

Année 2018

2018-TOU3-1089

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Nicolas VOJINOVITCH

Le 27 Septembre 2018

**Étude des conditions permettant un parcours de soins
coordonné à des personnes en situation de précarité hébergées
à la Halte Santé et présentant une maladie chronique.**

Directeur de Thèse : docteur Karine PARIENTE

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Alain GRAND

Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO

Madame le Docteur Karine PARIENTE

Madame le Docteur Pascale ESTECAHANDY

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSÉY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	P.U. Médecine générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOUAIA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leïla

Remerciements

A nos maîtres,

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en suis extrêmement reconnaissant.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et de m'avoir encouragé dans sa réalisation. Merci pour votre disponibilité et votre enthousiasme.

Recevez le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Alain GRAND, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, vous me faites l'honneur d'assister à ma thèse et je vous en suis extrêmement reconnaissant.

Merci aussi pour l'implication de votre service et pour son aide statistique.

Recevez le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO, vous me faites l'honneur de faire parti de mon jury, et cela malgré une sollicitation tardive de ma part, merci pour votre réactivité. Votre expertise sera un atout essentiel pour l'évaluation de ce travail.

Soyez assuré de ma de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A notre jury

A Madame le Docteur Karine PARIENTE, merci de m'avoir guidé dans ce travail, dès le début, dans les moments où je m'égarais tant le sujet était vaste. Merci d'avoir été une telle directrice de thèse.

Merci pour ta patience, ta disponibilité et pour tes commentaires toujours constructifs durant ce travail.

Merci aussi pour ton implication auprès des internes, et de m'avoir aidé à progresser lors de mon cinquième semestre.

Sois assurée de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Pascale ESTECAHANDY, vous me faites l'honneur de d'assister à ma thèse et je vous en remercie sincèrement.

Merci de m'avoir ouvert les portes de la Halte Santé, merci aussi pour votre soutien dès le début de ce travail.

A mes rencontres professionnelles :

A tout le service de gériatrie du CHAC, vous m'avez permis de démarrer de la plus belle manière l'internat merci pour votre accueil chaleureux. Merci particulièrement aux **Dr DEL MAZO, SALVAN et LEPAPE**. Merci aux infirmières du SSR, ma blouse est moins fonctionnelle les manches agrafées.

A l'équipe des « neufs » co-internes des Urgences de Montauban c'était beau. Merci aussi à toute l'équipe médicale.

Au **Dr CANEL**, merci pour ce que tu m'as transmis c'est un honneur de continuer à te remplacer. Aux **Dr FIEVET, PLANTADE**, au service de la PMI ce fut un beau semestre que nous avons passé ensemble.

Au **Dr RASTRELLI**, au **Dr COUZINET**, merci d'avoir confirmé ma conviction d'exercer la médecine générale en milieu rural, merci aussi pour le reste... ton implication dans la formation des internes, l'accueil chaleureux, les points d'eau fraîcheur, les recettes de **Sylvette**, les conseils sportifs... c'est vrai qu'on se sent un peu en famille à Prat, n'est-ce pas **Laure** (merci pour isabelle il va falloir lui trouver un véritable nom maintenant).

A tout le service des Urgences psychiatriques de Purpan (**Dr LAFONT, Emmanuelle** et tous ceux que j'oublie) et vous m'avez donné une belle vision de cette spécialité. Au service de la PASS de Toulouse j'admire votre engagement, merci de m'avoir si bien intégré.

A toute la MSP de Mirepoix et ses maitres de stage, **Dr GOUNOT, Dr BORRUT, Dr CARRUE, Dr ROQUES, Dr DURAND** pour ce semestre en autonomie.

Merci aussi particulièrement à **Anne Sophie** et **Maurice** mes colocs de Mirepoix, alors quand est ce qu'on part visiter Beyrouth ?

A ma famille :

A mes parents, mes premiers supporteurs, voilà vous m'avez prévenu que ça risquait d'être un peu long et compliqué, vous avez bien fait ! Merci d'avoir toujours su me soutenir et pour vos conseils. Merci surtout pour tout ce que vous m'avez transmis, **Katia** a sûrement raison vous êtes des parents modèles.

A mon frère **Rémi**, bravo d'avoir construit une si belle famille, c'est vrai qu'elles sont belles ces nièces **Jeanne**, **Liz** et merci pour ton soutien sans faille au début de nos travaux rue Borios, **Fanny** je pense que ton sérieux (celui dans le monde professionnel je ne parle pas dans les repas de famille) t'as permis de faire une belle carrière de la réa au bloc bravo pour tout ça, il faut maintenant vous trouver un petit nid.

A ma sœur Lucie je suis fier du chemin que tu as parcouru, et le plus beau reste à venir, j'espère un jour pouvoir assister à ces pas de danse nocturne (une variante du swing acrobatique il me semble) dont seul **Nico** a le secret.

A ma marraine **Pipo**, à mon parrain **Laurent** merci d'avoir toujours été présent pour moi.

A tout le reste de ma famille, cousins, oncles, tantes et tout particulièrement à **Titi et Jean-François** pour leur accueil, leur soutien, leurs conseils pendant mes premiers pas dans la médecine c'est certain que vous avez contribué à mon succès. A mes grands-parents **Amy**, **Marie-Jeanne** et **Riri** vous avez une force incroyable, à **Apy** parti trop tôt, j'essaierai d'honorer ton nom.

A mes amis

A la cliqua cancona, de l'école maternelle jusqu'à aujourd'hui vous m'avez fait rêver.

Micky il me semble que tu t'es bien adapté à Toulouse ce coup-ci, on ne peut pas ressasser ici toutes les anecdotes des soirées piscines « avec débordements », n'est-ce pas **Paca** il me semble que ton mollet s'en rappelle lui.

A Tonton Juju, roi du moonwalk, bravo pour ton ascension professionnelle je suis fier de toi, je n'oublierai jamais tes talents de critique gastronomique bilingue but « were is the cooker ? ».

A Fripouille, à ton franc parler légendaire, à cette belle amitié, je me souviens des révisions du bac et du babyfoot aussi, quel succès ! Je hais les moustiques qui m'ont tant piqué les yeux sur le chemin du retour. C'est un premier pas d'être redescendu encore un petit effort et tu arriveras à Toulouse.

Virtuose de l'architecture, amateur du sans sulfite, son plat signature : les fayots à l'ail basse température, on ne présente plus Maître **Boby**, merci pour ces 2 ans de coloc nous avons bien ri. Et au fait, je ne me lasserai jamais de tes « tu t'en fiches de mon dos ».

A Flo, à ces 7 ans de colocs, aux padthai de Bangkok, aux pitas (surtout celui que tu nous as sorti de nulle part à Istanbul), à ces cuisines à 4 mains ce fut un réel plaisir, un jour ou l'autre nous l'ouvrirons ce camion de street food.

A Lomer et ses 47 personnalités, mais aucune n'est pathologique, je t'assure que d'avoir vécu en coloc rue Dalayrac a été un réel bonheur, il me tarde le prochain set and match sur les cours des Argoulets et la prochaine virée en Sharan qui est un peu notre bus magique.

A Jaf, on ne peut mesurer l'amour que tu as pour ton métier qu'après t'avoir vu jouer du violoncelle avec un jambon, bravo d'être quasiment passé inaperçu dans les soirées médecines auxquelles tu as été convié.

Un peu d'organisation ne fait pas de mal au milieu de tout ça, n'est-ce pas **Caillou** ? bravo à toi pour ton parcours professionnel et tes performances multisports, t'es un peu le robocop de la troupe.

A Campi, nous avons de la chance de t'avoir avec nous, j'espère que toutes les conditions seront bientôt réunies pour que tu puisses retourner dans le pays où les bains sont naturels, les terres volcaniques et le sable noir, il paraît même que les fjord ne sont pas des yaourts, j'avoue que ça fait un peu rêver ton histoire.

Hey **Mani** man ! trike drift, VTT et moto façon Mad Max il est temps d'agrandir le garage et j'ai l'impression que vous avez trouvé le spot idéal.

A Flora notre joker féminin merci d'être toujours là pour nous.

Merci à **Lulu, Zozo, Lydie, Clarisse, Jess, Bérénice** de supporter tout ça.

A mes rencontres Rennaises

A **Yull**, merci de m'avoir montré « la courbe d'intelligence » à **Simon** dont l'accent sudiste n'a pas d'égal, sans vous peut être rien ne se serait passé, je me souviens du Stanley, du carabinage, de nos carnets de colles, des répliques de Rasta Rockett « un homme grand un homme fort » et j'en passe ... puis enfin des 3 soleils qui portent bien leur nom. Il me tarde un nouveau cours de surf tous les 3 version Capbreton tiens..

A **Antony**, à **Tommy** et tous les autres...

A mes rencontres Toulousaines

A **Romain**, merci de m'avoir adressé la parole au dernier rang de l'amphi alors que j'arrivais fraîchement de Bretagne, j'espère que la médecine t'aidera à soigner ton addiction à l'haltérophilie et qu'on continuera longtemps encore à venir te voir sur la French, c'est à chaque fois plus insolite, il manque peut-être encore une enceinte dans la douche... tu ne crois pas **Sarah** ?

A **Albanie**, tu as tenu bon pour accomplir la carrière que tu souhaitais, bravo, tu seras toi aussi un excellent médecin j'en suis certain.

A **Jeanne**, merci pour ces bons moments, tu as toutes les qualités pour faire une excellente psychiatre.

A **Paul**, l'externat n'ayant pas été toujours simple, j'espère que tu as trouvé ton bonheur dans le massif de la Chartreuse.

A **Beranger**, cofondateur du **Bervitch**, l'homme au cœur sur la main qui se permet même d'offrir des paires de lunettes aux lizards, avoir parcouru tout cet internat avec toi n'a été que du plaisir, avec tes DU et ton statut de Professeur peut être qu'un jour tu parviendras à soigner mon iléon, mais peu importe nous allons voir plus loin désormais.

A **Magali** la première des co internes, c'était bien de pouvoir se serrer les coudes au SSR, même si un certain matin tu as écourté prématurément la visite à mes côtés, j'ai apprécié l'intention !

A **Thomas**, il paraît que tu as gardé un droit de visite avec Polisson, ce serait une belle occasion de voir un petit ST-ASM non ?

A **Elisabeth**, pour ta bonne humeur communicative et pour tes avis dermato.

Aux co-internes de Saint Gi version 2 : **Arthur** (le brasseur, merci d'avoir si bien préparé le terrain de stage chez Olivier), **Alba**, **Richou**, **Yolaine**, **Kossi**, **Berge** (dj - moniteur auto-école chef cuistot), **Elise Roblin** (directrice artistique décoratrice et coiffeuse), **Justine** (amatrice de masque au concombre), **Naira** (responsable déguisement, cobaye pour les masques de Justine..), pour m'avoir fait vivre certainement le plus beau semestre de cet internat. Ah j'ai failli oublier **Laurie** et les nuggets vegan, heureusement qu'il y avait du piment garçon pour assaisonner tout ça.

A mes colocs de Saint Girons **Yoana et Clément**, il se dit que les cloisons de cet appartement de l'hôpital étaient si fines que même après avoir longuement discuté sur le sens de la vie, on pouvait s'entendre dormir.

Antigone, la meilleure pour la fin, merci de m'avoir soutenu pendant ce travail de thèse, d'avoir pris la décision de me rejoindre à Toulouse, merci pour ce que tu es, ton ouverture d'esprit et ton optimisme sans limite, j'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés. Nous avons encore beaucoup de beaux projets tous les deux. Merci aussi à toute ta famille de m'avoir si bien accueilli : **béré, cassandra, roxane, clément**, les tontons **Sylvain et Jimote**, les tantes.

TABLE DES MATIERES

Listes des abréviations.....	13
Liste des annexes et illustrations.....	14
I- Introduction	15
1. Lits Halte Soins Santé	17
2. Parcours de soins coordonnés	18
3. Echelle CIRS	19
4. La participation, l’empowerment	20
II- Méthode	21
III- Résultats	25
1. Description de la population	25
1.1Données sociodémographiques	25
1.2L’accès aux soins	26
1.3Evaluation de l’état de santé	28
2. Analyse comparative des groupes	30
3. Caractéristique du groupe « parcours qui dysfonctionne »	32
IV- Discussion	33
1. Principaux résultats	33
1.1 L’addiction	33
1.2 Le logement	35
1.3 Education thérapeutique	35
2. Etat de santé et axe d’amélioration du parcours de soin	36
3. Forces et limites de l’étude	39
3.1 Forces de l’étude	39
3.2 Limites de l’étude	39
V- Conclusion	40
VI- Références Bibliographiques	41
VII- Annexes	44

Abréviations :

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CIRS : Cumulative Illness Rating Scale

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

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EMSS : Équipe Mobile Sociale et de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PASS : Permanence Accès aux Soins de Santé

PPS : Plan Personnalisé de Soins

UHU : Unité d'Hébergement d'Urgence

SDF : Sans Domicile Fixe

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Échelle CIRS

Annexe 2 : Questionnaire : étude du parcours de soin service Halte Santé.

Annexe 3 : Questionnaire de repérage des personnes pouvant bénéficier d'une assistance au parcours.

Annexe 4 : Résumé en anglais

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les déterminants de santé selon le modèle de Dahlgren et Whitehead

Figure 2 : Diagramme représentant la date de la dernière consultation avec un médecin

Figure 3 : Diagramme représentant les pathologies retrouvées dans notre population

Figure 4 : Diagramme en boîte à moustache : l'échelle CIRS

Tableau 1 : Les données sociodémographiques des patients séjournant dans les LHSS

Tableau 2 : Le recours aux soins des patients séjournant dans les LHSS

Tableau 3 : Évaluation des connaissances des patients sur leur état de santé.

Tableau 4 : Échelle CIRS

Tableau 5 : Addictions

Tableau 6 : Comparaison des parcours coordonnés et non coordonnés

I- INTRODUCTION

L'Insee dénombrait en 2012, 141 500 sans domicile en France, un chiffre en progression de plus de 50% en onze ans (1). La situation de « *sans-domicile* » est définie par l'Insee comme le fait de passer la nuit dans un service d'hébergement (logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid) ou dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, parc, station de métro, voiture, etc.) dans ce dernier cas, la personne est considérée comme sans-abri.

La fondation Abbé Pierre en 2016 (2) complète les chiffres publiés par l'Insee. Elle ajoute aux 141 500 personnes sans domicile : 25 000 personnes vivant durablement en chambre d'hôtel, 85 000 dans des habitations de fortune et 643 000 en hébergement « contraint » chez des tiers. La diversité de cette population s'est accentuée ces dernières années où les femmes, les familles et les étrangers sont davantage représentés qu'auparavant.

Les personnes sans domicile ne sont pas égales face à la santé du fait même de l'hétérogénéité qui caractérise cette population. Le Lancet Journal publiait en Janvier 2018 une revue de la littérature concernant l'état de santé des plus vulnérables, ceux-ci ont une morbi-mortalité plus élevée (3). Ils sont plus fréquemment porteurs de pathologies psychiatriques et d'addictions (4), sont à plus haut risque cardio vasculaire (5) et exposés aux maladies infectieuses (6) (hépatites, tuberculoses, VIH).

Au niveau national (7) le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de Novembre 2015 « Etat de santé et condition de vie des populations sans domicile » rappelle que le sans abris des adultes est associé à un mauvais état de santé, physique et psychique. Plusieurs marqueurs de santé illustrent un désavantage de la population des sans-domiciles lorsqu'on la compare à l'ensemble de la population (8).

L'état de santé des personnes sans-abri a été plus spécifiquement abordé lors d'une étude à Marseille en Mai 2016 dans une Unité d'hébergement d'urgence (UHU) La Madrague(9); les personnes hébergées présentent des pathologies qui peuvent être sévères et un score moyen de comorbidité CIRS à 3,8. Or, 31,9% des personnes avaient eu besoin de voir un médecin sans avoir pu en rencontrer un.

Sur la région Occitanie la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) par la synthèse des diagnostics à 360° de Novembre 2016 (10) note aussi une population hétérogène avec une augmentation des populations étrangères prises en charge par les dispositifs d'urgence.

Il a été démontré que si les politiques de réduction des inégalités de revenu et de niveau d'instruction sont prioritaires, le système de santé a également son rôle à jouer en terme de

contribution à la diminution des inégalités existantes. C'est dans le cadre de la prise en charge clinique des maladies chroniques que le concept de parcours de soins a été porté en 2012 par la Haute Autorité de Santé (11) pour améliorer la qualité des soins et la coordination entre professionnels.

Décrire le parcours de soins chez les populations en situation de précarité a pour objectif de mieux comprendre les spécificités du groupe donné pour faciliter l'accès aux soins et tenter de définir des pistes d'amélioration comme l'a proposé le rapport de la direction générale de l'offre de soin (DGOS) (12). En 2015 ce rapport national met en avant des facteurs de « sécurisation » du parcours des patients en situation de précarité que sont, l'existence d'un lien de confiance « privilégié » avec un acteur clé du système de soins, qui est le médecin traitant le plus souvent mais pas obligatoirement, la présence d'aidants naturels, dans le champ familial ou social qui neutralise les difficultés liées à l'éloignement géographique des lieux de soins, enfin l'existence d'une couverture assurantielle complète. Il nous a paru alors pertinent d'étudier si ces déterminants du parcours de soin sont retrouvés chez les patients hébergés en séjour dans les LHSS du CHU de Toulouse appelés « Halte Santé ».

Cette étude qualitative a porté sur une population en situation de précarité au sens large avec des critères d'inclusion intéressants les revenus et la couverture sociale (critères retrouvés dans les scores de précarité EPICES et PASCAL). Or ces critères ont été créés pour le dépistage de la précarité dans le cadre d'une consultation (13), ils sont sensibles mais peu informatifs pour les patients des LHSS car ces patients sont pour leur grande majorité déjà pris en charge par des professionnels médico-sociaux.

Quatre-vingt pour cent des personnes ayant sollicité le 115 pour une demande d'hébergement d'urgence auraient vu leur demande non satisfaite(10), la Halte Santé constitue une solution pour les personnes souffrant de mal logement et en besoin de soin, c'est donc dans une logique de continuité des recherches que notre choix s'est porté sur le public accueilli dans les LHSS de Toulouse.

Peu d'études locales ont porté sur cette population.

Ainsi l'objectif principal de ce travail est l'étude des conditions qui permettent un parcours de soin coordonné à des personnes en situation de précarité hébergées à la Halte Santé et présentant une maladie chronique.

1- Lits Halte Soins Santé

A Toulouse, faisant suite à l'initiative parisienne du Dr Xavier Emmanuelli, c'est en 1995 que l'Association Soleil (14) crée elle aussi des lits infirmiers : la Halte Santé. L'objectif était alors de prodiguer des soins à des personnes sans domicile fixe, pour prévenir des situations de complication ou de renoncement aux soins. Ces structures ayant fait la preuve de leur pertinence obtiennent une reconnaissance légale en 2006 par leur inscription dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) comme établissement médico-social dénommé "Lits Halte Soins Santé" (LHSS). A Toulouse elles sont sous la gestion du CHU de Toulouse depuis le 17 octobre 2006. Les missions des LHSS sont mentionnées dans le CASF code de l'action sociale et des familles. Elles sont d'assurer, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée (15). Les LHSS sont donc le temps du séjour des patients un acteur majeur du parcours de soins.

Il est un axe fort de la médecine sociale hospitalière au côté d'autres services comme les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et l'EMSS (Équipe Mobile Sociale et de Santé) attachés au même pôle de Santé Publique et Médecine Sociale. L'EMSS va à la rencontre des personnes dans la rue, son rôle est l'évaluation et l'orientation des personnes en situation de précarité, le public est proche de celui accueilli dans les LHSS. La PASS est un lieu de consultation médico psycho social pour les personnes en situation de précarité afin que les difficultés financières ne soient pas un obstacle au soin.

Les LHSS exercent un rôle passerelle entre les services hospitaliers et les partenaires extérieurs tels que les médecins libéraux, les associations, le SIAO. Ils sont un lieu de transition entre la rue et les hospitalisations, tant dans l'objectif de préparer les hospitalisations que dans la gestion du post hospitalier.

Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social. Les LHSS de Toulouse hébergent environ 120 personnes différentes par an.

Au cours de leur passage les patients accueillis bénéficient d'une alimentation de qualité, de soins infirmiers et médicaux. Ils rencontrent les travailleurs sociaux pour un accompagnement dans les démarches administratives (ouverture de droit, dossier MDPH). L'équipe travaille également à trouver une solution d'hébergement pérenne mais est bien souvent confrontée à des dispositifs d'accueil saturés. Les patients retournent vers les dispositifs de l'urgence sociale et même parfois vers la rue dans 55% des cas. A Toulouse alors que 63% des patients accueillis y séjournent pour des une convalescence ou un traitement d'un état sanitaire aigu (14), ils sont nombreux à présenter aussi des pathologies chroniques. Le rapport national évaluation du dispositif LHSS(16)

évalue à 59,2% le pourcentage de personnes sans domicile confrontés à des pathologies chroniques.

2- Parcours de soins coordonnés

La notion de parcours de soins prend tout son sens dans la prise en charge des maladies chroniques. La définition d'une maladie chronique n'est pas unanime, elle est assez vaste. Selon l'OMS, ce sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement(17). Afin de se placer dans une perspective de santé publique, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) propose d'utiliser une définition transversale de la maladie caractérisée par la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer d'une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle.

Elle entraîne un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance et la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Le parcours de soins coordonné a été introduit par la loi du 13 août 2004 (18) relative à l'assurance maladie. Il consiste initialement à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Puis, la loi du 21 Juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) a souligné la nécessité d'une approche pluri professionnelle et d'une meilleure coordination interprofessionnelle essentielle à la qualité des soins des maladies chroniques.

L'HAS en 2012 est parti du constat que le nombre de patients porteurs de maladies chroniques était en augmentation soit 15 millions de personnes en France dont 9 millions atteints d'affections longue durée (ALD). Elles deviennent une préoccupation majeure en santé publique et ont un lourd impact économique. L'HAS a donc proposé d'établir des guides parcours de soins pour différentes pathologies, ils comportent un socle scientifique décrivant le diagnostic, le traitement et le suivi en signalant d'éventuelles discordances entre les recommandations mais aussi l'implication du patient et des professionnels dans la prise en charge.

Au total, il se définit ainsi par *« une intervention complexe pour la prise de décision et l'organisation mutuelle des processus de soins pour un groupe bien défini de patients pendant une période bien définie »*

Il consiste donc en la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné (19) au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du

sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

3- Echelle CIRS

La Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (annexe1) a été initiée par Linn et al. en 1968, elle permet une évaluation des pathologies par système d'organe sur la base d'une cotation graduée permettant d'obtenir un score final cumulé allant de 0 à 56. Le score théorique maximum de 56 n'est jamais atteint puisqu'obtenir un score de 4 pour un seul système d'organe correspond déjà à une pathologie extrêmement sévère.

Puis elle a été revue par Miller et Towers afin de l'ajuster aux problèmes courants de la population gériatrique. L'échelle CIRS est une échelle dont la validité et la reproductibilité ont été démontrés (20)(21).

Cette échelle est utilisée en onco-gériatrie pour évaluer l'influence des comorbidités sur la survie. Elle distingue comorbidité (pathologie évolutive influençant l'état de santé du patient) et antécédent (pathologie qui n'est plus évolutive), mais tient compte de certains antécédents qui ont des conséquences qui interfèrent avec le pronostic de la pathologie.

La CIRS pondère les comorbidités selon le stade de la maladie, selon qu'elle est ou non équilibrée. Repérer les comorbidités majeures influence la démarche thérapeutique : c'est un outil qui s'intègre à l'évaluation gériatrique standardisée permettant de proposer in fine un plan personnalisé de soin selon que la pathologie à traiter est responsable en grande partie ou non de l'état actuel global du patient.

Il existe un lien entre gériatrie et précarité, on peut y voir des similitudes par la complexité de leurs pathologies médicales et leur isolement. Ceci peut engendrer une fragilité qui parfois nécessite la mobilisation de tierces personnes, ainsi la CIRS nous paraît adaptée à l'évaluation de nos patients.

D'autres échelles telle que l'échelle de Charlson sont valides pour évaluer les comorbidités. L'échelle de Charlson se base uniquement sur des données de l'interrogatoire. L'échelle CIRS quant à elle se base d'une part sur l'interrogatoire mais aussi sur des données cliniques et biologiques ce qui en fait une échelle particulièrement adaptée à un public fragile.

La CIRS doit être complétée par un personnel formé et avec l'aide du manuel CIRS qui détaille selon chacune des 14 catégories de pathologie les critères permettant la cotation de 0 à 4. Les grands principes de la cotation sont les suivants :

0 - Aucune pathologie n'affecte ce système ou problèmes médicaux antérieurs sans importance clinique.

- 1 - Problème actuel léger ou problème antérieur important.
- 2 - Atteinte ou morbidité modérée et/ou nécessitant un traitement (de première ligne).
- 3 - Pathologie sévère et/ou atteinte constante et invalidante et/ou maîtrise des problèmes chroniques difficile (schéma thérapeutique complexe).
- 4 - Pathologie extrêmement sévère et/ou traitement immédiat requis et/ou défaillance d'un organe et /ou incapacité fonctionnelle grave.

4- La participation, l'empowerment.

Dans cette étude originale nous avons voulu explorer l'*empowerment* défini :

« comme un processus au cours duquel la personne malade prend conscience de progresser dans sa capacité à gérer ou à accepter une situation ou des situations qui auparavant lui conféraient un sentiment d'impuissance et de détresse. Le rôle du soignant à l'égard d'un tel processus est d'être un facilitateur, qui accompagne un processus dont il n'est pas le maître. » (22)

L'empowerment ou la participation active d'une personne à son processus de prise en charge résulte d'une *interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes)*. C'est ce qui ressort d'un rapport mené par l'OMS en 2006 (23) sur la mise en place de politique de santé dont la réussite est améliorée par l'autonomisation des personnes en situations d'exclusion.

Les structures mises en place pour la prise en charge de ces patients doivent prendre en compte leur environnement quotidien et les problématiques qui en résultent afin que l'offre qui leur est proposée soit la plus adaptée. Mais la réussite d'une prise en charge ne peut se faire seulement si la personne malade est acteur de ce processus et qu'elle puisse participer aux décisions en ayant en main les éléments compréhensibles liés à son état de santé. La prise en charge doit se faire de manière coopérative entre les différents acteurs dont fait partie le patient.(24)

L'empowerment est une prise de pouvoir dans le cadre des soins dont les résultats attendus sont une satisfaction accrue vis-à-vis des relations soignants-soignés, un meilleur accès aux soins, une utilisation plus efficace des services de santé, un niveau d'éducation personnelle plus élevé et un meilleur état de santé.

Il n'existe pas d'outil de mesure de l'empowerment validé applicable dans notre étude (25). On peut en revanche en explorer une composante qu'est la conscience critique de son état de santé, et nous tenterons de voir si elle représente aussi un déterminant du parcours de soin. Pour cela nous avons interrogé le patient sur la connaissance de ses propres comorbidités.

II- Méthode

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive et analytique à partir de questionnaires auprès des patients admis en séjour dans les Lits Haltes Soins Santé (LHSS) à Toulouse sur la période de Mars à Septembre 2017.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient de séjourner dans les LHSS et d'avoir une maladie chronique connue depuis au moins 3 mois.

Les patients présentant une problématique aiguë, les patients admis dans le service après un séjour carcéral ont été exclus.

Chaque patient entrant dans le service a été sollicité pour participer à l'étude, une fiche informative leur a été délivrée. Un consentement écrit du patient a été recueilli si celui-ci donnait son accord et remplissait les critères d'inclusion.

Tous les questionnaires ont été remplis par un médecin du service lors d'un entretien avec le patient. Si le patient n'était pas francophone l'entretien était réalisé avec un interprète.

Ce questionnaire (annexe2) avant utilisation pour l'étude a été testé auprès de 4 patients dans le service afin d'évaluer sa pertinence et sa faisabilité. Ce questionnaire était divisé en 4 parties : La première concerne les données socio démographiques, elle recueille l'âge, le pays de naissance, la couverture sociale, le type de logement et l'entourage social.

La seconde partie concerne le recours aux soins et notamment la présence d'un médecin référent identifié, le renoncement, le refus de soins enfin les hospitalisations et leurs modes d'entrées.

La troisième partie interroge le patient sur la connaissance de ses propres maladies et ses besoins de soins.

Enfin la dernière partie est l'échelle de comorbidité CIRS qui est validée et a déjà été utilisée dans une étude à Marseille pour une population de sans abri.

Cette échelle CIRS a été complétée à partir du dossier médical patient, pour cela le protocole d'étude a été validé par la commission d'éthique du département de médecine générale de Midi Pyrénées.

L'analyse de ces questionnaires permettra de dégager 3 parcours de soins : coordonné, à risque et avec dysfonctionnements. Ces 3 parcours ont été volontairement gradués du « mieux

coordonné » au « moins coordonné » et la présence d'un seul critère suffit pour appartenir au groupe inférieur.

Le **parcours coordonné** est sans embuche dans l'enchaînement des recours aux soins, les patients sont adressés au bon endroit par les personnes adéquates, il s'agit :

- Des patients ayant un médecin référent.
- Des patients dont l'hospitalisation est programmée par le médecin référent
- Ceux ne renonçant pas à se soigner, non confrontés à un refus de prise en charge

Les **parcours à risque** sont ceux présentant un ou plusieurs freins pour accéder aux soins, il s'agit :

- Des patients ayant renoncés aux soins
- Ceux confrontés à des situations de refus de soins
- Les patients n'ayant pas bénéficiés d'une consultation dans l'année
- Les patients adressés en hospitalisation par un professionnel médico-social, (non orienté par médecin référent)
- Les patients ayant été hospitalisés par les urgences dans un contexte de crise (accident, alcool, toxicomanie) au cours des 12 derniers mois

Les **parcours qui dysfonctionnent** présentent une rupture de continuité, ils peuvent générer une prise charge et une orientation inadéquate il s'agit :

- Des patients n'ayant pas de médecin référent
- Des patients ayant été hospitalisés pour un motif lié à la pathologie chronique décompensée non orientés par médecin référent.
- Les passages aux urgences pour pathologie bénigne non urgente

Nous avons ainsi pris le parti d'accepter ces 3 parcours tels qu'ils ont été établis en 2015 dans le rapport de la DGOS (12).

Pour notre objectif principal, à savoir de mettre en évidence les déterminants qui influencent le parcours de soins des patients séjournant à la Halte Santé, nous avons comparé les caractéristiques des différents groupes.

Dalhgren et Whitehead en 1991 ont représentés les différents déterminants de santé sous forme graphique en « arc en ciel ». Plusieurs niveaux interagissent autour de l'individu. De l'extérieur vers le centre du graphique on retrouve les déterminants suivants :

Les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales : la situation économique du pays et les conditions du marché du travail ont une incidence sur toutes les autres strates.

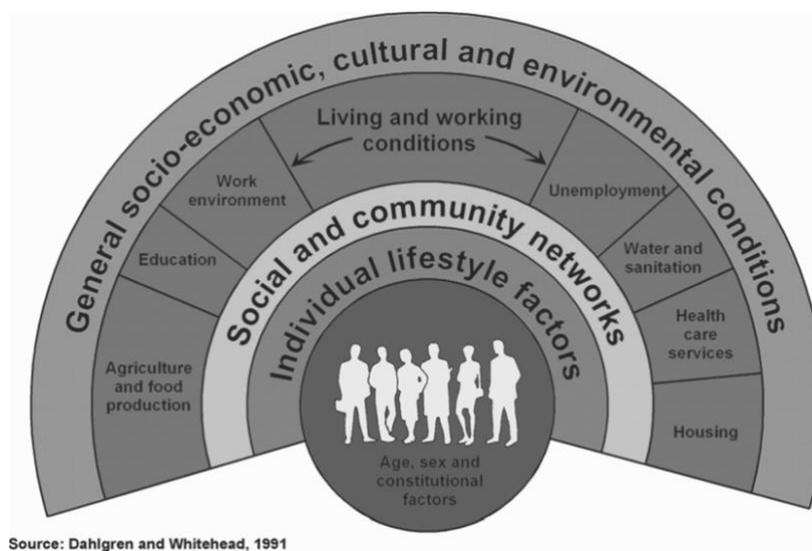
Le niveau de vie atteint dans une société, peut par exemple influencer sur les possibilités d'un logement, d'un emploi et d'interactions sociales.

Les facteurs liés aux conditions de vie et de travail : dans cette strate, les conditions d'habitat plus précaires, l'exposition aux conditions de travail plus dangereuses et stressantes et un accès médiocre aux services créent des risques différentiels pour les personnes socialement désavantagées.

Les réseaux sociaux et communautaires : les interactions sociales et la pressions des pairs influencent les comportements individuels de façon favorable ou défavorable.

Les facteurs liés au style de vie personnel concernent les comportements et styles de vie personnels (addiction, alimentation, activité physique), influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé.

Figure 1 : Les déterminants de santé selon le modèle de Dahlgren et Whitehead



Dans notre étude, nous avons choisi de nous concentrer sur les déterminants qualitatifs suivants : langage, région d'origine, présence d'une couverture sécurité sociale, le type de logement, la présence d'une personne de confiance, la connaissance par le patient de sa maladie, la connaissance des règles hygiéno-diététiques, la présence de toxique actif.

Nous avons réalisé une série d'analyses bivariées pour tester le lien entre 2 variables qualitatives. Pour cela, nous avons utilisé le test exact de Fisher. Le test du χ^2 n'a pas été réalisé car les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5.

L'interprétation des résultats des tests d'association se fait selon le schéma suivant :

Hypothèse nulle H_0 : il n'y a pas de lien d'association entre les 2 variables testées (i.e. les 2 variables sont indépendantes).

Le risque alpha de 1ère espèce est fixé à 5% c'est-à-dire que l'on accepte de rejeter à tort H_0 dans 5% des cas.

Si la p value du test de Fisher est < 0.05 , on rejette l'hypothèse nulle H_0 : il existe un lien d'association entre les 2 variables testées et la différence observée est statistiquement significative.

Si la p value du test de Fisher est ≥ 0.05 , on ne rejette pas l'hypothèse nulle H_0 : il n'y a pas de lien d'association entre les 2 variables testées et la différence observée n'est pas statistiquement significative.

Concernant les 2 variables quantitatives l'âge et le score à l'échelle CIRS : la comparaison de leur distribution entre parcours coordonné ou non coordonné a été réalisée par un test de Mann-Whitney Wilcoxon.

III- Résultats

Sur les 70 entrées dans le service en 6 mois, 49 ont été inclus dans l'étude, le taux d'inclusion s'élevait à 70%. Dix-huit patients présentaient uniquement des pathologies aiguës, 1 patient n'a pas donné son consentement, 2 n'ont pas été inclus du fait d'une durée de séjour trop brève.

1. Description de la population

1.1 Données sociodémographiques

Tableau 1 : Les données sociodémographiques des patients séjournant dans les LHSS

	Total		Coordonné		A risque		Dysfonctionne	
	N ou med	% ou IQR	N ou med	% ou IQR	N ou med	% ou IQR	N ou med	% ou IQR
	49	100	6	12,24	20	40,82	23	46,94
Homme	44	89.80	5	83.33	19	95.00	20	86.96
Age	47	40-55	45	43-47	47	40-54	50	38-58
Pays								
France	23	46.94	2	33.33	7	35.00	14	60.87
Europe	10	20.41	1	16.67	6	30.00	3	13.04
Monde	16	32.65	3	50.00	7	35.00	6	26.09
Francophone	41	83.67	5	83.33	16	80.00	20	86.96
Couverture sociale								
Absence	6	12.24	2	33.33	2	10.00	2	8.70
Incomplète	2	4.08	0	0.00	1	5.00	1	4.35
Complète	41	83.67	4	66.67	17	85.00	20	86.96
Logement								
Rue	18	36.73	1	16.67	7	35.00	10	43.48
Logement de fortune	9	18.37	0	0.00	5	25.00	4	17.39
Sous un toit	22	44.90	5	83.33	8	40.00	9	39.13

N = effectif

Med = médiane

IQR = intervalle inter-quartile

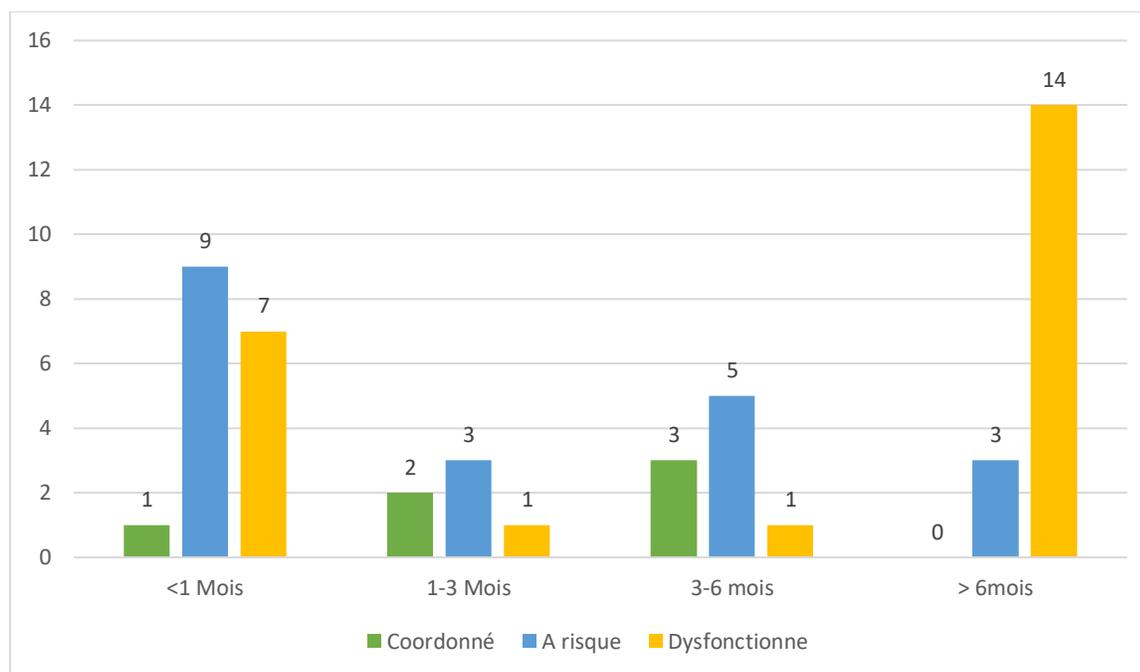
Six patients sur 49 (12,2%) présentent un parcours de soins coordonné.

La population de notre étude est majoritairement masculine, avec un âge médian de 47 ans, moins de la moitié d'entre elle est d'origine française mais 83% comprend et parle le français. La majorité des patients ont une couverture sociale complète.

Concernant le logement, la variable logement de fortune correspond aux personnes vivant en caravane, voiture ou squat. La variable sous un toit correspond quant à elle aux personnes hébergées chez des proches ou en foyer d'hébergement.

1.2 L'accès aux soins

Figure 2 : Diagramme représentant la date de la dernière consultation avec un médecin



Les patients du groupe parcours coordonné ont tous consulté dans les 6 mois, ceux des parcours qui dysfonctionnent ont un profil plus hétérogène : ils ont soit consulté pour une partie d'entre eux dans le mois soit il y a plus de 6 mois pour la majorité.

Tableau 2 : Le recours aux soins des patients séjournant dans les LHSS

	Total		Coordonné		A risque		Dysfonctionne	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecin référent								
Absence	13	26.53	0	0	0	0	13	56.52
MG en ville	23	46,94	3	50,00	13	65,00	7	30,43
Autres	13	26,53	3	50,00	7	35,00	3	13,04
Présence d'une personne de confiance	26	53,06	1	16,67	14	70,00	11	47,83
Situation de refus de prise en charge	6	12.24	0	0.00	3	15.00	3	13.04
Renoncent aux soins	28	57.14	0	0.00	12	60.00	16	69.57
Hospitalisation au cours des 12 derniers mois	36	73.47	4	66.67	13	65.00	19	82.61

Un patient sur quatre n'a pas de médecin référent, la moitié des patients ont une personne de confiance susceptible de se mobiliser dans l'accompagnement des soins.

1.3 Évaluation de l'état de santé.

Figure 3 : Diagramme représentant les pathologies retrouvées dans notre population

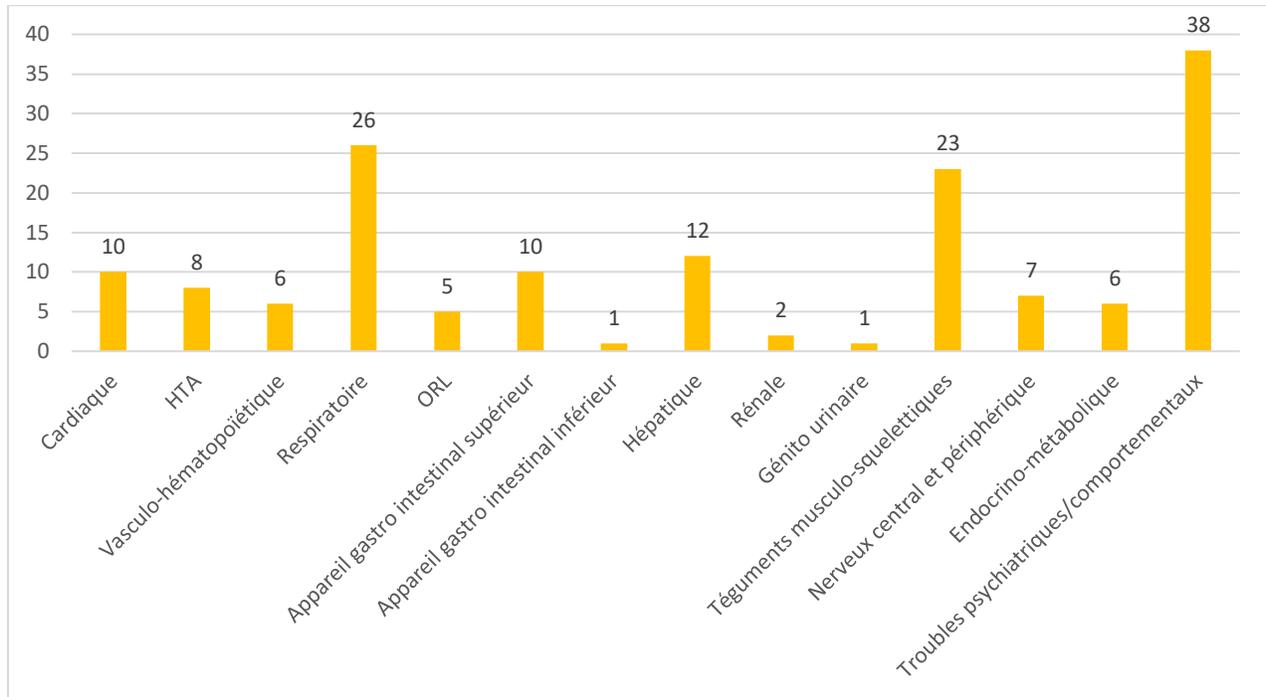


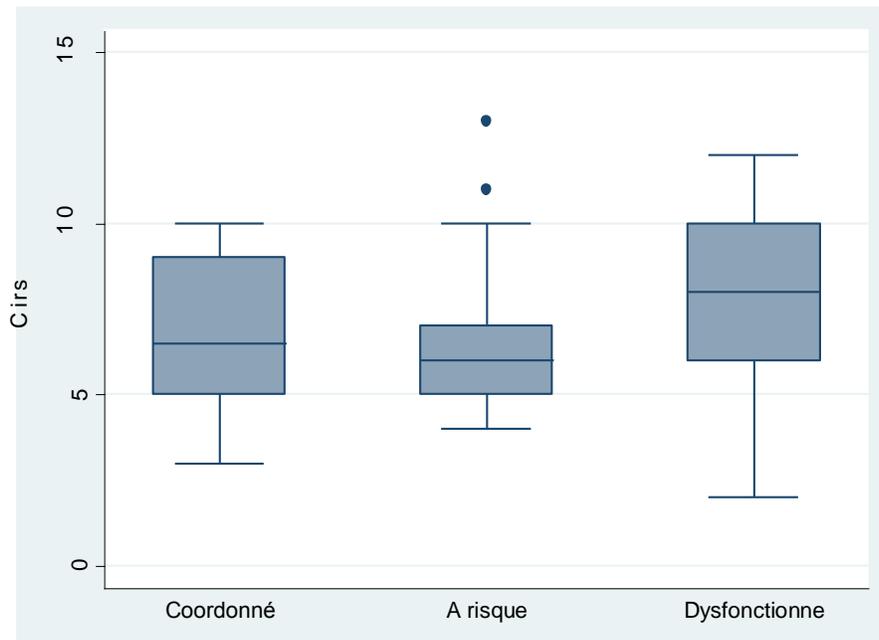
Tableau 3 : Évaluation des connaissances des patients sur leur état de santé.

	Total		Coordonné		A risque		Dysfonctionne	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Connaissance de la pathologie principale	41	83,67	6	100	15	75	20	86,96
Connaissance des comorbidités	33	67,35	6	100	12	60	15	65,22
Connaissance des Règles hygiéno-diététiques	32	65,31	5	83,33	14	70,00	13	56,52

Tableau 4 : Échelle CIRS

	Total		Coordonné		A risque		Dysfonctionne	
	med	IQR	med	IQR	med	IQR	med	IQR
CIRS	7,00	5-8	6,50	5-9	6	5-7	8	6-10

Figure 4 : Diagramme en boîte à moustache : l'échelle CIRS



La moyenne du score CIRS est élevée. On la retrouve à 7,02 pour notre population d'étude, les scores de CIRS sont similaires dans les 3 groupes bien que légèrement plus élevés dans le groupe « dysfonctionne ».

Tableau 5 : Addiction

	Total		Coordonné		A risque		Dysfonctionne	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Toxique actif	31	63.27	0	0.00	13	65.00	18	78.26

La présence d'un toxique actif comptabilise les patients ayant une toxicomanie active non substituée, une dépendance à une substance (alcool, médicament) selon les critères du DSM-5. Le tabagisme actif est exclu de cette variable.

2. Analyse comparative des groupes.

Les parcours de soins à risque et qui dysfonctionnent sont regroupés et comparé à notre gold standard qui est le groupe coordonné :

Tableau 6 : Comparaison des parcours coordonnés et non coordonnés

	Coordonné		Non coordonné		p
	N ou médiane	% ou IQR	N ou médiane	% ou IQR	
Sexe Masculin	5	83	39	90	0,495
Age (années)	45	43-47	47	40-57	0.299
Pays origine					
France	2	33	21	49	0,848
Europe	1	17	9	21	
Monde	3	50	13	30	
Compréhension du français	5	83	36	83	1
Couverture sociale					
Complète	4	67	37	86	0,357
Partielle	0	0	2	5	
Type de logement					
Rue	1	17	17	40	0,170
Mobile	0	0	9	20	
Sous un toit	5	83	17	40	
Personne de confiance					
Aucune	5	83	18	42	0,232
Professionnelle	1	17	7	16	
Personnelle	0	0	15	35	
Professionnelle et Personnelle	0	0	3	7	
Connaissance de la maladie					
Maladie principale	6	100	35	81	0,571
Comorbidités	6	100	27	63	0,159
Connaissance des règles hygiéno-diététiques	5	83	27	63	0,650
Présence de toxique actif	0	0	31	72	0,001
CIRS	6	5-9	7	5-8	0,806

Il y a une différence significative entre les 2 groupes concernant la présence d'un toxique actif en effet on constate que les patients du groupe coordonné ont soit une addiction sevrée soit ne sont pas concernés par des problématiques d'addictions (hors tabac).

Le mode d'habitat est aussi concerné par une différence mais non significative on peut parler de tendance : les patients du groupe coordonné sont plus concernés par les solutions d'hébergement régulière ou fixe. Il s'agit d'hébergement chez des proches, des amis ou d'hébergement dans des maisons associatives type « maison Goudouli » pour lesquelles la durée de séjour est illimitée.

Le niveau de connaissance des patients concernant leurs pathologies est lui aussi concerné par une tendance : les patients du groupe coordonné connaissent mieux leurs comorbidités que les autres. Ce constat n'est pas retrouvé pour la connaissance de la pathologie principale seule.

3. Caractéristiques du groupe « parcours qui dysfonctionne ».

Ce groupe représente un effectif de 23 patients soit presque la moitié de notre échantillon. Il s'agit d'hommes en majorité, qui ont un âge médian de 50 ans, 60% sont d'origine Française alors que 87% comprennent le français.

Sur 5 patients de ce groupe 2 vivent à la rue, 2 dorment sous un toit de façon régulière, 1 vit dans un habitat mobile (squat, caravane, voiture).

Un patient sur 2 identifie une personne de confiance. Plus de la moitié des patients du groupe qui dysfonctionne y sont référencés car bien que porteurs d'une maladie chronique ils n'identifient pas de médecin référent.

Ces patients ont de lourdes comorbidités avec un CIRS médian à 8.
Il s'agit de patients ayant une addiction active pour 78% d'entre eux.

IV- Discussion

1- Principaux résultats

1-1 L'addiction

La présence d'une addiction non sevrée est présente chez 63% des patients de notre population, il y a une différence significative avec une consommation active de toxique plus importante dans le groupe non coordonné ($p=0,001$). Par rapport à l'objectif principal de notre travail nos résultats sont concordants avec d'autres études évaluant les conduites addictives. Nos résultats sont un peu plus importants que ceux retrouvés dans l'enquête Samenta (26) avec une fréquence de consommation régulière d'au moins une substance psychoactive chez les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel d'Ile-de-France retrouvée à 46,6 % chez les hommes. Une étude concernant l'alcoolisation des personnes sans domicile (27) retrouvait 60 % des hommes qui consommaient de l'alcool et ces consommations sont plus importantes pour la tranche des 45 – 54 ans. Cette tranche d'âge est la plus représentative de notre population.

L'étude Samenta précisait le lien fort entre addiction et trouble psychotique, la prévalence de consommation d'un produit psychoactif s'élevait à 88% chez les patients atteints de troubles psychotiques.

Le rapport de la journée régionale (Occitanie) LHSS 2017 retrouve des données cohérentes avec 64% (28) des personnes accueillies en situation d'addiction.

En revanche nos résultats sont discordants avec ceux retrouvés dans le foyer de l'UHU à Marseille avec seulement 26,3 % de consommateur en alcool, 11% pour le cannabis, 0,4% pour les amphétamines, 0,4% des sédatifs, les pratiques d'injections étaient très minoritaires (0,4%). Les rédacteurs de l'étude expliquaient ces chiffres par la présence d'un autre foyer d'accueil spécialisé pour la prise en charge des toxicomanes.

On peut regretter à posteriori de ne pas avoir exploré plus précisément les types de produits consommés par les patients de notre étude.

La présence d'une consommation active de produit serait donc pourvoyeuse de rupture du parcours de soins coordonné tel que nous l'avons défini. Ces ruptures prennent 3 formes : la première constatée est la consultation par accès direct aux urgences sans être adressé par le médecin référent. Il y a dans notre population d'étude des passages aux urgences pour demande de morphinique dans un contexte d'addiction non substituée. Ces passages aux urgences peuvent être vécus comme des situations de refus de prise en charge par les patients.

Ensuite on retrouve fréquemment des hospitalisations dans un contexte d'abus de substance (alcoolisation aiguë, traumatisme, agression) dans ces cas aussi les patients ont recours aux urgences, ils constituent le groupe des patients défini à risque. Au sein des LHSS de Toulouse de nombreux patients sont pris en charges en post opératoire de traumatismes et l'addiction constitue une difficulté supplémentaire dans l'accompagnement des patients.

Puis il y a les patients chez qui il coexiste des pathologies psychiatriques et d'addiction non pris en charge, ils n'ont pas de médecin référent : ils sont dans le groupe des parcours de soins qui dysfonctionnent. Ce phénomène de non recours aux soins est d'interprétation délicate, il n'est pas nouveau, il peut être le résultat d'un défaut de perception du besoin mais aussi de difficultés dans l'accès aux soins.

Les conduites addictives sont multiformes et répandues, leurs prises en charge seront elles aussi multiples et nécessiteront la collaboration avec de nombreux partenaires :

Concernant la dépendance aux opiacés les CSAPA tel que le centre Dide et les CARRUD sont des centres ambulatoires pour l'aide au sevrage des addictions. Une de leur force à Toulouse est leur localisation géographique en centre-ville, le centre Dide est à proximité de la Halte Santé. Ils permettent d'encadrer la substitution et de réduire les risques par la délivrance de buprénorphine ou méthadone sous condition que le patient ait les ressources motivationnelles suffisantes pour accepter le cadre du sevrage.

La mobilisation des patients peut s'appuyer sur des ateliers d'éducation thérapeutique tel qu'il en existe déjà dans d'autres centres d'accueil, en milieu hospitalier et associatif (29). Ces ateliers d'éducation thérapeutique après leur expérimentation dans les hôpitaux obtiennent une reconnaissance légale et selon le code de santé publique « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soin du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».

Une autre alternative est le sevrage au cours d'une hospitalisation en service d'addictologie. Avec l'ouverture à Toulouse ces dernières années de ce type de service au CHU nous pouvons promouvoir un accès à ces services pour les patients de la Halte Santé. Ces hospitalisations pourraient être programmées dès la sortie de la Halte santé et préparée par l'intervention d'un service de liaison pour intervenir dans les LHSS.

Concernant l'alcool, là aussi CSAPA et consultation d'addictologie en ville peuvent aider, l'étude de l'association Just à Marseille (9) recommandait la création d'un foyer d'hébergement spécifique pour l'accueil des personnes dépendantes à l'alcool.

Un autre axe de prise en charge est la prévention et le repérage plus précoce des addictions en s'appuyant sur les dispositifs « d'aller vers ».

1-2 Le logement

Nous retrouvons une tendance concernant le type logement le plus fréquent dans l'année entre le groupe coordonné et non coordonné ($p=0,170$) on ne peut donc pas parler de différence significative. Les patients du groupe coordonné sont moins fréquemment dans la rue et moins souvent dans des habitations de fortune, ils dorment plus souvent sous un toit. Les patients du groupe non coordonné vivent plutôt à la rue et dans des habitations de fortunes.

Une étude sur un échantillon plus important serait nécessaire pour confirmer cette tendance.

Ces tendances observées sont le résultat de plusieurs facteurs. Tout d'abord il y a parmi les patients du groupe non coordonné certains patients qui ont un profil plus mobile que d'autre. Certains patients dorment en squat, caravane ou tente ; ils consultent ponctuellement selon le lieu qu'ils occupent. D'autres sont des patients étrangers nouvellement arrivés ou changeant de région. Il y a une contrainte géographique par l'habitat qui amène parfois à des renoncements aux soins. Cette notion est proche de la notion de non recours aux soins. Le non-recours (30) peut concerner une personne qui ne déclare pas renoncer à se soigner mais dont l'état de santé nécessite des soins.

Il a été démontré (31) que plus la précarité est importante moins la personne s'inscrit dans l'idée de besoin même si elle a conscience de son état de santé dégradé, la recherche d'un toit et d'un repas peut devenir prioritaire.

Une approche interventionnelle est intéressante : il s'agit de l'étude « un chez soi d'abord » (32), inspirée du modèle importé du « housing first » des Etats-Unis, elle a consisté à partir de 2011 et jusqu'en 2016 à suivre 700 personnes par un essai randomisé, un groupe témoin est suivi par les moyens habituels, l'autre dispose d'un accès direct à un logement dans des délais brefs et accompagné par une équipe mobile pluri disciplinaire. Les patients pouvant rejoindre ce dispositif sont des patients sans logement et avec des troubles psychiatriques sévères. Cette étude (32) montre une amélioration globale de la qualité de vie, une réduction significative des recours au système de soins (moins 50 % d'hospitalisations) sans augmentation du cout de prise en charge. Ainsi ce dispositif bénéficie d'une légitimité et d'une reconnaissance par son inscription dans le code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce projet va donc se déployer et se pérenniser.

1-3 Éducation thérapeutique

Notre étude retrouve dans le groupe parcours de soin coordonné une meilleure connaissance des patients de leurs propres comorbidités 100% contre 63% dans le groupe non coordonné ($p=0,159$) Ici aussi on parle de tendance. Celle-ci pourrait être confirmée par une étude spécifique.

Nous proposons deux hypothèses expliquant cette constatation. D'une part le fait d'avoir conscience de son état de santé est un atout pour améliorer ses recours aux soins. Acquérir une conscience critique de son état de santé est donc un processus que l'on doit promouvoir et accompagner. Cette idée rejoint le concept de *recovery et d'empowerment*, avec la notion d'un droit pour la personne de prendre en main la maladie en l'intégrant comme une réalité. Ce processus peut être accompagné de soins mais pas nécessairement. Il est défini comme une appropriation du pouvoir d'agir.

La seconde hypothèse est l'inverse car la relation de causalité est difficile à prouver. Ainsi le fait d'identifier un médecin référent et de ne pas renoncer aux soins permet l'intégration de messages de prévention et permet la transmission au patient d'informations sur son état de santé. Le rapport de la DGOS en 2015 (12) notait aussi que la réussite d'un parcours de soin repose sur un équilibre pluridimensionnel impliquant des facteurs *de sécurisation* tel que la présence d'un lien de confiance avec un acteur clé du système de soin (souvent le médecin généraliste).

Plusieurs solutions innovantes ont pour but d'améliorer la communication auprès des populations précaires. A Lyon des co-formations (33) mêlant personnes en grande exclusion et professionnels sont organisées dans l'objectif d'améliorer la connaissance et la compréhension mutuelle. Un des enseignements à retenir d'un travail de thèse qui s'est intéressé aux connaissances et représentations des internes marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé est que l'on peut améliorer la formation des médecins généralistes en matière de précarité (34) pour mieux appréhender la relation médecin/patient.

La majorité des solutions proposées visent à rétablir ou maintenir la proximité entre soignants et patients. Cette idée pourrait être encore poussée en développant « l'aller vers »

2- Etat de santé et axe d'amélioration du parcours de soin.

Le score de comorbidités CIRS moyen retrouvé dans notre étude est de 7,02 ce score est très élevé si on le compare au CIRS moyen de 3,8 retrouvé dans l'étude JUST (9) dans un foyer d'hébergement à Marseille. Comparativement aux données de la littérature un score de 7,02 est proche du score moyen retrouvé dans une population gériatrique (âge moyen = 86 ans) hospitalisée en service d'orthopédie (CIRS= 7) (35).

Ces chiffres restent assez éloignés de ceux retrouvés chez des patients hospitalisés en service de médecine polyvalente gériatrique qui retrouvent plutôt des chiffres moyens de 14 et jusqu'à 17 (36) (37).

Un défaut de l'échelle CIRS est qu'elle classe dans une même catégorie les troubles psychiatriques et l'addiction, il est donc impossible de quantifier précisément le nombre de patients avec des troubles psychiatriques. A posteriori, il aurait fallu les explorer par une question à part comme cela a été fait pour l'addiction.

Chez les patients séjournant dans les LHSS de Toulouse les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont dans l'ordre : les troubles psychiatriques et l'addictions (n=38), les pathologies des téguments et musculo-squelettiques, de l'appareil respiratoire, hépatiques et gastro intestinales hautes. Les pathologies cardiaques n'étaient pas rares non plus puisqu'on les retrouve chez 10 sujets. Il était déjà connu que ces pathologies avaient des prévalences plus importantes qu'en population générale, ces données sont cohérentes avec celles recueillies dans la littérature (6)(9).

En revanche contrairement à l'étude menée à Marseille il y a peu de pathologies ophtalmologiques, ceci peut être par manque de dépistage et d'examen ophtalmologique chez les patients sans domicile à Toulouse.

La spécificité de notre population est que bien souvent nos patients souffrent à la fois de dépendance ou d'un trouble psychiatrique mais aussi d'une ou plusieurs autres pathologies d'organe qui coexistent.

Un des enjeux majeurs est donc de prendre en charge ces pathologies malgré la problématique d'addiction. Aller au contact des patients précaires présentant une addiction là où la délivrance de substitutif a lieu est une solution. Il existe déjà des consultations ciblées de dépistage de l'hépatite C en CSAPA par exemple. Il faut promouvoir ces interventions et avoir une approche plus globale du patient car c'est le fondement de notre médecine générale. « L'aller vers » peut prendre d'autres formes innovantes avec des consultations médicales qui pourraient être ouvertes dans les foyers d'hébergement d'urgences ou en intégrant une équipe mobile (consultation dans un camion par exemple).

Seul 6 de nos patients ont un parcours de soins coordonné. Vingt-trois patients ont un parcours de soins qui dysfonctionne dont un sur deux parce qu'il n'identifie pas de médecin traitant. Ils ont consulté majoritairement soit dans le mois précédant le passage dans les LHSS, soit plus de 6 mois auparavant. Ce rythme de consultation n'est pas un rythme de suivi habituel des patients ayant une pathologie chronique (tous les mois, tous les 3 mois ou tous les 6 mois). Il y a donc chez certains aucun recours aux consultations et chez d'autres des consultations « dans l'urgence » avant d'intégrer les LHSS.

En Avril 2012 l'HAS (38) propose l'élaboration de guides et outils afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de rendre le parcours de soins plus « fluide » grâce à une mise en œuvre coordonnée des bonnes pratiques professionnelles en ville, en lien avec l'hôpital, et en intégrant la dimension médico-sociale. Un de ces outils opérationnel est le plan personnalisé de soin (PPS) et l'HAS proposait un questionnaire de repérage des personnes pouvant bénéficier d'une assistance au parcours (annexe 3). Ce questionnaire visait plus particulièrement les personnes âgées fragiles mais il semblerait que l'on retrouve chez nos patients en situation de précarité certains de ces « facteurs de risques ». Six items sont explorés par ce questionnaire :

- Les hospitalisations en urgences
- La présence d'une polypathologie
- Une restriction dans les déplacements
- Des troubles cognitif, thymique et comportementaux dont les addictions qui ne mettent en difficulté les aidants
- Des difficultés socio-économiques
- Des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins

Si deux item sont présents dans le questionnaire il est licite de proposer une assistance au parcours.

Après ce repérage, les patients peuvent bénéficier de l'assistance au parcours et il est possible de planifier les interventions. Une ouverture que nous proposons dans cette thèse est la mise en place pluridisciplinaire d'un PPS qui en accord avec le patient va établir le protocole d'intervention mois après mois des différents professionnels médicaux et para médicaux. Il permet au patient et à ses aidants d'avoir une vision plus claire du suivi de ses pathologies chroniques.

Ceci n'est qu'une solution parmi d'autres, le partage d'information performant, l'informatisation des dossiers et la prescription électronique doivent aussi être promu. Ce partage d'information pourrait améliorer les transmissions d'information ville-hôpital.

Au total, l'intervention pluridisciplinaire nécessite une formation spécifique des soignants. En milieu libéral au sein des MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaires) ce sont les infirmières ASALEE (Action de Santé libérale en équipe) qui sont spécifiquement formées à l'intervention dans des programmes d'éducation thérapeutique, dans la coordination des soins. L'intervention de tels professionnels dans les structures prenant en charges les patients en situation de précarité pourrait être une solution innovante.

Les caractéristiques socio démographiques de notre échantillon montrent qu'il s'agit plutôt d'hommes d'un âge médian de 50 ans, dont la majorité sont francophones malgré leurs pays d'origines variés. On s'interroge sur la présence de seulement 5 femmes dans l'étude. Une hypothèse de leur faible présence est qu'elles sont prises en charge par des structures spécifiques à Toulouse (foyer pour femmes). Une action spécifique « d'aller vers » a ouvert en Janvier 2018 avec une consultation médicale dans un foyer pour femme DJAL (D'un jour à l'autre). Les premières données recueillies montrent qu'elles sont aussi nombreuses à avoir une maladie chronique.

3- Forces et limites de l'étude

3-1 Forces de l'étude

La première force de notre étude est qu'il s'agit d'une étude originale par sa population d'étude qui est constituée de patients sans domicile, en effet d'autres études s'intéressaient au parcours de soins(12) elles concernaient des patients en situation de précarité mais seulement selon le score Epices.

La seconde force de l'étude est que l'on a obtenu un échantillon satisfaisant avec un taux d'inclusion de 70%.

Les résultats obtenus permettront la mise en place de nouveaux dispositifs d'aide et d'accompagnement pour les patients séjournant dans les LHSS.

Analyse du Panel

Le panel est représentatif de la population des patients effectuant un passage dans les LHSS : le ratio homme/femme, l'âge, le pays d'origine mais aussi les pathologies rencontrées sont très proches des données issues du rapport d'activité des LHSS en 2017.

3-2 Limites de l'étude

Biais d'information

Il s'agit d'un biais commun à toutes les études par questionnaire, dû à l'enclin spontané de répondre favorablement aux propositions, ce biais est en parti contrôlé par la consultation du dossier médical afin de vérifier les informations

Biais de mesure, de recueil.

Le questionnaire comportait des questions fermées qui ont pu influencer certaines réponses. Le questionnaire a été testé avec 4 patients avant l'étude.

Biais de sélection

Le recueil des questionnaires s'est fait plutôt en période chaude (de Mars à Septembre), les patients et les pathologies rencontrées peuvent varier en période hivernale.

La présence ponctuelle d'un médecin dans le service pour effectuer le questionnaire est responsable du fait que certains patients ayant des durées de séjour très brèves (1 ou 2 jours) n'ont pas pu être inclus.

Ce biais est contrôlé par la comparaison de notre échantillon à la population représentative.

V – CONCLUSION

Les difficultés d'accès au système de santé influent fortement l'état de santé des patients en situation de précarité. Dans la population étudiée dans notre travail, les patients séjournant dans les LHSS du CHU de Toulouse présentent des pathologies chroniques et de lourdes comorbidités évaluées par l'échelle CIRS à 7,02. Ce chiffre est proche de celui retrouvé dans une population gériatrique alors que le profil type des patients correspond plutôt à celui d'un homme de 50 ans.

Il y a très peu de parcours de soins coordonné du fait de recours itératifs aux urgences et du fait que plus d'un quart d'entre eux n'a pas de médecin référent.

Comme cela existe déjà en population gériatrique, la réalisation pluri-professionnelle d'un plan personnalisé de soin (PPS) est un outil qui améliore la coordination des soins décidés avec le patient. Il sécurise le parcours en priorisant et en planifiant les interventions avec l'aide d'un coordinateur du PPS dans le but d'atteindre des objectifs communs avec le patient. En cas de pathologies intercurrentes à la maladie chronique des procédures d'alerte mobilisent les aidants. Améliorer l'interface ville hôpital par un partage d'information performant devient alors un enjeu majeur.

Parmi les déterminants de santé étudiés, seule la présence d'une addiction active est significativement plus élevée chez les patients ayant un parcours de soins non coordonné.

L'addiction à un produit toxique est retrouvée chez 63% des patients séjournant dans les LHSS de Toulouse. Développer la coopération avec les structures d'addictologie existantes est une ouverture. Des expériences innovantes de prise en charge médicale globale de ces patients en se rapprochant des centres de sevrage pourraient aussi être expérimentées.

Améliorer l'accès au logement a été concluant pour le suivi des patients ayant une maladie psychiatrique. Il semble dans notre étude que dormir sous un toit soit plus favorable à avoir un parcours de soins coordonné. Une expérimentation telle qu'« un chez soi d'abord » incluant les patients porteurs d'une maladie chronique associée à de lourdes comorbidités pourrait être envisagée.

Devant les problématiques spécifiques de santé des patients en situation de précarité, des interventions innovantes voient le jour dans certaines villes françaises. Les solutions proposées sont protéiformes, certaines promeuvent « l'aller vers » afin de capter ce public plus précocement ; d'autres essaient de faciliter un retour vers le droit commun en favorisant l'autonomisation. Une autonomisation qui s'appuie sur les acteurs de terrain et tient compte des fragilités tels que les addictions, l'isolement social et le niveau élevé de comorbidités.

Vu
Toulouse le 4/03/2018

Toulouse, le 04/09/18

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Bibliographie :

1. Mordier B. Introduction de cadrage Les sans-domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. Insee. Économie et Statistique N° 488-489:2016.
2. Fondation Abbe Pierre. Les chiffres du mal-logement en France. 2016;
3. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* [Internet]. janv 2018 [cité 10 juill 2018];391(10117):241-50. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361731869X>
4. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *The Lancet* [Internet]. juin 2011 [cité 10 juill 2018];377(9784):2205-14. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611607472>
5. Gozdzik A, Salehi R, O'Campo P, Stergiopoulos V, Hwang SW. Cardiovascular risk factors and 30-year cardiovascular risk in homeless adults with mental illness. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2015 [cité 10 juill 2018];15(1). Disponible sur: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1472-4>
6. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet* [Internet]. oct 2014 [cité 19 juill 2018];384(9953):1529-40. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614611326>
7. Moisy M. La Santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012 Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (Drees), Paris, France. BEH N°36-37 2015 [Internet]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/36-37/pdf/2015_36-37.pdf
8. Moisy. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 [Internet]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er-recours_aux_soins_sd-v4-0409.pdf
9. Aubert E. Etude épidémiologique à l'UHU La Madrague ville Association JUST. 2016.
10. Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Les cahiers de la DRJSCS Du sans-abrisme au mal logement Synthèse des diagnostics à 360° région Occitanie. 2016 nov.
11. HAS. « Guide méthodologique. Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique ». 2012.
12. Sannino N, Picon E. Etude des parcours de soins des personnes en situation de précarité, spécificité en rapport avec l'environnement local. Rapport de la DGOS [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.itinere-conseil.com/wp-content/uploads/2016/09/Parcours_DGOS_Rapport_VF.pdf
13. Fouchard A, Brechat PH, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, et al. Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. *Rev Epidemiol SANTE PUBLIQUE*. août 2014;62(4):237-47.
14. Estecahandy P. PE Halte Santé 2016-2021. Pole de santé publique et médecine sociale;
15. Circulaire DGAS/SD.1A no 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 » mise à jour par le Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de

fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM).

16. Picon E, Sannino N, Minet B, Henocq A, Seigneur R. Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS). 2013 févr.
17. Former les personnels de santé du XXI^e siècle Le Défi des maladies chroniques [Internet]. [cité 1 déc 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf
18. ministère de la santé. Parcours de soins coordonné loi du 13 août 2004.
19. ARS. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z. 2016.
20. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst G, Bouter L. How to measure comorbidity. a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol*. 2003;
21. Neuzillet Y, Soulie M, Davin JL. Morbidité compétitive en cancérologie urologique. *Assoc Fr Urol*. déc 2007;
22. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire [Internet]. Faculté de Médecine Ecole de santé publique Unité d'Education pour la Santé RESO; 2007. Disponible sur: <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/THESEaujoulat-BibliothequeUCL-Version2.pdf>
23. Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ? :37.
24. La Santé de l'homme - n°406 - mars-avril - 2010. :52.
25. Ridde V. Un Outil d'évaluation de l'empowerment : une tentative en Haïti. *Can J Program Eval*. 2006;
26. Laporte A, Chauvin P. Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. :228.
27. Beck F, Legleye S, Spilka S. L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Econ Stat* [Internet]. 2006 [cité 18 juill 2018];391(1):131-49. Disponible sur: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/estat_0336-1454_2006_num_391_1_7157
28. Rapport de la journée régionale LHSS 2017.pdf.
29. Orsini D. Etude d'un programme d'éducation thérapeutique de patients atteints de maladies chroniques et en situation de précarité : étude qualitative avec recueil auprès des professionnels de santé. 2017.
30. Warin P. Le renoncement à des soins et précarité. 2011.
31. Furtos J, Zeroug-Vial H. Compétence en humanité précaire et passage de relais. 2012;32.
32. Auquier P. Dispositif ACT «Un Chez-soi d'abord » Cahier des charges national DIHAL. 2017.
33. Barral B. Se former ensemble entre professionnels et personnes en difficultés sociales. 13 oct 2016;
34. Ernest S, Meriaux I. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Marseille; 2013.
35. Boddaert J, Cohen-Bittan J, Khiami F, Le Manach Y, Raux M, Beinis J-Y, et al. Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture. *Ang D*, éditeur. *PLoS ONE* [Internet]. 15 janv 2014 [cité 14 août 2018];9(1):e83795. Disponible sur: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0083795>
36. Ritt M, Ritt J, Sieber C, Gaßmann K. Comparing the predictive accuracy of frailty,

comorbidity, and disability for mortality: a 1-year follow-up in patients hospitalized in geriatric wards. *Clin Interv Aging* [Internet]. févr 2017 [cité 14 août 2018];Volume 12:293-304.

Disponible sur: <https://www.dovepress.com/comparing-the-predictive-accuracy-of-frailty-comorbidity-and-disabilit-peer-reviewed-article-CIA>

37. Bleher Y, Dimet J, Guimard T, Perre P, Février R. Elderly subjects hospitalised in acute care medical unit: baseline date and on-year follow-up. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement* [Internet]. mars 2012 [cité 14 août 2018];(1):47–54. Disponible sur: <http://www.john-libbey-eurotext.fr/medline.md?doi=10.1684/pnv.2012.0332>

38. Haute Autorité de Santé. Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique. 2012.

Annexe 1 : Echelle CIRS

The Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

No.	Système d'organes	Score				
1	Cardiaque (cœur uniquement)	0	1	2	3	4
2	Hypertension artérielle (score basé sur la sévérité; les lésions organiques sont cotées séparément)	0	1	2	3	4
3	Vasculo-hématopoïétique (sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions)	0	1	2	3	4
4	Appareil respiratoire (poumons, bronches, trachée sous le larynx)	0	1	2	3	4
5	Ophthalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx)	0	1	2	3	4
6	Appareil gastro-intestinal supérieur (oesophage, estomac et duodénum; pancréas; hors diabète)	0	1	2	3	4
7	Appareil gastro-intestinal inférieur (intestins, hernies)	0	1	2	3	4
8	Hépatique (foie et voies biliaires)	0	1	2	3	4
9	Rénal (uniquement les reins)	0	1	2	3	4
10	Appareil génito-urinaire (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital)	0	1	2	3	4
11	Téguments musculo-squelettiques (muscles, os, peau)	0	1	2	3	4
12	Nerveux central et périphérique (cerveau, moelle épinière, nerfs; hors démence)	0	1	2	3	4
13	Endocrino-métabolique (y compris diabète, thyroïde; seins; infections systémiques; intoxications)	0	1	2	3	4
14	Troubles psychiatriques / comportementaux (y compris démence, dépression, anxiété, agitation/délire; psychose)	0	1	2	3	4

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE étude du parcours de soin service Halte Santé.

1- Identité et couverture sociale

Date de la consultation		
N° Patient		
Date de naissance		
Sexe		
Pays de naissance		
Compréhension du Français	Pas de difficulté : <input type="radio"/> Compréhension difficile mais possible : <input type="radio"/> Impossible : <input type="radio"/> Entretien avec interprète : <input type="radio"/>	
Sécurité sociale	Aucune : <input type="radio"/> AME : <input type="radio"/> PUMA seule : <input type="radio"/> PUMA + Mutuelle : <input type="radio"/> PUMA + ACS : <input type="radio"/> PUMA + CMU C : <input type="radio"/> Soins urgents : <input type="radio"/> Sécurité sociale dans un autre pays : <input type="radio"/> Demande en cours : <input type="radio"/>	
Type de logement	Logement personnel : <input type="radio"/> Hébergement chez un proche : <input type="radio"/> Habitation mobile (caravane, voiture) : <input type="radio"/> Squat : <input type="radio"/> Vie dans la rue : <input type="radio"/> Foyer d'hébergement : <input type="radio"/> Autre : <input type="radio"/>	(Logement le plus fréquent)

2- Recours aux soins

<p>Etes vous suivi par un médecin référent pour vos problèmes de santé ?</p>	<p>Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/></p>	
<p>S'agit il de :</p>	<p>Un médecin généraliste en ville : <input type="radio"/> Un médecin exerçant au sein d'une association (Médecin du monde..) : <input type="radio"/> Un médecin de la PASS ou de la Halte : <input type="radio"/> Dans un dispensaire ou un centre de soins (la Case de Santé, CCAS..) : <input type="radio"/> Un médecin spécialiste : <input type="radio"/> Autre : <input type="radio"/></p>	
<p>Quelle est la date de la dernière consultation avec celui ci ?</p>	<p>Moins d'1 mois : <input type="radio"/> 1 à 3 mois : <input type="radio"/> 3 à 6 mois : <input type="radio"/> Plus d'1 an : <input type="radio"/></p>	
<p>Avez vous déjà renoncé à consulter votre médecin ? Si oui pour quelle raison ?</p>	<p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p> <p>Cela n'était pas suffisamment grave, autre priorité : <input type="radio"/> Vous vous êtes soigné(e) seul(e) : <input type="radio"/> Cela vous aurait coûté trop cher : <input type="radio"/> C'était trop loin : <input type="radio"/> Vous ne saviez pas où vous adresser : <input type="radio"/> Les médecins n'y peuvent rien (ne peuvent soulager ou guérir) : <input type="radio"/> Vous n'aviez pas le temps et vous aviez d'autres soucis : <input type="radio"/> Vous aviez peur d'être mal reçu(e) : <input type="radio"/> Vous avez l'impression de ne pas être écouté : <input type="radio"/> Vous n'avez pas d'assurance maladie et/ou pas les papiers nécessaires : <input type="radio"/> Autres raisons :<input type="radio"/></p>	
<p>Parmi ces propositions quelles sont vos 2 principales attentes lorsque vous consultez ?</p>	<p>Accueil sans RDV : <input type="radio"/> Un temps de consultation supérieur : <input type="radio"/> Une écoute plus attentive : <input type="radio"/></p>	

	<p>Que le médecin connaisse mieux votre mode de vie : <input type="radio"/></p> <p>Que le médecin connaisse mieux vos problématiques sociales, financières : <input type="radio"/></p> <p>Autre :<input type="radio"/></p>	
Avez vous été hospitalisé au cours des 12 derniers mois ?	Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/>	
<p>Qui vous a adressé à l'hôpital ?</p> <p>⇒ Ici on retient la dernière hospitalisation</p>	<p>Hospitalisation aux urgences ou autre service par le médecin référent (médecin traitant ou autre) qui a programmé l'hospitalisation : <input type="radio"/> (=parcours coordonné)</p> <p>C'est l'équipe de l'EMS, ou accompagnement par un professionnel médico-social : <input type="radio"/> (parcours à risque)</p> <p>Passage par les urgences via une autre orientation (s'est présenté seul aux urgences, via les pompiers ...) : <input type="radio"/></p> <p>1- Lié à la pathologie chronique : <input type="radio"/> (parcours dysfonctionne)</p> <p>2- Lié à une situation de crise : <input type="radio"/> (parcours à risque)</p> <p>Autre : <input type="radio"/></p>	
Avez-vous été confronté à un médecin qui a refusé de vous soigner, à une situation de refus de soin dans l'année ?	<p>Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/></p> <p>Raison du refus :</p>	<p>Informé qu'il existe le médiateur de la sécurité sociale.</p>

3- Connaissance de sa propre maladie.

<p>Quels sont vos besoins de soin ?</p> <p>Pour quelle(s) maladie(s) nécessiteriez vous suivi ?</p>	<p>1- Cardiaque (<i>cœur uniquement</i>) : <input type="radio"/></p> <p>2- Hypertension artérielle : <input type="radio"/></p> <p>3- Vasculo-hématopoïétique (<i>sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions</i>) : <input type="radio"/></p>	<p>Il s'agit de l'échelle CIRS sans la cotation. (s'aider de la notice d'utilisation)</p>
---	---	---

	<p>4- Appareil respiratoire (<i>poumons, bronches, trachée sous le larynx</i>) : <input type="radio"/></p> <p>5- Ophtalmologique et ORL (<i>yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx</i>) : <input type="radio"/></p> <p>6- Appareil gastro-intestinal supérieur (<i>œsophage, estomac et duodénum ; pancréas ; hors diabète</i>) : <input type="radio"/></p> <p>7- Appareil gastro-intestinal inférieur (<i>intestins, hernies</i>) : <input type="radio"/></p> <p>8- Hépatique (<i>foie et voies biliaires</i>) : <input type="radio"/></p> <p>9- Rénal (<i>uniquement les reins</i>) : <input type="radio"/></p> <p>10- Appareil génito-urinaire (<i>uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital</i>) : <input type="radio"/></p> <p>11- Téguments musculo-squelettiques (<i>muscles, os, peau</i>) : <input type="radio"/></p> <p>12- Nerveux central et périphérique (<i>cerveau, moelle épinière, nerfs, hors démence</i>) : <input type="radio"/></p> <p>13- Endocrino-métabolique (<i>y compris diabète, thyroïde ; seins ; infections systémiques ; intoxications</i>) : <input type="radio"/></p> <p>14- Troubles psychiatriques / comportementaux (<i>y compris démence, dépression, anxiété, agitation/délire ; psychose</i>) : <input type="radio"/></p> <p>Autre : _____ : <input type="radio"/></p>	<p>pour transcrire les informations que livre le patient)</p>
<p>A quelle fréquence avez vous besoin d'une consultation pour le suivi de vos problèmes de santé ?</p>	<p>Uniquement si je ne vais pas bien : <input type="radio"/></p> <p>Régulièrement tous les mois : <input type="radio"/></p> <p>Tous les 3 mois : <input type="radio"/></p> <p>Tous les 6 mois : <input type="radio"/></p> <p>Une fois par an : <input type="radio"/></p> <p>Autre : <input type="radio"/></p>	

Le patient connaît-il les principales règles hygiéno-diététiques à respecter pour le contrôle de sa pathologie chronique ?	Oui : O Non : O	
---	-----------------	--

4- Prise en charge Médicale : (à remplir par le médecin)

Identification de la **Maladie chronique principale** :

Antécédents médicaux :	1- Cardiaque : 0 1 2 3 4 2- Hypertension artérielle : 0 1 2 3 4 3- Vasculo-hématopoïétique : 0 1 2 3 4 4- Appareil respiratoire : 0 1 2 3 4 5- Ophtalmologique et ORL : 0 1 2 3 4 6- Appareil gastro-intestinal supérieur : 0 1 2 3 4 7- Appareil gastro-intestinal inférieur : 0 1 2 3 4 8- Hépatique : 0 1 2 3 4 9- Rénal : 0 1 2 3 4 10- Appareil génito-urinaire : 0 1 2 3 4 11- Téguments musculo-squelettiques : 0 1 2 3 4 12- Nerveux central et périphérique : 0 1 2 3 4 13- Endocrino-métabolique : 0 1 2 3 4 14- Troubles psychiatriques / comportementaux : 0 1 2 3 4 Score total :	
-------------------------------	---	--

Annexe 3 : Questionnaire de repérage des personnes pouvant bénéficier d'une assistance au parcours.

La personne	O	N	?
• A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
• A-t-elle une polypathologie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ , ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
• A-t-elle une restriction de ses déplacements ?			
• A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
• A-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
• A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

Abstract

Introduction: The number of homeless people and in a precarious situation has increased in recent years. In Toulouse, they can be admitted in hospital unit called “LHSS”. This population has a higher morbidity and mortality rate than the general population. Regarding this, our main objective is to study the conditions that allow for a coordinated healthcare pathway for people with chronic illness living in Halte Santé.

Methodology: We carried out a descriptive, analytical and observational study based on questionnaires with patients admitted to LHSS during a 6-month period in Toulouse. We compared health determinants between groups of coordinated and uncoordinated healthcare pathways.

Results: The median age of the patients is 47, they are mostly male, they have a high average CIRS score of 7.02. Only 12% of patients have a coordinated care path and one quarter do not have a referring doctor.

Among the determinants of health studied, the presence of an addiction is significantly greater ($P = 0.001$) in the group of patients in the uncoordinated group, they are also more likely to sleep on the street and to have a poor knowledge of their health condition.

Conclusion: Healthcare of people in precarious situation is complex because of a certain weaknesses induced by heavy comorbidities, addictions, and living conditions. We propose to develop the collaboration with the actors of addictology, to develop innovative actions "to go towards" and to diffuse tools to secure the care pathway such as the personalized care plan.

TITRE : Étude des conditions permettant un parcours de soins coordonné à des personnes en situation de précarité hébergées à la Halte Santé et présentant une maladie chronique.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Karine Pariente

Lieu et date de soutenance : Toulouse, le 27 Septembre 2018

Résumé

Introduction : Le nombre de personnes sans domicile, en situation de précarité augmente ces dernières années, à Toulouse elles peuvent être hébergées dans les Lits Halte Soins de Santé (LHSS). Cette population présente une morbi-mortalité plus élevée que la population générale. Face à ce constat, notre objectif principal est l'étude des conditions qui permettent un parcours de soin coordonné à des personnes en situation de précarité hébergées à la Halte Santé et présentant une maladie chronique.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive et analytique à partir de questionnaires auprès des patients admis en séjour dans LHSS sur une période de 6 mois à Toulouse. Nous avons comparé les déterminants de santé entre les groupes de parcours de soins coordonné et non coordonné.

Résultats : L'âge médian des patients est de 47 ans, ce sont très majoritairement des hommes, ils présentent un score CIRS moyen élevé à 7,02.

12% des patients seulement ont un parcours de soins coordonné et un quart n'ont pas de médecin référent. Parmi les déterminants de santé étudiés la présence d'un toxique actif est significativement plus importante ($P=0,001$) dans le groupe des patients du groupe non coordonné, ils sont aussi plus nombreux à dormir dans la rue et à avoir une mauvaise connaissance de leur état de santé.

Conclusion : La prise en charge des personnes en situation de précarité est complexe du fait d'une fragilité induite par de lourdes comorbidités, des addictions, et de leurs conditions de vie. Nous proposons de développer la collaboration avec les acteurs d'addictologies, développer des actions innovantes « d'aller vers » et diffuser les outils de sécurisation du parcours tels que le PPS (plan personnalisé de soins).

Mots clés : Précarité, Parcours de soins, maladie chronique, LHSS, sans domicile

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Intitulé et adresse de l'UFR ou du Laboratoire :

Université Toulouse III- Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse Rangueil – 133, route de Narbonne – 31062 Toulouse – France