETRANGERS

On note qu'**une majorité de patients étrangers (44%) ne maîtrisait pas la langue française**, ce qui a pu compliquer leur prise en charge au sein de la structure. Cependant, cette information n'était pas renseignée dans 28% des dossiers de patients étrangers.

Concernant leur statut vis-à-vis de l'immigration, l'étude met en évidence que **les demandeurs d'asile étaient majoritaires dans cette population (44%)**, en excluant les 33% de patients pour lesquels le statut vis-à-vis de l'immigration n'était pas connu, ce qui, comme pour la maîtrise de la langue française, limite l'interprétation des résultats.

5.2.3- ETAT DE SANTE

5.2.3.1- MOTIF MEDICAL PRINCIPAL DE RECOURS

Le motif médical principal justifiant le recours aux soins dans cette étude **a été très majoritairement le traumatisme physique (24%)**, ce qui rejoint le fait que les personnes en situation de grande précarité consultent en premier lieu dans les cas de force majeure que pour de la prévention. **Le deuxième motif de recours a été le motif psychiatrique ou psycho-social (12,5%)** ce qui confirme également la forte prévalence de problèmes psycho-sociaux de cette population, sans différence majeure selon les sexes et les nationalités. **Les troisièmes motifs de recours ont été la néphrologie et les bilans de santé (8,3%)** : les recours de néphrologie entraînent le plus souvent dans le cadre d'insuffisances rénales terminales nécessitant des dialyses régulières, incompatibles avec la vie à la rue d'une part, et obstruant des lits à plus ou moins long terme d'autre part ; quant aux recours pour bilans de santé, ceux-ci avaient été, le plus souvent, demandés par un médecin après une première évaluation dans le cadre de l'urgence pour un autre motif : il ne s'agissait donc pas du motif premier de recours aux soins, mais réellement du motif d'entrée en LHSS donc probablement du fait d'un réel manque de prévention pour ces patients, ce qui rejoint le fait que cette population ne considère pas sa santé comme une priorité.

Si l'on poursuit l'analyse en sous-groupes, cela mène globalement aux mêmes conclusions mais on note que **22% des motifs de recours des femmes a été l'obstétrique** et qu'il s'agissait de femmes étrangères. D'autre part, on note que **les admissions pour bilans de santé n'ont concerné que des hommes français** donc l'on peut supposer que cette population particulière est moins préoccupée par la prévention que les autres.

5.2.3.2- MORBIDITE

Les résultats de l'étude montrent que **seulement 11% des patients n'avaient qu'une pathologie** (ou problème de santé) **en cours**. Vu l'âge moyen des patients, on aurait pu s'attendre à avoir une plus grande proportion de patients avec une seule pathologie en cours, mais la grande précarité semble être un facteur de mauvaise santé du fait du manque de prévention notamment et du manque de moyens pour se soigner, laissant les pathologies s'accumuler.

D'autre part, on peut dire qu'une majorité des patients était polypathologique car **64% des patients présentaient au moins 4 pathologies** et **22% des patients présentaient 8 symptômes ou plus**.

L'analyse en sous-groupes apporte un autre élément marquant : **les patients les plus polypathologiques étaient des hommes français**. Ceci peut également s'expliquer par le manque de prévention chez les hommes (davantage que chez les femmes). D'autre part, nous avons évoqué en introduction la notion de « healthy migrant effect » selon laquelle les étrangers sont souvent en meilleure santé que les autochtones notamment du fait que voyager nécessite des conditions de santé suffisamment satisfaisantes.

5.2.3.3- COMORBIDITES PRINCIPALES

La première comorbidité des patients étudiés, et ce **pour tous les sous-groupes, a été le trouble psychiatrique (61% des patients)** (troubles de l'humeur, anxiété, trouble du sommeil ; hors psychoses qui représentaient uniquement 2,8% des comorbidités et troubles de la personnalité 2,8% également), avec peut-être une légère minorité de femmes (44% de celles-ci étaient concernées) mais cette interprétation reste à modérer du fait du petit nombre de femmes incluses, puisqu'elles étaient 9. Ces chiffres n'incluent pas les patients présentant des symptômes pouvant potentiellement être en lien avec une anxiété mais pour lesquels le diagnostic d'anxiété n'a pas été clairement défini pendant le séjour en LHSS (céphalées inexpliquées (14%), douleurs abdominales (5,6%), ...) ; cependant certains patients présentaient à la fois un diagnostic clair d'anxiété et des symptômes peut-être en lien avec celle-ci. Ces statistiques s'expliquent facilement par trois faits : premièrement, ces personnes ont pu être exclues du fait de ces pathologies stigmatisantes (trouble bipolaire par exemple), dans ce cas la maladie est la cause de la situation de précarité ; mais celle-ci est également très souvent la conséquence de l'exclusion ou de la décadence sociale : en effet, la perte du lien social et le sentiment d'abandon entraînent des troubles psychiatriques à type d'anxiété et de dépression ; enfin, le fait de se retrouver sans-abri peut également être un « choix forcé » dû à une situation insupportable comme pour les certains patients ayant subi des violences à leur domicile ou dans leur pays d'origine.

Les « autres » troubles ostéo-articulaires ont représenté la deuxième comorbidité de l'ensemble des patients étudiés, ainsi que globalement dans toutes les sous-catégories de patients étudiées : cette catégorie de pathologies regroupait essentiellement des antécédents de traumatismes physiques (fractures, entorses, luxations), sans présager de leur origine (violence subie ?) ainsi que des pathologies du genou et de l'épaule. Ce résultat rejoint le fait que le premier motif de recours aux LHSS ait été le traumatisme physique. Existe-t-il une sous-déclaration des autres problèmes de santé qui majore l'impression de forte prévalence de ces troubles ostéo-articulaires : en effet, les symptômes en lien avec ces troubles limitent fortement les patients dans leur activité et

sont peut-être, à ce titre, plus déclarés par cette population pour qui, une fois encore, la santé n'est pas une priorité. D'autre part, on peut penser que le fait d'être sans domicile favorise les traumatismes du fait de la violence de la rue (agressions plus fréquentes favorisées notamment par la prise d'alcool).

Puis viennent ensuite pour 30 à 36% des patients **les troubles dentaires (36%), les troubles ophtalmologiques et les troubles génito-urinaires (33%) et les troubles dermatologiques (30%)**. L'analyse en sous-groupes retrouve moins de troubles dentaires et ophtalmologiques chez les femmes (22% d'entre elles pour chaque pathologie) mais la question de la représentativité de ce sous-groupe se pose là-encore. Les troubles dermatologiques sont également moins représentés chez les femmes (11% contre 37% chez les hommes) mais aussi chez les étrangers (17% contre 44% chez les français). Enfin, les troubles génito-urinaires sont moins représentés chez les français (22% contre 44% des étrangers) et chez les hommes (30% contre 44% des femmes).

- Si l'on tente d'interpréter ces chiffres, il semble logique de retrouver une prévalence élevée des **troubles dentaires et ophtalmologiques** car ces pathologies coûtent cher aux patients et sont donc souvent négligées par les patients en situation de précarité.
- Concernant les **troubles génito-urinaires** (regroupant les infections génito-urinaires, les symptômes divers tels que pollakiurie, prurit et douleurs génitales, les mutilations sexuelles,...), leur prévalence importante peut s'expliquer par plusieurs hypothèses : en effet, *la prévalence de certains de ces troubles est également élevée dans la population générale* (cystites récidivantes, mycoses génitales), particulièrement chez les femmes : ceci explique également la plus forte prévalence observée chez les femmes dans cette étude. D'autre part, les mutilations sexuelles ne sont pas rares dans certains pays notamment sur le continent africain : les patientes concernées sont souvent en situation de grande précarité lorsqu'elles arrivent en France ce qui explique leur présence en LHSS : cette hypothèse confirme également la plus grande prévalence de ces troubles chez les femmes et les étrangers.
- Enfin la forte prévalence des **troubles dermatologiques** peut s'expliquer par plusieurs faits : premièrement, ce terme *regroupe un nombre important de pathologies* assez diverses (œdèmes des membres inférieurs, dermatose de la face, psoriasis, dermite ocre, gale, mycose, plaie de jambe, érysipèle, eczéma, xérose cutanée, scarifications, prurit) ; deuxièmement, ces pathologies sont *souvent en lien avec des infections* (gale, mycose, plaies non désinfectées, ...) et l'on peut penser que l'hygiène n'est pas d'accès facile pour les patients vivant dans la rue, ce qui facilite la propagation et le développement des maladies infectieuses ; dernièrement, les maladies de peau type eczéma et psoriasis peuvent être *considérés comme peu handicapants* et leur traitement peut donc, une fois encore, être négligé par les personnes en situation de précarité. La prévalence plus importante chez les hommes et les français peut être expliquée par le fait que ce profil de sans-abri est souvent à la rue depuis plus longtemps que les autres ; ainsi le problème de l'hygiène dans le temps renforce les troubles dermatologiques.

Si l'on étudie maintenant la **prévalence des maladies cardiovasculaires** (accidents cardiovasculaires, des cardiopathies, de l'angor et de l'AOMI, en excluant les facteurs de risque que sont l'HTA et le diabète), on obtient **14% des patients atteints** (certains patients étant

polyvasculaires), sans grande différence selon les sous-groupes, ce qui paraît assez important étant donné l'âge moyen des patients de l'étude. Ceci peut être assez bien expliqué d'une part par le *manque de prévention* des personnes très précaires et d'autre part par leur *mode de vie*, notamment leur alimentation, mais également la forte prévalence du tabagisme actif dans cette population (cf plus bas).

Les prévalences des autres pathologies n'ont pas révélé d'autre information singulière. Notons cependant la **prévalence relativement importante de la tuberculose** (active, latente, guérie ou primo-infection) : 17% des patients des LHSS. *Les populations précaires sont effectivement plus à risque* de la contracter, du fait, de nouveau, des conditions d'hygiène défectueuses dans la rue. D'autre part, la prévalence observée chez les étrangers a été plus importante (28% contre 5,6% chez les français) : cette donnée peut s'expliquer par le fait qu'il s'agisse d'une *pathologie d'importation*, dont la prévalence est souvent élevée notamment dans certains pays dont sont issus les patients étudiés.

Enfin, citons les **traumatismes crâniens** et **agressions ou violences subies** dont la prévalence a atteint 14% pour chaque pathologie ; la prévalence des agressions ou violences subies a même atteint les 33% pour les femmes (contre 7,4% chez les hommes). Ces pathologies auraient pu être classées avec les « autres » troubles ostéo-articulaires mais il m'a semblé plus opportun de les classer à part car elles sont en lien avec des traumatismes souvent plus graves sur le plan médical (pour les traumatismes crâniens) et/ou sur le plan social (pour les agressions ou violences subies), ce qui permet une interprétation plus fine de leur prévalence. Malgré tout, on peut de nouveau rattacher ces fortes prévalences à la violence de la rue d'une part (souvent aggravée par des consommations d'alcool ou de drogues plus importantes chez ces patients ou chez les autres sans-abri (cf paragraphe suivant sur les addictions)), mais également aux situations de détresse sociales dans lesquelles ces patients en situation de grande précarité ont pu se trouver par le passé : en effet, certains de ces patients étrangers ont subi des violences volontaires dans leur pays d'origine, les ayant conduit à fuir ce pays et à demander l'asile en France ; d'autre part, certaines patientes ont subi des violences conjugales expliquant la plus forte prévalence observée des agressions ou violences subies chez les femmes.

5.2.3.4- FACTEURS DE RISQUE ET ADDICTIONS

Débutons par l'IMC (Indice de Masse Corporelle) : selon les données exploitables, **la majorité des patients avaient un surpoids** ($25 < \text{IMC} < 30$) : on peut facilement expliquer ce résultat par le fait que la diététique, tout comme la prévention en santé, ne fait pas partie des priorités des personnes en situation de précarité qui n'ont, d'autre part, pas les moyens de s'offrir une alimentation équilibrée. Par ailleurs, 25% des patients avaient un poids normal à l'admission ($19 < \text{IMC} < 25$), 5,6% avaient un poids insuffisant ($\text{IMC} < 19$) et aucun n'était obèse. On note cependant que l'IMC n'était pas calculable pour 33% des dossiers patients du fait du manque de renseignement de la taille le plus souvent : ceci a pu fausser les résultats de l'étude. L'analyse en sous-groupes ne retrouvait pas de différence significative entre les hommes et les femmes ; en revanche, si l'on étudie les populations française et étrangère, on remarque que **la très large majorité des étrangers étaient en surpoids (61%)** et aucun n'était de poids normal (et 33% avaient un IMC non connu), tandis que **la moitié des français étaient de poids normal** et seulement 11% avaient un surpoids. Bien que l'hypothèse

évoquée précédemment concernant le manque de diététique reste valable, il est également possible que le surpoids de la population étrangère ait été antérieur à la venue en France, et donc en lien avec des habitudes alimentaires du pays d'origine.

Etudions maintenant les **addictions**. Avant tout, soulignons les nombreuses données manquantes sur ce sujet dans les dossiers médicaux, constituant un véritable biais de mesure et pouvant légitimement induire des réserves quant aux interprétations qui suivent.

- Premièrement, les patients étudiés étaient **majoritairement tabagiques** (47% contre 25% non fumeurs et 28% dont le statut tabagique n'était pas connu dans les dossiers médicaux), avec une tendance un peu plus marquée chez les patients français (56% de tabagiques français contre 39% d'étrangers), mais sans grande différence hommes/femmes.
- Deuxièmement, **une majorité des patients était dépendante à l'alcool** (33% des patients versus 19% et 47% de dossiers non renseignés), avec cette fois-ci, de grosses disparités entre sous-groupes : **les populations les plus touchées étaient les hommes** (41% contre 11% des femmes) **et les français** (56% contre 11% des étrangers). Malgré tout, les chiffres concernant étrangers et français étaient peu comparables du fait du pourcentage important de dossiers non renseignés chez les étrangers (67% contre 28% pour les dossiers médicaux des patients français), même si les chiffres concernant les étrangers montraient une majorité de non-dépendants à l'alcool. Bien que ces chiffres soient contestables, ils s'expliquent assez aisément : en effet, l'alcoolisme est une pathologie plutôt masculine, y compris en population générale ; par ailleurs, la grande précarité des étrangers est rarement due à des pathologies addictives mais plus souvent à leur statut social d'étrangers en tant que tel (ce qui n'empêche pas, si la situation perdure, qu'ils puissent avoir une addiction à l'alcool par la suite).
- **Les consommations de cannabis ont été très peu renseignées dans les dossiers médicaux (86%)** voire pas du tout concernant les étrangers ; **même constat pour les consommations d'opiacés (83% de dossiers non renseignés et aucun concernant les étrangers), et les autres addictions (86% de dossiers non renseignés)** : il est possible que la question n'ait pas été posée à la plupart des patients et que la barrière de la langue ait joué un rôle dans cette absence de données chez certains étrangers. Ces chiffres sont donc peu exploitables, d'autant plus qu'il n'était pas clairement spécifié dans les dossiers, lorsqu'ils étaient renseignés, s'il s'agissait d'une consommation occasionnelle ou abusive.
- Enfin concernant les associations de consommation de produits, on constate qu'elles ne sont pas rares avec **11% de patients consommant régulièrement au moins 3 produits**, sachant que ce chiffre est sans doute sous-estimé du fait du manque de renseignements des dossiers médicaux. L'analyse en sous-groupes montre qu'il n'y a pas de différence notable entre hommes et femmes mais que les patients concernés sont **exclusivement français** (un seul patient étranger a déclaré consommer régulièrement deux produits). Deux explications sont possibles : soit il existe une sous-déclaration de la part des étrangers (biais de « prévarication »), soit ces données sont exactes et les patients français sont effectivement plus à risque de polyaddictions : ceci pourrait s'expliquer par le fait que les français en situation de grande précarité sont à la rue depuis plus longtemps, confrontant les personnes à davantage de produits, et augmentant donc ce risque de polyaddictions.

Malgré les nombreux manques de données concernant les addictions, on constate globalement une tendance aux dépendances aux toxiques chez les patients étudiés, ainsi qu'une tendance au surpoids, ce qui rejoint ce que nous avons évoqué en introduction sur le lien entre ces facteurs de risque et la précarité en général.

5.2.3.5- VACCINATIONS ET SEROLOGIES

Là encore, le taux de renseignement des dossiers médicaux n'était pas conséquent ; ceci limite donc l'interprétation des résultats.

Il n'y avait pas de données concernant les vaccinations autres que pour la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP), hormis chez les deux femmes admises pour motif obstétrical chez qui l'on connaissait le statut sérologique contre la rubéole.

La majorité des patients dont le statut vaccinal DTP était connu n'étaient pas à jour de leur vaccination (39%), tandis que 19% étaient à jour (42% de dossiers non renseignés). La comparaison hommes/femmes semble peu opportune car 78% des dossiers des femmes n'étaient pas renseignés. Si l'on compare les populations française et étrangère, on observe que **les étrangers étaient moins à jour de cette vaccination que les français** (11% des étrangers à jour contre 28% des français). On comprend aisément que les populations précaires soient peu vaccinées étant donné que cela entre dans le cadre de la prévention en santé, qui, comme nous l'avons déjà évoqué, n'est pas une priorité dans cette population qui a peu de moyens. D'autre part, on peut expliquer le moindre taux de vaccination des étrangers par le fait que la situation sanitaire dans certains des pays d'origine de ces patients, ne permettait pas un bon suivi médical (rappelons que 44% des patients étrangers de l'étude étaient demandeurs d'asile en France).

Etudions maintenant les résultats des différentes sérologies demandées pendant l'hébergement en LHSS (soit par consultation au CES, soit directement par le médecin des LHSS). Là encore, les taux de non-renseignement des dossiers médicaux apportent une nuance aux interprétations potentielles ; par ailleurs, les sérologies de l'hépatite A n'ayant quasiment pas été mentionnées dans les dossiers médicaux, il ne m'a pas semblé légitime d'en réaliser l'analyse :

- **L'ensemble des sérologies VIH étaient négatives** avec des taux semblables dans les différents sous-groupes (soit 33% versus 67% de dossiers non renseignés).
- **Le même constat peut être fait des sérologies syphilitiques qui étaient toutes négatives** (soit 8,3% versus 92% de dossiers non renseignés), sans différence marquée entre les sous-groupes.
- **Idem concernant les sérologies hépatite C : toutes étaient négatives** (soit 42% versus 58% de dossiers non renseignés). On note cependant que les dossiers médicaux des patients français étaient un peu moins renseignés (67% contre 50% des dossiers de patients étrangers non renseignés).
- Les sérologies d'hépatite B montraient **l'absence d'hépatite B active dans l'ensemble de la population étudiée**, malgré le fait que 67% des dossiers n'étaient pas renseignés pour cette donnée. La distribution entre sérologies discordantes (5,6%), sérologies négatives (8,3%),

hépatites B guéries (14%) et immunité acquise par vaccination (5,6%) était globalement équitable, sans différence remarquable entre hommes et femmes : on constate ici un **très faible taux de vaccination** (semblable selon les sous-groupes) malgré le biais du manque de dossiers renseignés : cette remarque rejoint celle du manque de prévention en santé chez l'ensemble des patients. D'autre part, l'analyse comparative étrangers/français retrouve essentiellement une différence : **tous les cas d'hépatite B guéries concernaient des étrangers** (5 étrangers sur 18) : il est ici difficile d'expliquer cette différence étant donné les modes de transmission de l'hépatite B, hormis peut-être une prévalence plus importante de cette pathologie dans certains pays dont sont originaires certains des patients étrangers étudiés.

5.3- COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

Comme évoqué plus haut, ma revue de littérature ne m'a pas permis de trouver d'étude à grande échelle menée sur les patients de LHSS. Les comparaisons aux travaux effectués seront donc orientées sur différents types de populations, socialement proches des populations attendues en LHSS, et que je décrirai brièvement à chaque fois.

5.3.1- CARACTERISTIQUES GENERALES

L'intérêt de cette comparaison à la littérature réside essentiellement dans le fait de savoir si les patients étudiés étaient représentatifs des populations attendues en LHSS.

5.3.1.1- SEXE

5.3.1.1.1- SDF

La population SDF semble a priori être l'une des plus représentatives des LHSS car être sans abri est l'une des conditions premières pour être accueilli dans ces structures.

On retrouve de nombreuses études sur les SDF (16,17,84–94) mais les chiffres sont à prendre avec précautions à chaque fois étant donné qu'il s'agit d'une population difficile à recenser précisément. L'ensemble des études que j'ai trouvées et menées dans des grandes villes françaises mais aussi canadiennes et américaines, retrouvent une **large majorité d'hommes, représentant entre 60 et 94%** de la population pour une **moyenne globale de 80% d'hommes**.

5.3.1.1.2- PATIENTS DE STRUCTURES DE SOINS GRATUITS (CES, PASS)

Ces patients semblent d'emblée moins représentatifs de la population des LHSS, car sont inclus les patients ayant consulté en centres de santé et répondant donc à la définition de la précarité (et non exclusivement de la grande précarité). D'autre part, concernant les centres d'exams de santé, il s'agit de structures essentiellement destinées à la prévention, contrairement aux LHSS.

Deux études menées sur des **centres d'exams de santé** (8876 patients en 2000 et 10051 en 2011) retrouvent une **majorité de femmes** (respectivement 62% et 59%) (20,95), alors qu'une

étude menée sur 350 patients de la **PASS** d'Avignon en 2002 retrouvait **60% d'hommes contre 40% de femmes** (si l'on exclut les enfants) (96). La prédominance des femmes en CES peut être expliquée par le fait que les femmes sont davantage préoccupées par la prévention que les hommes d'une manière générale.

5.3.1.1.3- ETRANGERS DEMANDEURS D'ASILE

Parmi les patients étrangers, les populations qui semblent les plus à risque de grande précarité semblent être les demandeurs d'asile et les réfugiés.

Les chiffres officiels de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) montrent qu'en 2012, parmi les 41254 nouvelles demandes d'asile, il y avait 63% d'hommes et 37% de femmes (97) ; les chiffres de l'ANAEM (Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations) de 2007 retrouvent 52% d'hommes et 48% de femmes parmi 8672 patients de 245 CADA (Centre d'Accueil Demandeurs d'Asile) et CPH (Centres d'Hébergement Provisoire) (98) ; enfin une étude canadienne sur 289 demandeurs d'asile ayant consulté en centre de soins gratuits retrouvait 57% d'hommes pour 43% de femmes (99). Pour information, selon l'ANAEM, l'ensemble des primo-migrants en France (donc pas forcément en situation de grande précarité) en 2007 étaient pour 50% des hommes et 50% des femmes selon une étude menée sur 8119 primo-migrants (100).

Ces chiffres montrent donc une **légère prédominance masculine (52-63% d'hommes)**.

5.3.1.1.4- COMPARAISON AVEC LES PATIENTS DES LHSS

Si l'on compare maintenant ces chiffres (eux-mêmes peu précis) aux résultats de notre étude, qui retrouvait 75% d'hommes, **on peut penser que les patients étaient représentatifs des patients en situation de grande précarité en France**, en admettant l'hypothèse que les patients des centres gratuits soient moins proches socialement des patients de LHSS. **Concernant les étrangers, notre étude retrouvait 67% d'hommes ce qui semble un peu plus important que les chiffres retrouvés dans la littérature.** Les patients des LHSS étudiés étaient-ils représentatifs des étrangers très précaires ? Ou bien les hommes étrangers en situation de grande précarité nécessitent-ils plus souvent des soins que les femmes dans la même situation ?

5.3.1.2- AGE

5.3.1.2.1- SDF

Selon la plupart des études (françaises, américaines et canadiennes) sur le sujet, l'âge moyen des sans-abri est compris entre 32 et 48 ans avec une prédominance des études montrant un âge moyen de 41 ans, les âges extrêmes étant globalement les mêmes, variant de 15 à 76 ans, avec cependant une moindre proportion de plus de 60 ans (entre 5 à 10% selon les études). Il existe cependant une discordance concernant les comparaisons des moyennes d'âge hommes/femmes. De même, les groupes d'âges majoritaires varient d'une étude à l'autre (moins de 34 ans, 18-39 ans, 39-49 ans, 20-40 ans), montrant la difficulté à cerner cette population (17,86-94,101,102).

On retiendra de ces différentes études que l'âge moyen des SDF se situe autour de 41 ans, qu'il y a peu de plus de 60 ans et que la distribution des âges entre hommes et femmes est globalement semblable.

5.3.1.2.2- PATIENTS DE STRUCTURES DE SOINS GRATUITS

Une étude de 2002 menée sur 350 patients de la PASS d'Avignon retrouvait un âge moyen de 37 ans pour les hommes et 36 ans pour les femmes (96), alors que les études menées en CES étaient assez discordantes entre elles retrouvant pêle-mêle un âge moyen de 45 ans (contre 48 ans en population générale) (20), une majorité de patients ayant entre 25 et 35 ans (18) et une majorité de patients de 20 à 24 ans, une distribution homogène des patients entre 25 et 59 ans (environ 10% pour chaque tranche de 5 ans), mais très peu de plus de 60 ans (2%) (95). Enfin, on note que certains auteurs retrouvent des âges comparables entre ces patients précaires et la population générale (10).

Les patients consultant en centres de soins gratuits semblent donc être une population plus hétérogène, âgée majoritairement de 20 à 59 ans, avec une moyenne d'âge oscillant entre 36 et 45 ans mais peu de plus de 60 ans.

5.3.1.2.3- ETRANGERS DEMANDEURS D'ASILE

Selon l'OFPPA, l'âge moyen des nouveaux demandeurs d'asile en 2012 était de 32,5 ans (97). Selon l'ANAEM en 2007, les demandeurs d'asile étaient majoritairement jeunes (26% avaient 20-29 ans, 23% avaient 30-39 ans) (98), sachant que ces chiffres incluaient les enfants (34% avaient entre 0 et 19 ans). Enfin, selon une étude canadienne menée sur 289 demandeurs d'asile, 66% des patients étaient âgés de 20 à 40 ans (99).

Les demandeurs d'asile en France semblent donc être majoritairement âgés de 20 à 40 ans.

5.3.1.2.4- COMPARAISON AVEC LES PATIENTS DES LHSS

Cette revue de la littérature montre que **les patients de mon étude étaient comparables aux populations très précaires en terme d'âges**, puisque les plus de 65 ans étaient minoritaires (5,6%), les étrangers étaient plus jeunes que les français (35 ans versus 42 ans), et l'âge moyen était de 38 ans contre environ 41 ans dans la population SDF en général.

5.3.1.3- SITUATION FAMILIALE

5.3.1.3.1- SDF

Les différentes études parisiennes, canadiennes et américaines se rejoignent sur le fait que **la grande majorité des SDF vit seule** (66 à 80% selon les études). Et ce constat semble être d'ailleurs **plus marqué chez les hommes** que chez les femmes (16,17,88,103).

5.3.1.3.2- PATIENTS DE STRUCTURES DE SOINS GRATUITS

Parmi ces patients, là-encore, les chiffres varient selon les études mais on retrouve globalement une **majorité de personnes seules (à peu près 75% contre 25% vivant en couple)** avec de fortes disparités selon les sous-groupes puisque **les hommes et les français vivent près de 2 fois moins en couple que les femmes et les étrangers** (surtout étrangers hors union européenne) (18,96).

5.3.1.3.3- ETRANGERS DEMANDEURS D'ASILE

Selon l'OFPPA, en 2012, parmi les 41254 nouveaux demandeurs d'asiles (hors mineurs accompagnants), **la grande majorité étaient célibataires (48%) puis mariés ou en concubinage**

(44,5%), une large minorité étaient divorcés ou séparés (3,5%), ou encore veufs (2,5%) (la situation maritale des autres n'était pas connue) (97).

5.3.1.3.4- COMPARAISON AVEC LES PATIENTS DES LHSS

Si l'on compare ces chiffres avec ceux de mon étude, on retrouve globalement les mêmes conclusions, car la majorité des patients était effectivement isolée (61% contre 39% mariée ou en concubinage). D'autre part, si les disparités hommes/femmes semblaient peu marquées dans mon étude (du fait d'un manque de représentativité des femmes, peu nombreuses), les différences français/étrangers étaient en revanche flagrantes avec un taux de patients étrangers en couple plus élevé qu'en comparaison avec ceux de l'OFPPA (61% contre 44,5%).

Les patients des LHSS de la Roche sur Yon semblent donc assez représentatifs des personnes très précaires concernant leur situation familiale.

5.3.1.4- ORIGINE GEOGRAPHIQUE

Il m'a semblé ici plus pertinent de n'inclure que des données françaises.

5.3.1.4.1- SDF

Les différentes études recensant les sans-abri en France retrouvent de **26 à 58% de français** pour une moyenne de 42% de français. Les autres grands groupes de nationalités représentées sont **d'abord le nord de l'Afrique** (28 à 48,5% des patients selon les études, parfois plus nombreux que les patients français), **puis l'Europe de l'Est** (de 7 à 16% selon les données), **puis l'Afrique subsaharienne** (de 2 à 11,5%), **puis l'Europe de l'Ouest** (3%) (17,90,92-94,102,104).

5.3.1.4.2- PATIENTS DE STRUCTURES DE SOINS GRATUITS

Les patients des centres gratuits sont **majoritairement étrangers**, quelles que soient les sources (variant de 68 à 77%) (18,96). L'étude menée à la PASS d'Avignon apporte un peu plus de précisions sur l'origine géographique de ces patients : **44% provenaient d'Afrique du Nord**, **23% de France**, 10% de Turquie, 10% d'Europe de l'Est, 7% d'Afrique subsaharienne, 4% de l'Union Européenne, et 2% d'autres pays.

5.3.1.4.3- ETRANGERS DEMANDEURS D'ASILE

Toujours selon l'OFPPA, les origines géographiques des nouveaux demandeurs d'asile en France en 2009 étaient réparties comme suit : 35% venaient d'Afrique, 35% d'Europe, 25% d'Asie et 5% d'Amérique (105). Une étude menée sur 8672 dossiers médicaux en CADA et CPH montre une légère différence de répartition des origines géographiques des patients notamment étant donné la plus grande proportion d'européens : les demandeurs d'asile de ces structures proviennent majoritairement d'Europe (63%), puis d'Afrique sub-saharienne (26%), puis d'Asie (7,7%), puis du Maghreb (2%) et enfin d'Amérique (1%) (98).

On retiendra donc que **les demandeurs d'asile en France sont en majeure partie européens (non communautaires) puis africains** et qu'à la différence des autres populations précédemment décrites, il y a très peu d'africains du Nord.

En comparaison, les étrangers en France en 2007 étaient majoritairement originaires de l'Union Européenne (35%), puis du Maghreb (30%), d'Asie (14%), d'Afrique sub-saharienne et autre (13%), d'Europe non communautaire (5%), d'Amérique et d'Océanie (3%) (32).

5.3.1.4.4- COMPARAISON AVEC LES PATIENTS DES LHSS

On constate donc que les patients des LHSS de la Roche sur Yon ont globalement les mêmes origines géographiques que les SDF français en général et que la répartition des nationalités des étrangers est semblable à celle des demandeurs d'asile en France. En revanche, une fois encore, la population de mon étude paraît assez différente des patients des structures de soins gratuits (notamment concernant la proportion de patients originaires du Nord de l'Afrique).

5.3.2- CARACTERISTIQUES GENERALES SPECIFIQUES AUX ETRANGERS

5.3.2.1- MAITRISE DE LA LANGUE FRANCAISE

Il existe assez peu de données sur le sujet dans la littérature médicale. Les données de deux études incluant respectivement 350 (dont 269 étrangers) et 498 patients, varient de **61 à 88% d'étrangers parlant français** parmi les SDF accueillis en centres et les patients de PASS (96,102).

Ces chiffres sont très éloignés des résultats obtenus dans mon étude où seulement **11% des patients étrangers maîtrisaient la langue française**. On peut donc penser que les patients étudiés étaient dans une situation de plus grande précarité car la barrière de la langue est un obstacle supplémentaire à l'intégration sociale. Cependant il faut modérer ces interprétations par le manque de données de la littérature sur ce sujet.

5.3.2.2- STATUT VIS-A-VIS DE L'IMMIGRATION

L'étude sur 350 patients de la PASS d'Avignon recense 4% d'étrangers faisant partie de l'Union Européenne ; parmi les autres étrangers, 69% n'avaient aucun titre de séjour, 23% en possédaient un, et 8% avaient un récépissé de demande de carte de séjour valable un mois (96). Une autre étude intéressante concernait 3900 SDF usagers des services d'aides en 2001 : parmi les SDF étrangers, 54% d'entre eux étaient demandeurs d'asile (alors qu'ils auraient dû être accueillis en CADA) (17).

Le manque de données des dossiers médicaux des patients des LHSS de la Roche sur Yon (33% n'étaient pas renseignés concernant le statut vis-à-vis de l'immigration, soit seulement 12 dossiers renseignés) empêche une comparaison avec ces chiffres et **ne permet pas de conclure sur la représentativité de cette population sur ce critère**.

5.3.3- CONCLUSION SUR LA REPRESENTATIVITE DES PATIENTS ETUDIES

Concernant les caractéristiques générales (âge, sexe, situation familiale, origine géographique), **les patients de l'étude** (français ET étrangers) **semblent donc assez représentatifs des populations très précaires que sont les SDF**.

Les étrangers de l'étude, quant à eux, **sont également assez spécifiquement représentatifs des populations très précaires que sont les demandeurs d'asile** sur ces mêmes caractéristiques ;

cependant l'échantillon semble trop faible pour conclure sur sa représentativité concernant les caractéristiques spécifiques aux étrangers (maîtrise de la langue française et statut vis-à-vis de l'immigration).

Notre échantillon semble par contre s'éloigner des populations consultant en centre de soins gratuits type PASS et CES, du fait, très probablement, que ces structures de soins s'adressent aux patients en demande de soins, à la différence des patients de notre étude. D'autre part, les CES sont avant tout des centres de prévention, ce qui les éloigne d'autant plus des patients très précaires. Cependant, la littérature étant, sur certains sujets, peu fournie sur les populations SDF ou demandeuses d'asile, j'ai fait le choix d'inclure des études menées en centres de soins gratuits pour la suite de la discussion, lorsque cela me semblait nécessaire.

5.3.4- ETAT DE SANTE

5.3.4.1- MORBIDITE

5.3.4.1.1- NOMBRE DE PATHOLOGIES PAR PATIENT

La littérature est plus complète concernant les pathologies en elles-mêmes que le nombre de pathologies par patient. Cependant, les études montrent globalement un **taux de morbidité globale** (taux de patients ayant au moins une pathologie active) **chez les SDF autour de 73%** (92), légèrement plus élevé chez les femmes. D'autre part, les études menées chez les jeunes (16-24 ans) SDF ou en situation précaire montrent que plus d'un sur deux présente au moins une pathologie (106).

En centres de soins gratuits, les données sont multiples et parfois discordantes. Nous retiendrons que les patients présentent **en moyenne 1,7 pathologie** d'une part (96), mais que **50% d'entre eux déclarent 4 symptômes ou plus et que 20% déclarent au moins 8 symptômes** (18).

Enfin, il n'existe que peu de données sur les demandeurs d'asile ; cependant, les données sur les **primo-migrants** en France en 2007 montrent une **morbidité globale bien en-deçà (19,5%)** (100), mais il est clair que cette population n'est pas à considérer comme très précaire puisqu'elle inclut tous les étrangers en France.

Ces données, moins pessimistes que les chiffres de mon étude, montrent néanmoins que **les populations très précaires présentent de nombreux problèmes de santé, et laissent supposer que les patients des LHSS sont plus polypathologiques que la population générale et les personnes précaires en général, et ont de réels besoins en santé nécessitant d'être pris en charge.**

5.3.4.1.2- PATHOLOGIES

5.3.4.1.2.1- TROUBLES PSYCHIATRIQUES

5.3.4.1.2.1.1- CHEZ LES SDF

La littérature est très fournie sur le sujet des pathologies mentales chez les **sans-abri**, et les chiffres de prévalence très hétérogènes. Une revue systématique avec analyse en méta-régression

menée sur 5684 patients en Europe et en Amérique du Nord retrouve les chiffres suivants : psychoses 12,7% (extrêmes 2,8% - 42,3%), troubles de la personnalité 23,1% (extrêmes 2,2% - 71%), syndrome dépressif majeur 11,4% (extrêmes 0% - 40,9%) avec des prévalence comparables à la population générale chez les femmes mais légèrement supérieures chez les hommes sans-abri qu'en population générale (107).

Cependant, la plupart des autres études recensées sur le sujet retrouvent au contraire des **prévalences plus importantes des maladies mentales chez les SDF qu'en population générale** (83,108,109), **avec globalement 1,5 à 2 fois plus de troubles psychiques chez ces patients (16,17) et davantage marqué chez les femmes**. L'hétérogénéité de ces données les rend difficiles à comparer avec les résultats de mon étude mais l'on retient la plus forte prévalence des pathologies mentales chez les SDF qu'en population générale.

Ceci peut s'expliquer par de nombreuses **causes potentielles** : antécédent d'événements traumatiques, parcours migratoire, perte des repères, pénibilité des conditions de vie, isolement, effondrement de l'estime de soi dû à l'absence de reconnaissance, au manque d'hygiène et au regard des passants, troubles du sommeil liés à la crainte de violences ou de vols, ... (17) quand le fait d'être SDF n'est pas en soi-même la conséquence d'une pathologie mentale type psychose ayant amené l'individu à se désinsérer peu à peu de la société.

5.3.4.1.2.1.2- CHEZ LES MIGRANTS

Selon l'ANAEM, la prévalence des pathologies psychiatriques chez les **demandeurs d'asile** est de 1,35% (98) et de 0,3% chez les primo-migrants (100). Une étude menée à Montréal retrouve des chiffres bien plus élevés (59,4% dont 14,9% de dépressions et 26,6% de syndrome de stress post-traumatique) (99), et donc plus proches des 55% retrouvés dans mon étude pour les étrangers. Quant au COMEDE, il chiffre à 38% la prévalence des psycho-traumatismes chez les **exilés** (33). Il semblerait par ailleurs que **ces troubles**, chez les étrangers, **augmentent avec la durée du séjour en France** passant d'une prévalence de 3,3% chez les étrangers en France depuis 1 à 2 ans à 7,8% chez ceux présents sur notre territoire depuis plus de 10 ans (31) et qu'ils soient plus fréquents chez les femmes exilées que chez les hommes (32).

Le COMEDE explique que **toute migration peut être vécue comme une rupture, potentiellement responsable de troubles psychologiques**, et ceci quelle que soit la raison de la migration : émigration économique imposée par une extrême pauvreté (et perspective d'un retour au pays rendue difficile du fait des revenus pas aussi importants qu'espérés, à cause notamment du contexte économique de la France actuelle), violences subies dans le pays d'origine menant à demander l'asile, ... D'autre part, les demandeurs d'asile ont à souffrir psychologiquement de leur statut qui leur interdit le droit au travail notamment, renforçant cette situation de grande précarité, statut qui se prolonge souvent (« provisoire qui dure ») du fait d'un faible taux de reconnaissance de statut de réfugié actuellement en France (29,3% en 2009 (105)). Enfin, les causes des troubles de l'humeur et de l'anxiété chez les migrants en général sont multiples : mal du pays, sentiment de culpabilité, de négation de soi, ... (31)

5.3.4.1.2.2- PATHOLOGIES OSTEO-ARTICULAIRES

5.3.4.1.2.2.1- TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES

Les **sans-abri** sont plus confrontés aux traumatismes et aux problèmes **musculosquelettiques** que la **population générale** (108) avec jusqu'à 5 fois plus de troubles locomoteurs retrouvés dans cette population selon les études (16). Les prévalences varient selon les études de 10 à 17% pour les troubles rhumatologiques et de 2 à 15% pour les pathologies traumatiques : ces chiffres sont un peu plus faibles que ceux retrouvés dans mon étude qui incluaient les antécédents de fractures et entorses même si celles-ci étaient anciennes. On retrouve en revanche des prévalences très élevées pour certains auteurs avec 43% de maladies ostéo-articulaires ou des muscles ou du tissu conjonctif chez 40 000 personnes ayant de bas revenus (110).

Les **causes** avancées de cette plus forte prévalence des pathologies traumatiques sont les suivantes : alcoolisations, épilepsie (parfois en lien avec l'alcoolisation), violence de la rue (5).

Il n'y a que peu de données sur ces pathologies concernant les populations migrantes. Selon les auteurs, on retrouverait plus de troubles de l'appareil locomoteur chez les consultants des centres de soins gratuits étrangers que français, (7) ou au contraire davantage de traumatismes chez les patients de PASS français ou étrangers de l'Union Européenne que chez les autres étrangers (96).

5.3.4.1.2.2.2- TRAUMATISMES CRANIENS

Chez les **SDF**, le **taux de lésions cérébrales traumatiques** varie de **8 à 53%** selon les études (contre 14% dans mon étude) mais il est **significativement plus important qu'en population générale** (111).

5.3.4.1.2.2.3- VIOLENCES ET AGRESSIONS

La littérature est unanime pour dire que la **prévalence des agressions, attaques, abus physiques, menaces et viols (chez les femmes)** est **plus importante chez les SDF qu'en population générale**, sans livrer de chiffre précis (83,112). D'autre part, notons que le taux de mortalité des SDF est plus important chez les sans-abri et que selon une étude américaine, la principale cause de mortalité entre 18 et 24 ans est l'homicide (108).

Par ailleurs, selon le COMEDE, les **immigrés en France** seraient **60% à avoir subi des violences dans leur pays d'origine** (32), alors que ce taux était de 17% chez les patients étrangers des LHSS de La Roche sur Yon, mais on peut penser que ce chiffre est sous-estimé.

5.3.4.1.2.3- TROUBLES DENTAIRES

Les études sont unanimes pour dire que les **SDF ont plus de problèmes dentaires que la population générale** (83,108,113) (environ 2 fois plus). Les chiffres de prévalence varient selon les études de 4% (92) à 40% (versus 20% en population générale) (17), avec une plus grande prévalence chez les hommes. Ce deuxième chiffre s'approche de la prévalence retrouvée chez les patients des LHSS de La Roche sur Yon (36%), avec effectivement une plus grande prévalence chez les hommes, qui s'explique une nouvelle fois par le manque de prévention plus important chez les patients précaires, et en particulier dans la population masculine.

Il existe peu de données sur les troubles dentaires des demandeurs d'asile. Néanmoins, on note que la **santé dentaire des migrants en situation de précarité est meilleure que celle des français précaires** mais que celle-ci se dégrade avec la durée de séjour en France (31).

5.3.4.1.2.4- TROUBLES OPHTALMOLOGIQUES

Les troubles ophtalmologiques semblent aussi prévalents en population précaire, voire très précaire, qu'en population générale (environ 45% contre 33% dans notre étude), mais être, en revanche, environ deux fois moins appareillés puisqu'environ 25 à 30% des personnes en situation de précarité (SDF ou usagers des CES) ne portent pas de lunettes alors qu'elles en ont besoin, contre environ 15% en population générale (17,95,114), sans grande différence entre hommes et femmes.

Le taux de non-appareillage des troubles visuels chez les migrants est comparable à celui des populations précaires (24%) (100).

5.3.4.1.2.5- TROUBLES GENITO-URINAIRES

La littérature rapporte une **plus grande prévalence des IST (Infections Sexuellement Transmissibles) chez les SDF, les demandeurs d'asile et les patients de PASS qu'en population générale**, notamment chez les jeunes pour une **prévalence des troubles génito-urinaires estimée autour de 3%** tous âges confondus (contre 1% en population générale), plus élevée chez les femmes (6%) (92,96,98,112,113), ce qui est bien en-dessous des résultats de mon étude (33% en population totale et 44% chez les femmes). Il est cependant difficile de savoir précisément quelles pathologies sont incluses sous ce terme.

L'explication majoritairement avancée dans la littérature est que **la prévalence des comportements sexuels à risque est plus importante chez les populations très précaires**, en particulier chez les SDF.

5.3.4.1.2.6- TROUBLES DERMATOLOGIQUES

Les différentes données de la littérature convergent pour dire que **la prévalence des maladies de peau est plus importante chez les SDF qu'en population générale** (entre 13% et 38% contre 2,5% en population générale) (5,17,89,102,108,113). Ces chiffres sont comparables à ceux de mon étude (30%).

Il existe cependant des disparités selon la maladie de peau : il semble ne pas y avoir de différence significative de prévalence entre SDF et population générale concernant les abcès liés à l'utilisation de drogues IV (1%), les érysipèles (1,4%), les onychomycoses (5,2%) et les phthiriasis pubiennes (0,8%%). Même chose concernant le psoriasis, la dermatite séborrhéique et la dermatite atopique mais la sévérité et l'extension de ces maladies est souvent plus importante chez les SDF du fait des conditions d'hygiène, de l'exposition au froid et aux infections, et aux difficultés d'accès aux soins médicaux. En revanche, **la prévalence des maladies suivantes est significativement plus élevée chez les SDF : pédiculose de corps** (19% contre 0% en population générale), **gale** (3,8% contre 0%), **impétigo** (2,4% contre 0%), **folliculite** (4,8% contre 1,5%), **teigne** (3,2% contre 0,5%).

Les causes de ces fortes prévalences chez les SDF sont multiples : mauvais hygiène corporelle, difficultés à laver et à changer de vêtements, exposition à l'humidité et au froid, ...

A propos de la pédiculose de corps, on observe chez les SDF en Europe et en Amérique du Nord depuis les années 1990, l'émergence de Bartonella quintana (bactérie responsable de la fièvre des tranchées (rickettsiose) pendant la première Guerre Mondiale et transmise par les poux). La prévalence de B. quintana varie énormément selon les études de 1,8% à 54% (84,93,94,115–118).

Enfin, **chez les demandeurs d'asile, la prévalence des troubles dermatologiques s'avère bien moindre que chez les SDF (2,9%) (98,100), et donc comparable à celle de la population générale.** Ceci semble globalement cohérent avec les résultats de mon étude puisque la prévalence des troubles dermatologiques était moindre chez les étrangers que chez les français (16,7% versus 44,4%).

5.3.4.1.2.7- TROUBLES DIGESTIFS

Les taux de prévalence des maladies du système digestif chez les patients précaires sont très hétérogènes dans la littérature selon les études et selon les définitions retenues, ce qui les rend peu comparables entre eux et aux résultats de mon étude en particulier.

Retenons cependant qu'ils varient **de 3,7% à 19%** chez les SDF et les patients de centres de soins gratuits et sont plus élevés chez les hommes (17,92,96). **Ces prévalences sont plus élevées qu'en population générale** (estimée entre moins de 4% et 17% selon les études). D'autres études estiment à 30% la prévalence des gastralgies chez les patients consultant en centres de soins gratuits (contre 16,7% chez les patients des LHSS de La Roche sur Yon) (18).

Ces plus fortes prévalences des pathologies digestives chez les personnes en situation de précarité sont expliquées par la malnutrition (carences vitaminiques, ...), les défauts d'hygiène bucco-dentaire, l'alcoolisme,... (34)

Chez les demandeurs d'asile, la prévalence des maladies digestives était de 4,9% (98), soit bien moindre que chez les étrangers de mon étude. Les autres données de la littérature montrent que **les étrangers présentent statistiquement plus de gastrites et ulcères gastroduodénaux que les français mais que ce taux baisse avec la durée de séjour en France** (31).

5.3.4.1.2.8- MALADIES CARDIOVASCULAIRES

5.3.4.1.2.8.1- HTA

La prévalence de l'HTA est évaluée entre 7% et 35% chez les sans-abri (17,104) et les patients précaires en général (18,95,96,114) contre 11% dans mon étude. D'autre part l'HTA est environ deux fois plus prévalente chez les hommes que chez les femmes (comme en population générale). **Ces prévalences sont plus importantes qu'en population générale** (varient de 4% à 14% selon les études). D'autre part, **l'HTA chez les patients SDF est également moins bien contrôlée qu'en population générale** (83).

Concernant les demandeurs d'asile, cette prévalence est de 2,4%, comme chez les primo-migrants (98,100), ce qui est là-encore très en-deçà des résultats des étrangers des LHSS (16,7%).

5.3.4.2.3.8.2- MALADIES CARDIAQUES

Les maladies cardiovasculaires, hors HTA, ont une **prévalence estimée entre 6% et 10%** chez les sans-abri, **soit environ deux fois plus qu'en population générale** (16,17,88,92,114), ce qui est comparable aux chiffres des patients des LHSS de mon étude.

Ces taux élevés par rapport à la population générale s'expliquent, une fois encore par le manque de prévention dans cette population, empêchant une prise en charge optimale des facteurs

de risque (tabagisme actif, obésité du fait d'une alimentation riche en graisses et pauvres en fruits et légumes, alcoolisme, ...).

Chez les demandeurs d'asile et les migrants, les prévalences estimées sont moins importantes (entre 0,8% et 5,5% selon les études) (32,98,100), ce qui est concordant avec les résultats retrouvés chez les patients des LHSS.

5.3.4.1.2.9- TROUBLES NEUROLOGIQUES

Il n'y a que très peu données sur la prévalence de ce type de pathologies chez les étrangers en France.

5.3.4.1.2.9.1- EPILEPSIE

Chez les sans-abri et usagers des centres de soins gratuits, **la prévalence de l'épilepsie est plus élevée qu'en population générale** et évaluée entre 5 et 8% (18,83,119) (peu de différence avec les 11% des 36 patients des LHSS étudiés), contre moins de 1% en population générale.

Ces chiffres élevés sont en partie **expliqués par la forte prévalence de l'addiction à l'alcool** : en effet, 40% des crises d'épilepsie chez les SDF seraient dues à un sevrage d'alcool.

5.3.4.1.2.9.2- CEPHALEES, MIGRAINE

Les prévalences retrouvées dans la littérature varient selon études et selon les classements des pathologies (migraine/ céphalée) rendant les comparaisons difficiles.

Concernant la migraine chez les SDF et les bénéficiaires de la CMUC, sa prévalence est estimée autour de 10 à 20% (soit **2 à 5 fois plus élevée qu'en population générale**) (17,114), alors que les céphalées sont plus prévalentes (52%, contre seulement 14% dans mon étude) (18).

Les céphalées pouvant être associées à des troubles anxio-dépressifs par somatisation, on comprend aisément que la prévalence de cette pathologie soit importante chez les patients SDF qui souffrent davantage de pathologies mentales de ce type.

5.3.4.1.2.10- TROUBLES ORL

Ce grand groupe de pathologie regroupe de multiples entités nosologiques dont la prévalence chez les SDF et les usagers de centres de soins gratuits varie de 8 à 12% (17,92,114), contre 19% chez les patients des LHSS de la Roche sur Yon. Cependant, on retrouve, selon les études, des chiffres beaucoup plus bas (3% chez 350 patients de la PASS d'Avignon) (96) ou beaucoup plus hauts (autour de 40%) dans une étude menée dans 6 CES n'incluant que les hypoacusies (surestimation relative par rapport aux autres études car le dépistage de ces troubles est l'une des missions des CES) (95).

Néanmoins, quel que soit le mode de recueil des informations et le type précis de pathologies prises en compte, **les prévalences de ces pathologies étaient, là-encore, toujours plus élevées chez les personnes précaires qu'en population générale**, mais de manière beaucoup moins marquée que pour d'autres pathologies.

Chez les **demandeurs d'asile**, l'ANAEM retrouve des chiffres **de prévalence beaucoup moins élevés**, autour de 3%, sans comparaison à la population générale (98), ce qui est proche des 5,6% retrouvés chez les 18 patients étrangers de mon étude.

Ces troubles ORL incluaient les pathologies infectieuses aiguës (sinusites, ...) qui ont probablement contribué à la plus grande prévalence observée chez les personnes sans domicile, du fait de conditions d'hygiène plus précaires.

5.3.4.1.2.11- TUBERCULOSE

5.3.4.1.2.11.1- CHEZ LES SDF

La tuberculose est plus prévalente chez les sans-abri qu'en population générale (108) et est estimée entre 0,2 et 7,7% selon une méta-analyse sur plus de 63 000 SDF (120), contre 16,7% chez les patients des LHSS étudiés (prévalence plus proche de certaines études françaises qui l'estime à 16,3% (5)). Cette prévalence importante est expliquée par le mauvais état nutritionnel, l'infection par le SIDA et l'alcoolisme (83).

D'autre part, il semblerait que **les SDF soient à plus fort risque de coinfection VIH-tuberculose** (121).

5.3.4.1.2.11.2- CHEZ LES MIGRANTS

Là-encore, les estimations de prévalence varient énormément selon les études (populations étudiées et définition de tuberculose : infection, maladie, latente, ...) et se situent entre 0,9 et 5,2% chez l'ensemble des migrants en France (31,100), avec des spécificités selon les pays d'origine : **les prévalences les plus fortes étant observées chez les patients originaires d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Ouest et d'Amérique du Nord** (33). Les tuberculoses latentes chez les demandeurs d'asile se situent plutôt autour de 25-38% (99), ce qui s'approche davantage des 28% retrouvés chez les étrangers de mon étude, toutes formes de tuberculose confondues.

Ces chiffres sont bien au-dessus des taux de prévalence de la population générale (la moitié des nouveaux cas de tuberculose maladie en France en 2009 concernaient des migrants (32)), mais assez proches des taux retrouvés chez les personnes précaires en général. Par ailleurs, ces pathologies sont globalement peu diagnostiquées dans le pays d'origine (de l'ordre de 5% seulement selon le COMEDE).

5.3.4.1.2.12- PATHOLOGIES RESPIRATOIRES NON TUBERCULEUSES

L'ensemble des études estime que **les pathologies respiratoires (BPCO, asthme, infections des voies respiratoires) sont plus prévalentes chez les populations précaires** (83,108,113) **de l'ordre de 1,3 à 2 fois plus** (16–18,96,114), variant de 4% à 30% (sachant que certains chiffres incluaient les prévalences de tuberculose) avec, plus précisément une prévalence de l'asthme entre 7 et 9,5% (18,90), contre 11% chez les patients de mon étude, et une prévalence de la BPCO (+/- emphysème) autour de 19% (contre 3% dans mon étude, donc largement sous-estimée). Les causes avancées sont les suivantes : **plus grande exposition au tabac, davantage de surpoids** (augmente la prévalence de la BPCO) (34,114).

Chez les demandeurs d'asile, la prévalence des pathologies pulmonaires non tuberculeuses est moins importante (0,5%) (98), ainsi que concernant la prévalence de l'asthme chez les migrants (1,2% (33)) ce qui rejoint une autre étude menée en CES selon laquelle les consultants français présentent davantage de troubles respiratoires que les étrangers (7), notamment du fait du différentiel d'exposition au tabac entre ces deux populations. Ces chiffres sont tout-à-fait cohérents avec ceux de mon étude (0% de pathologie pulmonaire non tuberculeuse chez les étrangers).

5.3.4.1.2.13- DIABETE

Le diabète est environ **deux fois plus fréquent chez les patients SDF ou précaires qu'en population générale** (95,104,113,114), avec des prévalences autour de 2 à 9% (18,88,96) (contre 11% chez les patients des LHSS de La Roche sur Yon), globalement plus élevées chez les hommes que chez les femmes, ce qui est très marqué dans mon étude. Par ailleurs, **le diabète est généralement moins bien contrôlé** chez les sans-abri qu'en population générale (83), principalement du fait d'un mauvais accès aux soins.

Chez les étrangers, la prévalence du diabète est estimée autour de 2,5 à 5,5% (31–33), et plus élevée chez les patients originaires du Maghreb (jusqu'à 14% selon les études et notamment chez les femmes, jusqu'à 16,6%)) et d'Asie du Sud, sans comparaison retrouvée avec les prévalences en population générale. **Quant aux demandeurs d'asile, on estime la prévalence du diabète dans cette population à 1%, ce qui est en-dessous des chiffres en population générale en France (98) :** ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agisse d'une **pathologie environnementale plutôt occidentale** et liée à l'IMC (indice de masse corporelle).

5.3.4.1.2.14- INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

La prévalence relativement élevée de l'insuffisance rénale dans mon étude (11%) est contrebalancée par une quasi-absence d'études sur le sujet (chez les personnes en situation de précarité) dans la littérature à grande échelle, cette pathologie étant, soit noyée dans une dénomination « pathologie uro-néphrologique », soit tout bonnement occultée des études épidémiologiques. Les comparaisons n'auraient donc ici aucune valeur.

5.3.4.1.2.15- COMPLICATIONS LIEES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Là-encore, il n'existe pas d'étude spécifique à grande échelle sur le sujet, car il s'agit de pathologies touchant de multiples organes (foie, pancréas, système nerveux, système endocrinien, ...). Cette classification n'a donc pas été judicieuse. Nous allons cependant étudier les taux de prévalence de l'alcoolisme chez les personnes en situation de précarité dans un chapitre suivant.

5.3.4.1.2.16- DYSTHYROIDIE

La **prévalence des dysthyroïdies** est rarement décrite en tant que telle dans les études car incluse dans la prévalence des maladies endocrino-métaboliques. On retrouve le chiffre de 2% **(identique à celui en population générale)** (96) ce qui est assez proche des 5,6% chez les patients des LHSS de La Roche sur Yon.

Chez les demandeurs d'asile, la prévalence des dysthyroïdies est estimée à 0,5% (98) et 0,7% chez les primo-migrants (100), ce qui est très en-dessous des 11% pour les étrangers de mon étude (probablement surestimée par le petit nombre de patients).

Il ne s'agit donc pas de pathologies spécifiques aux personnes en situation de précarité.

5.3.4.1.2.17- GROSSESSE

En centres de soins gratuits, **la prévalence des grossesses** (suivi obstétrical normal ou pathologique) **est d'environ 14%** (5,6% dans mon étude), ce qui est **plus important qu'en population générale**, avec une **majorité de patientes étrangères**, sans que cela soit significatif, ce qui était le cas chez les patientes des LHSS de La Roche sur Yon (96). Cette forte prévalence de grossesses observée chez les exilées peut être en partie expliquée par le désir de créer un « enfant-lien » entre l'avant et l'après migration (33).

Chez les primo-migrantes, cette prévalence est voisine (9,6% contre 11% chez les étrangères de mon étude) (100).

La littérature s'accorde sur le fait qu'il y ait **davantage de grossesses pathologiques chez les personnes en situation de précarité** (mortalité infantile, saturnisme chez l'enfant, petit poids de naissance, ...) dû, entre autres à une alimentation inadaptée créant des carences (122), particulièrement chez les migrantes (risque de prématurité plus important, anémies pouvant être liées à la consommation d'argile chez les femmes d'Afrique centrale, infections génito-urinaires, HTA pendant la grossesse), avec notamment chez les africaines subsahariennes deux fois plus de césariennes, et plus de complications liées aux suites de couches chez ces mêmes africaines subsahariennes ainsi que chez les maghrébines (31).

5.3.4.1.2.18- CANCER

Les personnes en situation de précarité sont plus à risque de cancers que la population générale mais les études de prévalence sont assez rares. Les cancers les plus concernés sont notamment le cancer des VADS (voies aéro-digestives supérieures) (15,123), les cancers bronchiques, les cancers dermatologiques (124), le cancer du col de l'utérus.

On peut expliquer ces plus fortes prévalences par plusieurs facteurs : d'une manière générale, un mauvais accès aux soins et particulièrement aux examens de dépistage (moins de prévention dans ces populations), une connaissance approximative des comportements protecteurs, et plus particulièrement des comportements à risque : tabagisme actif, consommation abusive d'alcool, habitudes alimentaires (avec forte prévalence d'obésité), multiplicité des partenaires sexuels avec rapports non protégés, exposition aux rayons UV plus importante, peu de protection solaire,... (125)

Dans mon étude, la prévalence des cancers était estimée à 2,8% (un seul patient : cancer prostatique) contre 3% en population générale en 2012 (126) mais le biais du petit nombre de patients de mon étude empêche une comparaison valable.

5.3.4.1.2.19- PALUDISME

Les données de la littérature concernent essentiellement **les étrangers en France**, puisqu'il s'agit d'une pathologie d'importation : les taux de **prévalence sont autour de 26%** (31), essentiellement chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne (100), contre 5,6% chez les étrangers des LHSS de la Roche sur Yon (probablement sous-estimé par une faible déclaration). Il n'y a pas de comparaison avec la prévalence en population générale.

5.3.4.1.2.20- MALADIES PARASITAIRES HORS PALUDISME

Il n'y avait pas de données concernant ces pathologies dans les dossiers médicaux étudiés, rendant toute comparaison impossible.

S'agissant également plutôt de pathologies d'importation, la littérature ne rapporte quasiment que des études sur les populations exilées, et non pas sur les populations précaires en général.

La prévalence des parasitoses intestinales est habituellement de 13% à 40% chez les demandeurs d'asile selon une étude canadienne (99), alors que les chiffres français estiment la **prévalence globale des maladies parasitaires** (bilharziose, filariose, etc. hors paludisme) à **0,7%** (98), ou, selon le COMEDE, la **prévalence de la bilharziose urinaire à 1,3%** (33). Ces études ne comparent pas leurs résultats aux prévalences en population générale : on peut cependant imaginer qu'elles sont moindres que chez les étrangers étant donné qu'il s'agit principalement de maladies d'importation. D'autre part, **la majorité des étrangers touchés sont issus d'Afrique, et plus précisément d'Afrique subsaharienne** (31), où la prévalence de ces parasitoses est plus importante que sur les autres continents.

5.3.4.1.2.21- DREPANOCYTOSE

Je cite ici cette pathologie qui est régulièrement évoquée dans les études épidémiologiques concernant les migrants, étant donné que sa prévalence est plus élevée dans les zones impaludées ou l'ayant été (Afrique centrale et Afrique de l'ouest notamment).

La prévalence de la drépanocytose chez les primo-migrants français est de 0,2% (100) (pas de comparaison avec mon étude où cette information n'est pas apparue une seule fois : cette pathologie n'a-t-elle pas été recherchée ou bien sa prévalence dans la population étudiée était-elle nulle ?).

5.3.4.1.2.22- INCAPACITE, HANDICAP

Les SDF présentent une dégradation plus précoce de leur état de santé en général, et notamment dans le domaine du handicap : en effet, on rencontre dans cette population des **incapacités que l'on ne retrouve que plusieurs décades plus tard en population générale** (83).

Chez les primo-migrants, la prévalence des handicaps (moteurs, sensoriels, mentaux, ...) est estimée à 0,45%, avec une très probable sous-estimation de la prévalence des handicaps mentaux d'une part et une prédominance des handicaps moteurs et sensoriels d'autre part (100).

Cette donnée n'était pas spécifiquement renseignée dans les dossiers médicaux des LHSS de La Roche sur Yon : on peut donc penser que la prévalence des handicaps dans mon étude était de 0%.

5.3.4.2- FACTEURS DE RISQUE ET ADDICTIONS

5.3.4.2.1- FACTEURS NUTRITIONNELS

Les personnes en situation de précarité sont confrontées à différents problèmes liés à la malnutrition : surpoids/obésité d'une part, et maigreur d'autre part.

En effet, **être sans-abri**, ou en situation de précarité, **constitue un facteur de risque de carences et déficits nutritionnels** (108) du fait :

- d'un manque de moyens financiers (beaucoup de sans-abri ne font que deux repas par jour (91)), encourageant à consommer une nourriture moins équilibrée,
- d'un manque d'accès à une cuisine,
- de conditions physiques et/ou de maladies plus fréquentes, augmentant les besoins nutritionnels (103).

5.3.4.2.1.1- MAIGREUR

Tout d'abord, **la prévalence de la maigreur (IMC<18,5) chez les sans-abri est estimée à 7,5% environ (contre 1,7% en population générale)** (101,104), soit une prévalence assez proche des 5,6% chez les patients des LHSS de La Roche sur Yon.

D'autre part, cette prévalence de la maigreur est significativement plus importante chez les patients précaires alcooliques.

La plupart des études menées sur les populations migrantes soulignent avant tout le problème du surpoids : la maigreur semble donc peu prévalente dans cette population.

5.3.4.2.1.2- SURPOIDS ET OBESITE

Concernant les SDF et les populations précaires en général, la prévalence du surpoids et de l'obésité réunis est autour de 31-41% dans la littérature française (plutôt autour de 57% aux USA) (10,101,104,114,127), contre 33-37% en population générale : la plupart des études pointent **des IMC plus élevés en population précaire** (96) (jusqu'à deux fois plus d'obésité (95)) **mais de manière non significative**. Ces chiffres correspondent à ceux de mon étude.

Les différences semblent **particulièrement marquées chez les femmes** (21,95), ce qui était également le cas chez les patients des LHSS de La Roche sur Yon.

Enfin, chez les étrangers en France, **la prévalence de l'obésité et du surpoids est plus importante que chez les français d'origine** (ce qui était le cas chez les patients des LHSS étudiés), et également **plus marquée chez les femmes** (estimée à 64,9% chez les migrantes contre 35,1% chez les hommes migrants) (31). D'autre part, elle est en constante augmentation dans cette population. Les plus touchés sont les étrangers originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne (100).

Cette prévalence importante du surpoids et de l'obésité chez les exilés est expliquée par :

- le fait que les populations soient confrontées à de nouvelles habitudes de vie, pouvant pousser à adopter un mode de restauration rapide moins élaboré avec consommation excessive de graisses et de sucres rapides (notamment consommation de sodas, souvent motivée par des doutes concernant la qualité de l'eau du robinet), associée à la sédentarité,
- le fait que l'obésité ne soit pas forcément perçue comme un problème de santé pour certains exilés, là-encore plus souvent originaires d'Afrique,

- enfin, bien que des aides alimentaires soient proposées par de nombreuses associations, celles-ci sont peu adaptées car monotones et nutritionnellement pauvres, constituant également des problèmes d'accessibilité (temps d'attente long, risque de contrôle pour les étrangers en situation irrégulière,...) (33).

5.3.4.2.2- ADDICTIONS

La précarité est un facteur de risque de conduites addictives (34), tout comme elle est un facteur de risque de pathologies mentales de type anxio-dépressif, ces pathologies étant liées.

Plus particulièrement chez les SDF, les abus de substances sont plus prévalents qu'en population générale (87) et l'on note des différences notables entre hommes et femmes : **les hommes sont davantage confrontés au mésusage de substances que les femmes**, qui elles-mêmes le sont plus si elles sont seules que mères de familles (83,108).

Chez les jeunes SDF, les consommations de substances psycho-actives sont également plus importantes qu'en population générale à âge comparable, **sauf peut-être concernant les consommations d'alcool** (106). Dans cette population, on n'observe pas de différence hommes/femmes concernant les addictions. En revanche, d'autres facteurs influencent ces mésusages tels que le temps passé en tant que SDF (augmente le risque de mésusage de substances), et l'âge des individus (avec par exemple, après l'âge de 21 ans, davantage de consommation de drogues IV, et avant cet âge, davantage de « binge drinking » et de consommation abusive de cannabis). D'autre part, les jeunes sans-abri sont plus concernés par des pratiques particulières liées aux usages de substances : l'usage épisodique important (type « binge drinking ») ainsi que l'usage de poly-substances (113).

Enfin, **concernant les étrangers en France**, on retiendra, d'une manière générale, qu'ils **présentent moins d'addictions que les français d'origine** (ou les étrangers de l'Union Européenne) et donc moins de comportements à risque (7,96) et ceci est vrai concernant tous les types d'addictions (tabac, alcool, toxicomanie), sachant que **la prévalence de ces troubles dans ces populations a tendance à augmenter avec le temps passé sur le territoire français sans toutefois rattraper les taux de prévalence de la population française native** (31).

Voyons maintenant les particularités pour chaque type d'addiction.

5.3.4.2.2.1- TABAC

Les chiffres de prévalence du tabagisme dans les populations précaires varient fortement d'une étude à l'autre et se situent entre 31% et 84% (47% chez les patients des LHSS de La Roche sur Yon) : **cette prévalence est plus importante qu'en population générale** lorsque la comparaison est réalisée (située autour de 30% le plus souvent) (10,18,89–91,96,101,114,128). La plupart des études montrent une **prévalence plus importante du tabagisme actif chez les hommes que chez les femmes, à l'image des statistiques en population générale** (18,95) (ce qui était le cas dans mon étude) mais d'autres montrent le contraire (91).

Quant aux étrangers en France, la prévalence du tabagisme dans cette population est moindre que chez les français d'origine (ce qui est le cas dans mon étude) (96), estimée d'une manière générale entre 17 et 38% (18,100), **mais celle-ci augmente avec la durée de séjour en**

France, passant de 12,6% chez les migrants présents en France depuis moins de 3 mois à 41,7% lorsqu'ils y sont depuis au moins 10 ans (31).

5.3.4.2.2- ALCOOL

La prévalence de la dépendance à l'alcool chez les sans-abri est comprise entre 8,5 et 58,1% selon une méta-analyse, avec une moyenne de 37,9% (107), ce qui est confirmé par les autres études que j'ai recensées (18,89–91,95,96,113,128), et ce qui rejoint les 33,3% de mon étude. On note une **plus grande prévalence chez les hommes que chez les femmes** (environ 3 fois plus, ce qui était également le cas dans mon étude, et **ce qui est vrai en population générale**) et une augmentation de ces prévalences depuis les dernières décades. Les études ne sont, cependant, pas consensuelles quant aux comparaisons avec les prévalences en population générale : certaines estiment qu'elles sont comparables alors que d'autres estiment qu'elles sont plus importantes chez les personnes précaires.

Chez les migrants, **la prévalence de l'alcoolisme augmente également avec le temps passé sur le territoire français** passant d'environ 4% chez les primo-migrants (100) à 26,2% chez les étrangers en France depuis plus de 10 ans (31), **mais elle reste cependant moindre que chez les français**, de l'ordre de deux à trois fois moins importante.

5.3.4.2.3- CANNABIS

La littérature retrouve des chiffres de prévalence de mésusage du cannabis assez disparates allant de 6% (en PASS) (96) à 21% dans une population SDF (90) voire jusqu'à 56% dans une revue de littérature menée en population de jeunes sans-abri (de 12 à 24 ans) (113) : **lorsqu'ils sont comparés à la population générale, on constate que ces chiffres sont plus élevés chez les populations précaires** (107,128).

Les études menées chez les migrants distinguent rarement la consommation de cannabis par rapport aux autres drogues, et portent, la plupart du temps, sur les mésusages de drogues en général. Les dossiers médicaux des patients étrangers des LHSS de La Roche sur Yon ne comportaient d'ailleurs aucune donnée sur la consommation de cannabis.

5.3.4.2.4- OPIACES

La prévalence de mésusage des produits opiacés (essentiellement l'héroïne) en population précaire est évaluée entre 1,4 et 5% (90,96,102,128), allant **jusqu'à 18% en population jeune** (12-24 ans) (113). Celle observée en LHSS à La Roche sur Yon (13,9% + 83% de dossiers non renseignés) semble donc bien au-dessus.

Comme pour la consommation de cannabis, il existe peu de données spécifiques relatives au mésusage d'opiacés chez les étrangers en France, et les dossiers n'étaient pas renseignés pour ce critère dans mon étude.

5.3.4.2.5- AUTRES

Peu de données existent dans la littérature quant aux autres addictions :

- Notons un chiffre de prévalence pour les troubles du comportement alimentaire chez des sans-abri usagers des services d'aide : celle-ci est estimée à 9% (contre 2% en population générale) (17).
- La prévalence de la dépendance aux benzodiazépines chez des patients de PASS est estimée à 1%, sans comparaison avec la population générale (96). Cependant d'autres études, sans parler de dépendance, évoquent une surconsommation de psychotropes chez les personnes en situation de précarité de l'ordre de deux fois plus qu'en population générale (34,95), mais ceci rejoint davantage la plus grande prévalence des troubles psychiatriques dans cette population.
- Enfin, sur le mésusage d'autres drogues (amphétamines, cocaïne,...) en population précaire, la littérature fait là-encore, rarement de distinguo avec le mésusage de drogues en général.

5.3.4.3- VACCINATIONS ET SEROLOGIES

5.3.4.3.1- VACCINATIONS

Peu d'études rapportent les taux de couverture vaccinale en population précaire ou migrante (98,100,129). Cependant, on peut en retenir que **les taux de vaccinations sont systématiquement inférieurs en population précaire qu'en population générale, hormis pour le BCG, où, particulièrement chez les migrants, le taux de vaccination est exceptionnellement haut**, du fait de la forte prévalence de la tuberculose dans certains pays dont sont originaires les migrants en France.

Le tableau suivant résume les données retrouvées dans la littérature (entre parenthèses des données comparant les couvertures vaccinales de l'hépatite B entre immigrés et population générale (27) venant appuyer davantage cette notion de meilleure couverture vaccinale chez les français d'origine, qui apparaissait mal sur les autres données).

	Population précaire	Demandeurs d'asile	Primo-migrants	Population générale
Diphtérie	59,6% à 83,7%	59,20%	57%	77,2% à 90,3%
Tétanos	64,9% à 87,9%	59,50%	57%	82,5% à 93,9%
Poliomyélite	59,6% à 83,8%	59%	57%	77,6% à 90,5%
Coqueluche	30,1% à 53,1%	52,30%	50,60%	55,8% à 69,2%
Rougeole	32,7% à 40,5%	42%	57,30%	54,6% à 62,5%
Oreillons	32% à 39,3%	40,90%	?	54,6% à 62,5%
Rubéole	41,7% à 50,8%	41,40%	?	48,9% à 57,6%
BCG	52,5% à 54,9%	?	86,50%	48,8% à 50,8%
Hépatite B	31,3% à 37,2%	?	37,5% (23%)	35,1% à 40,7% (34%)

Tableau 8 : Couverture vaccinale des populations précaires, demandeurs d'asile, primo-migrants et en population générale selon les données de la littérature, en excluant les statuts vaccinaux non connus.

Ces chiffres sont bien au-dessus de ceux retrouvés dans mon étude (qui ne recensait que les taux de vaccination pour le DTP du fait du manque de données pour les autres vaccins), même en excluant les dossiers où le statut vaccinal n'était pas connu.

5.3.4.3.2- SEROLOGIES

5.3.4.3.2.1- VIH

Les études placent **la prévalence de l'infection par le VIH dans les populations précaires, et en particulier chez les sans-abri, entre 0,2% et 21,1%** (18,90,96,102,120) (contre 0% chez les patients des LHSS de La Roche sur Yon), soit une hétérogénéité importante selon les études (due notamment au fait que les études récentes indiquent des taux moins élevés et que les études états-uniennes rapportent des taux plus importants), la plupart indiquant une prévalence autour de 1 à 2%. La littérature indique que ces taux sont **plus élevés qu'en population générale** (34) (autour de dix fois plus dans les études les plus pessimistes) puisque la prévalence de l'infection par le VIH y est estimée autour de 0,7%. On note même selon une étude états-unienne de 1996, que le SIDA est la principale cause de mortalité chez les SDF entre 25 et 44 ans (108).

La population spécifique des jeunes sans-abri est, parmi les populations précaires, **l'une des plus à risque d'infection VIH** du fait de la forte prévalence des comportements sexuels à risque (notamment via la prostitution) et de la toxicomanie avec injection IV (112,113).

Chez les demandeurs d'asile, la prévalence de l'infection par le VIH est autour de 0,5 à 3,8% (99). Ces chiffres sont peu parlants, et les études montrent toutes que **les migrants en France sont beaucoup plus touchés que les français d'origine par l'infection VIH** : en effet 48% des découvertes de séropositivité VIH en France en 2009 concernaient des migrants (32), **principalement originaires d'Afrique sub-saharienne** puis d'Amérique du Nord (33) : ce chiffre peut être expliqué par plusieurs facteurs : il existe une plus forte prévalence de cette infection dans certains des pays d'origine des exilés (Afrique sub-saharienne notamment), et seulement 5% des diagnostics positifs ont été faits dans le pays d'origine de ces malades étrangers. D'autre part, on note que **les femmes exilées sont plus touchées par l'infection** (de l'ordre de 4 fois plus que les hommes étrangers) du fait d'un taux de transmission par voie sexuelle (mode principal de transmission de l'épidémie) plus fort dans le sens homme/femme. D'autre part le SIDA continue de progresser chez les migrants en France particulièrement chez ces femmes originaires d'Afrique sub-saharienne, du fait d'un moindre accès au dépistage et aux soins que la population française d'origine (31).

On note par ailleurs que **les immigrés en France se font moins dépister de l'infection VIH que les français d'origine** (24,27).

5.3.4.3.2.2- HEPATITE B

La prévalence de l'infection à l'hépatite B chez les sans-abri varie de 12 à 30% selon les études (13,9% dans mon étude) et de 2 à 3% pour les formes actives ou chroniques (versus 0% dans mon étude) (130–134), et est **systématiquement plus élevée qu'en population générale** (estimée à 0,7% de portage chronique) lorsque la comparaison est effectuée (108), notamment chez les jeunes SDF (112,113).

La forte prévalence de cette infection dans cette population s'explique également par la plus forte prévalence de comportements sexuels à risque et l'utilisation de drogues IV.

Chez les demandeurs d'asile, les taux de prévalence sont encore un peu plus élevés, autour de 22,3-38,5% pour les hépatites B anciennes et 2,9-9,3% pour les hépatites B chroniques ou actives (99). Les migrants, quant à eux sont 3,7% à être atteints d'hépatite B chronique (**notamment Afrique sub-saharienne** où le taux de prévalence peut même atteindre les 20% (31), **et Asie de l'Est**, ce qui correspond aux zones de plus fortes endémies) (33), **dont 83% d'hommes**. La plus forte prévalence dans certains pays d'origine, ainsi que la précarité sociale favorisant la transmission contribuent à la plus forte prévalence de cette infection chez les exilés (32).

5.3.4.3.2.3- HEPATITE C

Selon une méta-analyse menée sur des populations SDF, **la prévalence estimée de l'infection à l'hépatite C est comprise entre 3,9% et 36,2%** (120), ce qui est confirmé par les différentes études que j'ai recensées (130–133,135). Cette **prévalence est plus importante qu'en population générale** (108), ce qui est également vrai chez les jeunes sans-abri (112,113) et chez les populations précaires en général (96). Là-encore, les fortes prévalences observées chez les SDF sont en lien avec la consommation de drogues IV, mais également avec la consommation de cocaïne.

Chez les demandeurs d'asile, la prévalence de la séropositivité à l'hépatite C est de 1,1%, soit **très proche de la prévalence en population générale** en France qui est estimée à 1% (99), identique à celle des exilés (33), avec néanmoins des disparités importantes : de **plus fortes prévalences sont observées chez les étrangers originaires d'Afrique centrale et d'Europe de l'est**, ce qui correspond souvent à des prévalences élevées dans les régions du monde concernées.

5.3.4.3.2.4- AUTRES (HEPATITE A, IST)

Il semble que **la prévalence de l'hépatite A ne soit pas plus élevée chez les sans-abri qu'en population générale** (112).

Les prévalences des IST (infections sexuellement transmissibles) **sont plus élevées chez les sans-abri qu'en population générale, et notamment chez les jeunes** (112), du fait, encore une fois, de la forte prévalence des comportements sexuels à risque. D'autre part, ces prévalences sont un peu moins élevées si ces jeunes sans-abri ont des liens sociaux tournés vers des personnes non-SDF (113). En revanche, **les IST ne sont pas plus fréquentes chez les migrants que chez les français d'origine** (hors VIH et hépatite B, cf plus haut) (33).

5.3.4.4- CONCLUSIONS SUR L'ETAT DE SANTE

La population très précaire des LHSS de mon étude est donc **plus polypathologique** que ce que laisse supposer la littérature sur les populations précaires en général.

Quel que soit le champ de la médecine, **les problèmes de santé sont toujours plus prévalents dans cette population qu'en population générale** (hormis certaines exceptions comme les dysthyroïdies). **Ceci peut s'expliquer par un mode de vie particulier** (mauvaise hygiène de vie (alimentation menant souvent au surpoids ou à l'obésité, consommation de toxiques (avec conséquences psychiques, cardiovasculaires, infectieuses, ...), comportement sexuel à risque, hygiène corporelle défectueuse, ...), vie à la rue, promiscuité favorisant la transmission des infections, ...) **ainsi que, concernant les troubles psychiques, par une dévalorisation ressentie, due à la situation de détresse sociale** dans laquelle se trouvent les personnes concernées (notamment chez

les demandeurs d'asile), qui peut d'ailleurs mener, par le biais d'un cercle vicieux, à la dégradation de l'état de santé par la consommation de toxiques par exemple.

D'autre part, **la prévention en santé manque de manière importante** dans cette population (manque d'information et manque de moyens à y consacrer de la part des populations concernées), et d'une manière générale, **une pathologie dont les symptômes ne vont pas entraver de la vie de l'individu de manière à créer un certain de degré de handicap, ne va pas mener à consulter** (troubles ophtalmologiques, troubles dentaires, ...). Ceci explique que **les pathologies ne soient souvent diagnostiquées qu'à un stade plus avancé qu'en population générale**.

Les problèmes de santé en LHSS sont donc dominés par les troubles psychiques et addictions, les troubles musculosquelettiques (notamment traumatismes physiques, souvent en rapport avec la violence), **dentaires, ophtalmologiques, infectieux et dermatologiques**. On retrouve également toutes les autres pathologies, notamment les **maladies cardiovasculaires**.

5.4- PROPOSITIONS

Devant ce constat alarmant, comment améliorer l'état de santé particulièrement dégradé de ces personnes en situation de grande précarité ?

La première étape semble donc bien de résoudre les difficultés d'accès aux soins de ces personnes souvent marginalisées vis-à-vis de la société en général et du système de soins en particulier : en ce sens, les LHSS semblent être une réponse adaptée car ils permettent d'accueillir ces patients sans aucune contrepartie financière et sans justifier d'un domicile. D'autre part, ils permettent une prise en charge globale du fait de la présence d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologues, travailleurs sociaux, personnel paramédical dans son ensemble) se réunissant une fois par semaine, et des partenariats avec d'autres structures sociales ou structures de soins.

Structurellement, les LHSS paraissent donc avoir de nombreux atouts pour la prise en charge de ces populations. Cependant, quels sont les axes d'amélioration à privilégier dans l'organisation de ces structures médico-sociales pour assurer une optimisation de la prise en charge de ces personnes ?

- Tout d'abord, **étant donné le nombre important de comorbidités chez ces patients**, il semble très important de **développer des relations partenariales avec les CES** (comme c'est le cas à la Roche sur Yon), **en systématisant la consultation en CES avec prise de rendez-vous dès l'entrée si possible**. Cette consultation permet notamment le dépistage de pathologies considérées comme « mineures » par beaucoup de personnes en situation de grande précarité (troubles dentaires, visuels, auditifs,...). Elle permet d'autre part de systématiser les dépistages sanguins des sérologies classiquement recherchées en CDAG (VIH, hépatites, ...) dont la prévalence est élevée chez ces patients, ainsi que les dépistages des facteurs de risque cardio-vasculaires (sanguins ou non).

Ainsi, un bilan rapide des comorbidités serait réalisé permettant un gain de temps dans la prise en charge médicale pure, donc théoriquement un plus grand turnover des patients, ce qui permettrait de soigner davantage de personnes.

- D'autre part, étant donné la prévalence des comportements à risque pour la santé chez ces personnes, dus en partie à de mauvaises connaissances sur le sujet (mais pas uniquement), **une des pistes à étudier serait celle de la prévention et de l'éducation en santé, en développant des sessions d'information pour les patients volontaires.** Les sujets à aborder pourraient concerner la consommation abusive de toxiques, les modes d'alimentation, les risques de relations sexuelles non protégées, ... Ces programmes pourraient, de même, être assurés au sein de la structure, ou bien via des réseaux externes.
- Ensuite, **vu la prévalence des troubles psychiques et des addictions**, il semble également judicieux de **systématiser un entretien en ce sens** par un médecin, un(e) psychologue ou un(e) infirmier(e) psychiatrique (interne aux LHSS ou bien lors d'une consultation externe dont le rendez-vous serait à prévoir également dès l'entrée du patient, avec son accord) permettant ensuite une orientation rapide vers d'autres structures partenaires si besoin (CSAPA, CMP, ...).
- D'autre part, nous avons vu que la forte prévalence des troubles psychiques de ces patients étaient très souvent en lien avec la détresse sociale de leur situation ; ainsi, il semble indispensable **d'améliorer la prise en charge sociale** de ces personnes, **avec l'aide**, dans un premier temps, **du travailleur social référent** de chaque patient, mais également **via les relations partenariales avec les structures sociales** pouvant rapidement trouver des solutions d'hébergement.

De même, **concernant plus particulièrement les demandeurs d'asile**, il semble important de **faciliter leurs démarches en ce sens, afin de stabiliser leur situation sociale ce qui aura pour conséquence indirecte d'améliorer leur état de santé** (mentale mais également somatique).

- Nous avons également vu qu'**une proportion non négligeable des patients étrangers ne parlaient pas le français**, rendant leur prise en charge par l'équipe soignante plus difficile. **Les deux solutions à envisager sont**, dans un premier temps **l'interprétariat**, par l'intermédiaire d'intervenants extérieurs avec lesquels il faudrait, là-encore, développer des relations partenariales. Le deuxième temps serait de **développer la possibilité de cours de français** (en passant par des structures externes aux LHSS), ce qui est déjà en place pour certains patients des LHSS de La Roche sur Yon : ceci présente le double intérêt de favoriser la prise en charge au sein de la structure des LHSS mais aussi et surtout de favoriser l'intégration des personnes concernées.
- Il paraît également important de **développer des structures type LAM**, même si celles-ci semblent avoir été délaissées par le gouvernement pour l'instant. En effet, **ces lits permettraient de « désengorger » les LHSS** des patients chroniques, ce qui les rapprocherait de leur mission première de prise en charge globale médico-sociale « initiale » des personnes en situation de grande précarité, et leur permettrait de respecter davantage les deux mois maximum de séjour par patient. Ceci permettrait, encore une fois, un plus grand turn-over

des patients et donc de **répondre plus largement à la demande de soins de cette population en situation de grande précarité qui ne cesse de croître.**

- Enfin, le dernier point à développer serait de pouvoir **assurer un suivi médical et social à la sortie des LHSS.** Par exemple, il pourrait être possible de mettre les patients en lien avec un médecin traitant avec lequel ils auraient déjà pu avoir des contacts lors de leur séjour en LHSS. Ou bien, il peut également être envisagé de convoquer systématiquement les patients pour une consultation (en ambulatoire donc) à la sortie des LHSS pour refaire le point soit avec un infirmier, soit avec un travailleur social de l'équipe, en fonction des besoins de chaque patient.

En conclusion, l'amélioration de l'état de santé très dégradé des patients en situation de grande précarité peut tout à fait passer par leur prise en charge dans les LHSS. Cependant, étant donné la complexité des situations médico-sociales des patients qui y sont accueillis, il est illusoire de penser que les LHSS puissent se suffire à eux-mêmes étant donné le peu de moyens qui leur est attribué. **Il semble donc très important de continuer à développer des relations partenariales avec les autres structures médico-sociales,** afin d'optimiser cette prise en charge globale. **D'autre part, un bilan rapide des comorbidités et un suivi à la sortie semblent également indispensables à ces patients.**

6- CONCLUSION

Les structures « Lits Halte Soins Santé », du fait de leur caractère relativement récent, ont été peu évaluées jusqu'ici.

Ce travail a permis un premier constat de l'état de santé des patients des LHSS de La Roche sur Yon, via une description médico-psycho-sociale des patients y ayant été accueillis pendant un an et demi. A travers cette nouvelle base de données et la confrontation aux données de la littérature, nous avons pu nous rendre compte de la nécessité de prendre en charge médicalement et socialement les patients en situation de grande précarité, particulièrement les sans-abri et les étrangers demandeurs d'asile, dont l'état de santé est plus dégradé qu'en population générale et qui, paradoxalement se heurtent à des difficultés supplémentaires d'accès aux soins.

Les LHSS semblent donc, du fait notamment de la gratuité des soins qui y sont dispensés, une réponse adaptée et devenue désormais incontournable dans l'offre de soins pour ces patients. Cependant, il semblerait que des améliorations puissent être apportées à leur fonctionnement. Ces améliorations pourraient en particulier passer par le développement de relations partenariales plus solides avec d'autres structures médicales et/ou sociales, ce qui permettrait, à terme, d'assurer une meilleure prise en charge médico-psycho-sociale initiale mais également un meilleur suivi de ces patients particulièrement vulnérables sur le plan médical.

7- BIBLIOGRAPHIE

1. WRESINSKI J. "Grande pauvreté et précarité économique et sociale", rapport au Conseil Economique et Social. 1987.
2. Extrait du rapport 2000 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, la Documentation française, Paris, 2000, P.47.
3. Publique HCS. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. 1998.
4. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Rapport du HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique). 2009.
5. Lebas J, Chauvin P, Kouchner B. Précarité et santé. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1998.
6. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.
7. CREDES. Précarités, risque et santé. *Quest Déconomie Santé*. 2003;(63):1–6.
8. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique*. 2006 Dec 1;Vol. 18(4):513–22.
9. Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé (CETAF). Le score EPICES : l'indicateur de la précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude, janvier 2005.
10. ALLONIER C, ROCHEREAU T, INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE, IRDES, Dourgnon P. enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Paris : IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé); 2010.
11. InVS (Institut de veille sanitaire), Sass C, Moulin J-J, Gueguen R, Abric L, Dauphinot V, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2006 Apr;14:93-96.
12. Moquet MJ. De la précarité aux inégalités sociales : les enjeux d'une lutte contre l'injustice sociale. *La santé de l'homme : 1942-2012*. 2012 Sep;420:35-37.
13. Salomez J. Inégalités sociales de santé. Une longue histoire. *Contact Santé*. 2010;231:46-49.
14. Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. *BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire)*. 2007 Jan;2-3:10-14.
15. Niewiadomski C, Aïach P, Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques, Centre de recherche sur la santé le social et le politique (Paris), Professions, éducation et orientation (Lille), editors. *Lutter contre les inégalités sociales de santé: politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2008.
16. CREDES. Vie et santé des personnes sans domicile à Paris. *Quest Déconomie Santé*. 1998;(13):1–4.

17. Chauvin P, Parizot I, Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Santé et recours aux soins des populations vulnérables. [Paris]: Inserm; 2005.
18. Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 51(6):577–88.
19. CHAUVIN P, PARIZOT I, MENAHEM G, GUIGUET M, PECH N, LEBAS J. Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins : rapport final. 1999.
20. DUFOURNET M, BOURGUEIL Y, AFRITE A, Mousquès J. les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude epidaure-cds sont-elles plus précaires ? 2011.
21. ONZUS (Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles). Rapport 2012.
22. Statistiques DRE. Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins. 2007.
23. Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé en France. In : Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2007 : 331-41.
24. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. 2012 Jan.
25. Kennedy S, McDonald JT, Biddle N. The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries. *SEDAP*; 2006. 50 p.
26. Fennelly K. The “healthy migrant” effect. *Minn Med*. 2007 Mar;90(3):51–3.
27. JUSOT F, SILVA J, SERMET C, Dourgnon P. le recours aux soins de ville des immigrés en france. 2009.
28. Dahlgren G, Whitehead M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Medicine Health Policy and Planning*, 2008;23:318-27. (Source d'origine : Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991).
29. HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique). Santé et Précarité. Actualité et dossier en santé publique. 1995 Sep;12:1-36.
30. Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 51(4):381–401.
31. Etat de santé et accès aux soins des migrants en France. Analyse et synthèse bibliographique. ORS (Observatoire Régional de la Santé) Languedoc-Roussillon. 2006 Jan:1-82.
32. InVS (Institut de veille sanitaire), Lot F, Aïna E, Bello P-Y, Morel B, Schwoebel V, et al. N°2-3-4 - Janvier 2012 - Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France [Internet]. 2012.
33. Guide Comede 2008.

34. Rôle du médecin face à la précarité. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999. 1999 Jun.
35. Loi n°78-2 du 2 janvier 1978 RELATIVE A LA GENERALISATION DE LA SECURITE SOCIALE. 78-2 Jan 2, 1978.
36. Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988 RELATIVE AU REVENU MINIMUM D'INSERTION. 88-1088 décembre, 1988.
37. Code de l'action sociale et des familles - Article L262-1. Code de l'action sociale et des familles.
38. LOI n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France. 93-1027 août, 1993.
39. LOI no 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale. 94-637 juillet, 1994.
40. Décret no 95-277 du 7 mars 1995 fixant les modalités d'application de l'article 27 de la loi no 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat). 95-277 Mar 7, 1995.
41. LOI no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. 99-641 juillet, 1999.
42. La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle. 2013 Jul;52:1-4.
43. Code de l'action sociale et des familles - Article L251-1. Code de l'action sociale et des familles.
44. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 91-748 juillet, 1991.
45. Circulaire n°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé » et son cahier des charges.
46. LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. 98-657 juillet, 1998.
47. Code de la santé publique - Article L6112-6. Code de la santé publique.
48. circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 du 17 décembre 1998.
49. Code de la santé publique - Article L6323-1. Code de la santé publique.
50. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août, 2004.
51. Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.
52. Code de la sécurité sociale. - Article R380-1. Code de la sécurité sociale.
53. Code de la sécurité sociale. - Article R861-1. Code de la sécurité sociale.
54. Code de l'action sociale et des familles - Article L345-1. Code de l'action sociale et des familles.
55. Code de l'action sociale et des familles - Article L348-1. Code de l'action sociale et des familles.

56. Code de l'action sociale et des familles - Article L348-2. Code de l'action sociale et des familles.
57. Code du travail - Article L5423-8. Code du travail.
58. Code du travail - Article L5423-9. Code du travail.
59. Décret n° 2009-124 du 4 février 2009 revalorisant l'allocation temporaire d'attente, l'allocation spécifique de solidarité et l'allocation équivalent retraite. 2009-124 février, 2009.
60. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. - Article L712-1. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
61. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. - Article L712-2. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
62. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. - Article L712-3. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
63. Code de la sécurité sociale. - Article L861-1. Code de la sécurité sociale.
64. Code de l'action sociale et des familles - Article L111-2. Code de l'action sociale et des familles.
65. Code de l'action sociale et des familles - Article L254-1. Code de l'action sociale et des familles.
66. Circulaire DHOS/DSS/DGAS no 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.
67. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. - Article L313-11. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
68. Comité interministériel de lutte contre les exclusions. 6 juillet 2004. Fiche n°21.
69. www.cnle.gouv.fr.
70. Code de la sécurité sociale. - Article L174-9-1. Code de la sécurité sociale.
71. Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1. Code de l'action sociale et des familles.
72. Code de l'action sociale et des familles - Article L314-3-3. Code de l'action sociale et des familles.
73. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-176-1. Code de l'action sociale et des familles.
74. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-176-2. Code de l'action sociale et des familles.
75. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-176-3. Code de l'action sociale et des familles.
76. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-176-4. Code de l'action sociale et des familles.

77. Décret n° 2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé ». 2006-556 mai, 2006.
78. Lits halte soins santé [Internet]. Fnars. [cited 2013 Nov 26]. Available from: <http://www.fnars.org/champs-d-action/sante/ressources-sante-menu/archives-menu-sante/1450-lits-halte-soins-sante>
79. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. 1948.
80. Constitution de l'OMS. 1946.
81. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. 1966.
82. Castiel D, Bréchat P-H. Solidarités, précarité et handicap social. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2010.
83. Frankish CJ, Hwang SW, Quantz D. Homelessness and health in Canada: research lessons and priorities. *Can J Public Heal Rev Can Santé Publique*. 2005 Apr;96 Suppl 2:S23–29.
84. Raoult D, Foucault C, Brouqui P. Infections in the homeless. *Lancet Infect Dis*. 2001 Sep;1(2):77–84.
85. Phelan JC, Link BG. Who are “the homeless”? Reconsidering the stability and composition of the homeless population. *Am J Public Health*. 1999 Sep;89(9):1334–8.
86. Palepu A, Hubley AM, Russell LB, Gadermann AM, Chinni M. Quality of life themes in Canadian adults and street youth who are homeless or hard-to-house: A multi-site focus group study. *Health Qual Life Outcomes*. 2012 Aug 15;10:93.
87. Pearson DA, Bruggman AR, Haukoos JS. Out-of-hospital and emergency department utilization by adult homeless patients. *Ann Emerg Med*. 2007 Dec;50(6):646–52.
88. Figueiredo RLF, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent*. 2013;73(1):74–8.
89. Francès P, Daguzan P, Bismuth S. [Medical and social management of homeless individuals. A one year prospective observational study in the south part of France, Pyrénées-Orientales]. *Rev Prat*. 2013 Jan;63(1):29–34.
90. Badiaga S, Richet H, Azas P, Zandotti C, Rey F, Charrel R, et al. Contribution of a shelter-based survey for screening respiratory diseases in the homeless. *Eur J Public Health*. 2009 Apr;19(2):157–60.
91. Malmauret L, Leblanc J, Cuvelier I, Verger P. Dietary intakes and vitamin status of a sample of homeless people in Paris. *Eur J Clin Nutr*. 2002 Apr;56(4):313–20.
92. Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. [Recourse to care and morbidity of the homeless in the Paris district]. *Bull Académie Natl Médecine*. 1997 Nov;181(8):1715–1727; discussion 1727–1728.
93. Rotily M, Obadia Y, Tissot-Dupont H, Raoult D. Trench fever among homeless people in Marseille, France: a seroprevalence survey. *J Epidemiol Community Health*. 1997 Apr;51(2):205.

94. Rotily M, Obadia Y, Tissot-Dupont H, Cavailler P, Raoult D. [The epidemiology of trench fever: a pilot study in homeless people in Marseilles]. *Santé Montrouge Fr.* 1996 Oct;6(5):275–8.
95. ORS (Observatoire régional de la santé) Pays de la Loire. La santé des consultants des centres d'examens de santé en situation de précarité. Pays de la Loire - 2000. Etude réalisée dans le cadre du Programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS 2003-2004). 2003.
96. De La Blanchardière A, Méouchy G, Brunel P, Olivier P. Étude prospective des caractéristiques médicopsychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. *Rev Médecine Interne.* 2004 Apr;25(4):264–70.
97. Rapport d'activité 2012. OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides). 2012.
98. Wluczka M, Kern T. La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en CADA et CPH en 2007. ANAEM (Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations). 2007.
99. Ouimet M-J, Munoz M, Narasiah L, Rambure V, Correa JA. Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile à Montréal : prévalence et facteurs de risque associés. *Can J Public Heal.* 2008;99(6):499–504.
100. Wluczka M, Kern T, Debska E. La santé des primo-migrants en 2007. ANAEM (Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations). 2007:1-19.
101. Darmon N, Coupel J, Deheeger M, Briend A. Dietary inadequacies observed in homeless men visiting an emergency night shelter in Paris. *Public Health Nutr.* 2001 Apr;4(2):155–61.
102. Badiaga S, Menard A, Tissot Dupont H, Ravaux I, Chouquet D, Graveriau C, et al. Prevalence of skin infections in sheltered homeless. *Eur J Dermatol EJD.* 2005 Oct;15(5):382–6.
103. Wiecha JL, Dwyer JT, Dunn-Strohecker M. Nutrition and health services needs among the homeless. *Public Heal Reports Wash DC* 1974. 1991 Aug;106(4):364–74.
104. Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prevalence and characteristics of diabetes among homeless people attending shelters in Paris, France, 2006. *Eur J Public Health.* 2010 Oct;20(5):601–3.
105. Bilan et taux d'admission des demandes d'asile et d'apatridie enregistrées en 2009. Données établies au 2 juillet 2013. OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides). 2013 Aug:1-3.
106. CREDES. Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. *Quest Déconomie Santé.* 2001;(40):1–4.
107. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med.* 2008 Dec 2;5(12):e225.
108. Stratigos AJ, Katsambas AD. Medical and cutaneous disorders associated with homelessness. *Skinmed.* 2003 Jun;2(3):168–172; quiz 173–174.
109. Folsom D, Jeste DV. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Jun;105(6):404–13.

110. De Saint Pol T. La santé des plus pauvres. *Insee*. 2007 Oct;1161:1-4.
111. Topolovec-Vranic J, Ennis N, Colantonio A, Cusimano MD, Hwang SW, Kontos P, et al. Traumatic brain injury among people who are homeless: a systematic review. *BMC Public Health*. 2012;12:1059.
112. Boivin J-F, Roy E, Haley N, Galbaud du Fort G. The health of street youth: a Canadian perspective. *Can J Public Heal Rev Can Santé Publique*. 2005 Dec;96(6):432-7.
113. Edidin JP, Ganim Z, Hunter SJ, Karnik NS. The mental and physical health of homeless youth: a literature review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012 Jun;43(3):354-75.
114. ALLONIER C, BOISGUERIN B, LE FUR P. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population : résultats de l'enquête ESPS 2006-2008. 2012.
115. Jackson LA, Spach DH. Emergence of *Bartonella quintana* infection among homeless persons. *Emerg Infect Dis*. 1996 Jun;2(2):141-4.
116. Guibal F, de La Salmonière P, Rybojad M, Hadjrabia S, Dehen L, Arlet G. High seroprevalence to *Bartonella quintana* in homeless patients with cutaneous parasitic infestations in downtown Paris. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Feb;44(2):219-23.
117. Bonilla DL, Kabeya H, Henn J, Kramer VL, Kosoy MY. *Bartonella quintana* in body lice and head lice from homeless persons, San Francisco, California, USA. *Emerg Infect Dis*. 2009 Jun;15(6):912-5.
118. Brouqui P, Stein A, Dupont HT, Gallian P, Badiaga S, Rolain JM, et al. Ectoparasitism and vector-borne diseases in 930 homeless people from Marseilles. *Medicine (Baltimore)*. 2005 Jan;84(1):61-8.
119. Laporte A, Rouvel-Tallec A, Grosdidier E, Carpentier S, Benoît C, Gérard D, et al. Epilepsy among the homeless: prevalence and characteristics. *Eur J Public Health*. 2006 Oct;16(5):484-6.
120. Cassone A. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Pathog Glob Heal*. 2012 Nov;106(7):377.
121. Pimpin L, Drumright LN, Kruijsaar ME, Abubakar I, Rice B, Delpech V, et al. Tuberculosis and HIV co-infection in European Union and European Economic Area countries. *Eur Respir J*. 2011 Dec 1;38(6):1382-92.
122. Bassuk EL. Who are the homeless families? Characteristics of sheltered mothers and children. *Community Ment Health J*. 1990 Oct;26(5):425-34.
123. Moore CE, Durden F. Head and neck cancer screening in homeless communities: HEAL (Health Education, Assessment, and Leadership). *J Natl Med Assoc*. 2010 Sep;102(9):811-6.
124. Wilde M, Jones B, Lewis BK, Hull CM. Skin cancer screening in the homeless population. *Dermatol Online J*. 2013 Jan;19(1):14.
125. Chau S, Chin M, Chang J, Luecha A, Cheng E, Schlesinger J, et al. Cancer risk behaviors and screening rates among homeless adults in Los Angeles County. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2002 May;11(5):431-8.

126. www.ecosante.fr.
127. Tsai J, Rosenheck RA. Obesity among chronically homeless adults: is it a problem? *Public Heal Reports Wash DC* 1974. 2013 Feb;128(1):29–36.
128. Farrell M, Howes S, Taylor C, Lewis G, Jenkins R, Bebbington P, et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the opcs national psychiatric morbidity survey. *Addict Behav*. 1998 Nov;23(6):909–18.
129. Etude de la couverture vaccinale en Bourgogne - 2009-2010. Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne.
130. Badiaga S, Raoult D, Brouqui P. Preventing and Controlling Emerging and Reemerging Transmissible Diseases in the Homeless. *Emerg Infect Dis*. 2008 Sep;14(9):1353–9.
131. Brito VOC, Parra D, Facchini R, Buchalla CM. [HIV infection, hepatitis B and C and syphilis in homeless people, in the city of São Paulo, Brazil]. *Rev Saúde Pública*. 2007 Dec;41 Suppl 2:47–56.
132. Beech BM, Myers L, Beech DJ, Kernick NS. Human immunodeficiency syndrome and hepatitis B and C infections among homeless adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2003 Jan;14(1):12–9.
133. Moses S, Mestery K, Kaita KDE, Minuk GY. Viral hepatitis in a Canadian street-involved population. *Can J Public Heal Rev Can Santé Publique*. 2002 Apr;93(2):123–8.
134. Porto SO, Cardoso DD, Queiróz DA, Rosa H, Andrade AL, Zicker F, et al. Prevalence and risk factors for HBV infection among street youth in central Brazil. *J Adolesc Heal Off Publ Soc Adolesc Med*. 1994 Nov;15(7):577–81.
135. Gish RG, Afdhal NH, Dieterich DT, Reddy KR. Management of hepatitis C virus in special populations: patient and treatment considerations. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pr J Am Gastroenterol Assoc*. 2005 Apr;3(4):311–8.

ETAT DE SANTE DES PATIENTS SANS DOMICILE ACCUEILLIS EN LITS HALTE SOINS SANTE A LA ROCHE SUR YON : ETUDE RETROSPECTIVE SUR LA PERIODE NOVEMBRE 2011- MARS 2013

RESUME

INTRODUCTION : Les patients sans domicile incluent demandeurs d'asile et autochtones. Ces patients sont en situation de grande précarité et présentent des pathologies et facteurs de risque en santé spécifiques et multiples. Devant leur faible accès aux soins, des structures appelées « Lits Halte Soins Santé » ont vu le jour en 2006 et permettent une prise en charge adaptée, préventive et curative, de leurs nombreuses comorbidités.

MATERIEL ET METHODE : Etude descriptive transversale rétrospective monocentrique des caractéristiques médico-psycho-sociales de la totalité des patients sans domicile accueillis dans la structure « Lits Halte Soins Santé » de La Roche sur Yon de novembre 2011 à mars 2013 (n=36 dont 18 étrangers et 18 français).

RESULTATS : Ces patients sans domicile présentaient des taux de prévalence de pathologies plus élevés qu'en population générale concernant les pathologies mentales (incluant les addictions), troubles musculosquelettiques, dentaires, ophtalmologiques, infectieux et dermatologiques. Le nombre de comorbidités était également plus élevé. Ces patients n'ont reçu pour la plupart aucune prise en charge préventive antérieure (incluant vaccination, dépistage, éducation en santé).

CONCLUSION : Les Lits Halte Soins Santé constituent une réponse indispensable aux personnes en situation de grande précarité à travers leur rôle de premier contact avec ces populations, puis de dépistage des comorbidités, d'accompagnement psychologique et social, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique et enfin d'orientation vers une prise en charge médico-sociale à long terme. Seul l'accès à une assurance maladie incluant les soins et les médicaments garantit cette prise en charge.

MOTS-CLES

Précarité – Inégalités sociales de Santé – Sans-domicile

Demandeurs d'asile - Lits Halte Soins Santé – Morbidité