

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Élodie BERTHO et Arnaud GRÉMILLON

Le 22 septembre 2022

Vécu des patients de leur séjour en appartement de coordination thérapeutique en Occitanie

Directeur de thèse : Dr Pierre RAZONGLES et
Co-Directrice de thèse : Dr Mathilde BÉRODIER

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Monsieur le Professeur Guillaume MARTIN-BLONDEL

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Madame la Docteure Julie DUPOUY

Monsieur le Docteur Pierre RAZONGLES

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Élodie BERTHO et Arnaud GRÉMILLON

Le 22 septembre 2022

71

Vécu des patients de leur séjour en appartement de coordination thérapeutique en Occitanie

Directeur de thèse : Dr Pierre RAZONGLES et
Co-Directrice de thèse : Dr Mathilde BÉRODIER

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Monsieur le Professeur Guillaume MARTIN-BLONDEL

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Madame la Docteure Julie DUPOUY

Monsieur le Docteur Pierre RAZONGLES

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Huques
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUDA Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
P.U. Médecine générale	Professeur Associé de Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	M. ABITTEBOUL Yves
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	M. BOYER Pierre
	M. CHICOULAA Bruno
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène
	Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS COMMUNS

À Monsieur le Professeur Mesthé

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury et de l'intérêt que vous portez au sujet.

À nos directeurs de thèse, Madame la Docteure Mathilde Bérodière et Monsieur le Docteur Pierre Razongles

Merci de nous avoir aidés à réaliser cette thèse, aussi longue ait-elle pu être à réaliser.
Merci pour votre réactivité, votre sympathie et vos encouragements.

Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Martin-Blondel, Monsieur le Professeur Poutrain et Madame la Docteure Julie Dupouy

Merci d'avoir accepté d'être présent pour juger notre travail.

À toutes et à tous les membres du personnel des ACT à qui nous avons eu affaire

Merci de nous avoir aidés à recruter des résidents pour notre thèse.

Aux participants de l'étude

Merci de vous être livrés à cœur ouvert, de nous avoir fait confiance et de nous avoir parlé de votre vie et de votre expérience.

À Madame la Docteure Laetitia Gimenez

Merci encore d'avoir accepté de jeter un œil à notre manuscrit en dernière minute.

À nos relecteurs, Jean, Sevan, Kelly

Merci pour votre lecture attentive et pour vos retours.

REMERCIEMENTS D'ARNAUD

À mes parents

Merci pour votre soutien indéfectible et pour avoir toujours cru en moi. J'ai bien conscience que si j'en suis ici aujourd'hui, c'est en très grande partie grâce à vous ! C'est vous qui m'avez cuisiné tous ces bons petits plats et cocooné pendant ma première année de médecine. C'est vous qui m'avez financé mon premier appartement quand j'ai voulu profiter des joies de la vie étudiante. Merci papa de m'avoir transmis ta rigueur scientifique et ton sens de l'humour. Merci maman de m'avoir partagé ta gentillesse et ton empathie.

À ma sœur, Claire

Toi avec qui c'est toujours aussi facile de se retrouver et de partager des choses. Même si l'on ne se voit pas aussi souvent que l'on aimerait, nous sommes toujours aussi proches. Toi qui m'as fait l'affront d'être docteure avant moi alors que t'es ma petite sœur, je suis magnanime, je te pardonne. Et tant qu'on règle nos comptes, désolé d'avoir fait brûler ton doudou. Bisous.

À Élodie

Merci d'avoir accepté de faire ce travail avec moi. Ça a été un peu long mais une très belle aventure. Content d'avoir partagé ça avec toi !

À Guillaume

Je t'ai déjà dit tout le bien que je pensais de toi lors de ton discours de mariage, si tu croyais que tu allais avoir du rab tu te fourres bien le doigt dans l'œil. Que du love frangin !

À Sevan

Et oui, les plus vieux potes arrivent en premier, donc logiquement tu es en haut de la page. Mais ce n'est pas la seule raison pour laquelle tu figures en haut de la page et tu le sais. Merci d'avoir été à mes côtés toutes ces années et d'avoir partagé tant de choses avec moi ! Pour toutes ces soirées, pour tous ces déménagements, pour toutes ces bières bues et confectionnées, pour toutes ces soirées, pour toutes ces discussions...

À Simon

J'allais te mettre plus bas, mais en fait je me suis souvenu qu'on s'est rencontrés au collège en 6e ! A notre trio indéfectible avec Guillaume, à toutes ces parties de jeux-vidéo, aux apremis piscine, aux cours de médecine du vendredi matin où nous allions finir notre nuit... (pourquoi on faisait ça déjà ?) Bref, toutes ces choses qu'on a vécues ensemble et qui nous ont construits.

À Valentin

Merci pour ta gentillesse et ton écoute. Aussi, je ne t'affiche pas, mais j'ai bien envie de parler d'un truc en rapport avec une des personnes citées dans ces pages, du coup je fais juste une vague allusion parce que ça me fait bien rire et que tout le monde a bien compris de quoi je parlais. Oups !

À Adrien

En souvenir de toutes ces soirées du lycée, de toutes ces semaines de vacances, de ton accueil à Singapour en 2016... Encore désolé de t'avoir affiché au mariage de Guillaume, je n'ai pas pu résister !

À Manon

Manon, tu me manques. Je voudrais tant que tu sois encore avec nous pour partager toutes ces choses dont aujourd'hui fait partie. Ton si lumineux sourire brille encore dans ma mémoire et il n'est pas près de s'éteindre.

À Delphine

A toi qui as vogué à mes côtés toutes ces années. Je garderai toujours en moi ces onze belles années et rien ne pourra jamais les ternir, pas même la fin.

À Nathalie

Parce que je suis sûr que dans trente ans on sera toujours là pour boire des bières et refaire le monde ensemble !

À Quentin

Pareil mais pas avec une bière...

À Fleur

Merci pour ta motivation sans faille ! Parce que je sais sur qui compter quand je veux faire la fête jusqu'au petit matin.

À Julien

Je ne suis pas d'accord avec toi pour Batman vs Superman, sinon t'es un chic type !

À Mélanie

C'est bizarre mais je me rends compte que nos souvenirs communs ont beaucoup à voir avec les baignades : la piscine chez tes parents, l'océan de Lacanau et la "piscine" d'Allinges (oui je parle du lac Léman). Ça veut dire quoi sur notre amitié ? Je te laisse méditer...

À Florian

C'est malheureux que parmi toutes ces merveilleuses choses que nous avons vécues, la première qui me revient toujours en tête c'est cette satanée voiture tunée du vigile d'Hossegor. Mais cette histoire n'est-elle pas représentative de notre amitié : on se soutient peu importe la connerie que l'un d'entre nous ait pu faire. Longue vie aux conneries !

À Matthieu

Quand tu es là, nous pouvons parler pendant des heures de tout avec toujours autant d'intérêt. Quand tu n'es pas là, c'est que nous t'avons oublié aux toilettes.

À Louise

Merci pour ta présence toujours apaisante et douce, pour cette belle période toulousaine, pour ce magnifique mariage et pour toutes ces choses qu'il nous reste encore à vivre.

À Paul

Si la vie se résumait à perdre à FIFA contre toi et boire des bières elle ne serait déjà pas si mal. Heureusement, il y a bien plus ! Merci Paul pour ça et tout le reste !

À Marie C

Ah sacrée Marie, toujours dans les bons coups ! Je me réjouis déjà à l'idée de recommencer l'expérience de la coloc avec toi mais cette fois à l'autre bout du monde. Je sais qu'avec toi j'aurai toujours quelqu'un pour piétiner le dancefloor, avoir un conseil lecture ou manger des trucs bons !

À Charles

Pour toutes ces fêtes parisiennes, pour toutes ces vacances et pour toutes ces discussions profondes. Je me réjouis de voir notre amitié évoluer et se renforcer au gré des années et au gré de tous ces changements qui nous ont animés.

À Mahaut

Ma petite Mahaut je sais qu'on sera toujours là l'un pour l'autre que ça soit pour danser, rigoler, pleurer ou s'esquinter la santé.

À Marie B

Pour ta folie et ta joie de vivre qui font de nos moments ensemble des moments toujours si précieux.

À Cécile

Je commence à être à court de tournures pas trop mal écrites pour faire des compliments... Ah mais oui, j'y pense, toi aussi t'as déjà eu ton lot au mariage ! Repasse-toi la vidéo si t'es pas contente de mon remerciement !

À Choupy

Car tu es le seul à porter si bien un surnom aussi ridicule. Petite nostalgie de cette époque où nous avons inventé ces surnoms : il y avait aussi Mathou, Zibut et Salbut dans cette joyeuse ménagerie si je me souviens bien.

À Florie

J'ai l'impression que notre amitié est une succession de tout un tas de célébrations, que ce soit à Toulouse, à Paris ou ailleurs. Alors, aujourd'hui, célébrons l'amitié elle-même.

À Maxime

Parmi les périodes de ma vie que je n'oublierai jamais, celle où nous passions nos soirées à boire des bières au Hopscotch ou à faire des bières avec Sevan, tient vraiment une place particulière. Merci pour tous ces moments, pour tous ceux que nous partageons maintenant et pour tous ceux qui vont suivre.

À Cédric

Tu étais cet homme chevelu (oui oui !) dansant en caleçon dans mon salon en 2015, puis nous nous sommes retrouvés au Brésil en 2020 quand le monde a basculé. En 2021 et 2022 nous dansons toujours, sans discontinuer et je l'espère pour longtemps. Merci Cédric de partager tous ces moments avec moi !

À Sylvain

Merci Sylvain pour ta gentillesse et ta bienveillance. Merci de me prêter l'appartement dans lequel j'ai écrit la plupart de cette thèse.

À Dub

Merci pour ta présence continue à mes côtés depuis que nous nous sommes rencontrés en 2015. Tu fais partie de ces rares personnes qui sont restées à Toulouse sans discontinuer depuis lors et je sais que même si un jour nous ne sommes plus dans la même ville, nous ne nous perdrons jamais de vue.

À Kelly

Je ne sais si c'est le destin qui t'a amenée dans ma vie ou juste la personne suscitée. Dans tous les cas, je te remercie tous les deux tous les jours pour avoir la chance de passer tout ce temps à tes côtés. Merci d'être cette si belle personne et de me laisser cheminer à tes côtés. Puisse notre route être aussi belle que promise.

REMERCIEMENT D'ÉLODIE

À ma famille,

Merci à mes parents pour leur soutien, les petites attentions quand je reviens à la maison et leur accueil chaleureux et sans limite. C'est toujours un bonheur de rentrer en Bretagne pour les retrouver, eux et la mer ! Je pense aussi à ma sœur Morgane que j'aimerais voir plus souvent. La distance nous éloigne mais nos passions nous rapprochent ! (Même si je suis un peu sceptique sur les bolas enflammées !) Spéciale dédicace (et oui c'est ringard) à mon frère Raphaël, qui avait 5 ans et demi quand je suis entrée en première année ! Le voilà maintenant une tête de plus que moi et plus barbu que mon amoureux... Les choses ont bien changé pour lui, et moi je suis toujours étudiante !

À mes amies de lycée,

Mathilde, Marion et Caro, que je remercie pour cette amitié qui dure malgré les kilomètres qui nous séparent. C'est toujours une bouffée d'oxygène de passer des moments ensemble. À Manou qui a toujours été une oreille bienveillante pour moi. À mon Path, qui a été la meilleure colocataire que je pouvais espérer. Mes deux premières années de médecine resteront des bons souvenirs grâce à elle.

À la BBDDP,

Que je remercie pour ces superbes années passées à Brest ! L'externat à leur côté était un vrai bonheur, et c'est toujours un plaisir de se retrouver.

À Huscule et aux copains de Toulouse,

Merci à eux pour ces moments passés ensemble, sportifs ou festifs, c'est toujours un régal !

À Arnaud,

Pour m'avoir proposé ce sujet et avoir été un co-thésard idéal !

À Minou,

Pour avoir été à mes côtés depuis le début de ces études. Pour me soutenir au point de m'aider à terminer mon mémoire même à 3 heures du matin. Et surtout pour me faire rire, toujours, avec les mêmes blagues depuis 11 ans !

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
Population de l'étude	18
Méthode qualitative	18
Phase exploratoire	19
Bibliographie :	19
Détermination de la question de recherche et des objectifs :	19
Recrutement	20
Rôle des chercheurs	20
Recueil des données	21
Conditions du recueil :	21
Matériel d'enregistrement :	21
Connaissances des participants :	21
Élaboration du guide d'entretien :	22
Retranscription :	22
Analyse	22
Type d'analyse	22
Logiciel utilisé	23
Triangulation des chercheurs	23
Éthique	23
Consentement des participants	23
Anonymisation des données	23
Comité d'éthique	23
RÉSULTATS	23
Description de la population	24
Caractéristiques de la population	24
Refus de participation à l'étude	24
Caractéristiques des entretiens	24
Saturation des données	25
Présentation des résultats	25
Changements perçus au cours du séjour	25
Ressentis principaux à la sortie et impact global du séjour	25
Sentiment d'avoir évolué personnellement au cours du séjour	26
Effet du séjour sur la santé physique et mentale	27
Evolution de la situation sociale	28
Aides permettant ces changements	28
Aides apportées par le personnel des ACT	28
Les qualités intrinsèques du personnel ont aidé à la création d'un lien privilégié de confiance entre les résidents et le personnel.	28
Les résidents ont exprimé une grande satisfaction concernant le suivi social dont ils ont pu bénéficier durant leur séjour.	31

Les résidents ont été aidés par le travail de coordination médicale et l'éducation thérapeutique	32
Les résidents ont apprécié l'approche du personnel basée sur un encadrement plus ou moins présent en fonction des besoins	34
Le personnel des ACT a joué un rôle important dans le soutien psychologique des résidents	35
Par la continuité du suivi après la sortie	36
Aide apportée par la structure ACT	37
Le toit procuré par les ACT permettait de lever des contraintes liées à la précarité	37
La proximité avec d'autres résidents et les activités organisées ont permis aux résidents de retrouver une vie sociale	38
Freins, contraintes et propositions d'amélioration	39
Contraintes liées au règlement ou au manque de personnel des ACT	39
Contraintes liées au logement	40
Problèmes avec le personnel	40
Contraintes liées aux autres résidents	41
Freins administratifs	42
Propositions d'amélioration	42
DISCUSSION	42
Récapitulatif des résultats	43
Forces et limites de l'étude	44
Forces de l'étude	44
Réflexivité des chercheurs	44
Renforcement de la validité de l'étude	44
Intérêt porté par les participants	44
Originalité de l'étude	45
Limites de l'étude	45
Biais de représentativité	45
Biais de sélection	45
Biais de traduction	46
Premier travail de recherche	46
Situation sanitaire	46
Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature	46
Le soutien et la valorisation des résidents est un élément essentiel	46
Les ACT sont un cadre idéal pour la promotion de la santé et l'éducation thérapeutique	48
Le logement, une condition indispensable à l'amélioration de l'état de santé	52
Proposition d'axe d'amélioration des ACT	53
Ouverture	54
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	57

INTRODUCTION

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) ont été créés par une circulaire de 1994 pour prendre en charge les patients atteints du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) au stade Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) en situation de précarité (1). Le projet est porté par de nombreuses associations sur le territoire français, qui se réunissent en 1998 au sein de la Fédération Nationale des Hébergements VIH (FNH-VIH). La circulaire est modifiée en 1999 pour étendre le champ d'action à tous les patients atteints de VIH car les nouveaux traitements antirétroviraux ont permis une large diminution du nombre de patients en stade SIDA. La population cible était ainsi définie par les « personnes infectées par le VIH, nécessitant une prise en charge médicale et en situation de précarité » (2). En 2002, alors que l'épidémie de VIH diminue et qu'il devient peu à peu une maladie chronique, les ACT sont pérennisés et élargis à toutes les « pathologies chroniques sévères », la FNH-VIH devient à cette occasion FNH-VIH et autres pathologies. Le but des ACT devient d'« héberger à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical ». Il est également précisé qu'« ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale » (3). Depuis leur création, les ACT sont donc passés d'un lieu de fin de vie à une structure médico-sociale œuvrant pour améliorer la qualité de vie des patients en situation de précarité souffrant d'une pathologie chronique.

Cette évolution s'inscrit plus globalement dans une politique de santé publique visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, illustrée notamment par son intégration dans la loi du 9 août 2004 et mise en pratique dans le « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 » (4). La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie. Elle comprend principalement trois dimensions interconnectées : physique, psychologique et sociale (5). Pour améliorer la qualité de vie et limiter l'impact qu'ont les maladies chroniques sur celle-ci, il faut agir sur ces trois domaines. Une approche globale comme celle employée par les ACT semble donc prendre tout son sens.

C'est dans cette démarche que s'inscrit le deuxième champ d'application des ACT : la lutte contre la précarité. Elle est définie par Wresinski comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (6). La précarité peut donc affecter plusieurs domaines : professionnel, financier, social, sanitaire... Il a été montré, notamment par Diderichsen, Evans et Whitehead que les inégalités socio-économiques avaient une influence sur la santé des individus (7) et créaient ce que l'on appelle les inégalités sociales de santé (définies comme les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux) (8). Partant de ce constat, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé de lutter contre les inégalités sociales de santé dans le rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (9). Les ACT trouvent parfaitement leur place dans cette volonté de réduction des inégalités sociales de santé. En effet, ils proposent un double objectif de réduction des inégalités sociales et d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes souffrant de maladie chronique.

Depuis 2013, un certain nombre de données sont recueillies au sein des ACT et publiées sous forme de rapports nationaux annuels d'activité. Elles nous donnent des renseignements sur les personnes hébergées, ainsi que sur l'efficacité des structures en termes de réduction de la précarité et d'amélioration de l'accès aux soins. On sait par exemple qu'en 2020 les pathologies les plus représentées étaient le VIH, les cancers, le diabète, l'insuffisance rénale et les maladies psychiatriques. On sait également que 92% (+/- 1) des personnes entrant en ACT n'avaient pas de logement ou uniquement un hébergement précaire. Elles étaient 59,9% (hors décès) à en sortir avec un hébergement durable. Aussi, le pourcentage de résidents sans complémentaire de santé passait de 26,4% (+/- 1,5) à l'entrée en ACT, à 8,7% (+/- 1,8) à la sortie. 37,8% (+/- 1,6) n'avaient aucun revenu à l'entrée contre 12,6% à la sortie (10).

Ces données font état de l'efficacité des ACT mais ne comportent pas de recueil de la parole des résidents. Elles sont purement quantitatives et ne permettent pas de comprendre ou d'expliquer le processus permettant d'arriver à ces résultats. Il n'existe pas d'étude interrogeant directement les bénéficiaires de ce dispositif pour explorer ces mécanismes. Ces interrogations nous ont amenées à notre question de recherche : quel a été le ressenti des personnes ayant séjourné en appartement de coordination thérapeutique en Occitanie ?

L'objectif principal était d'explorer le ressenti des résidents sortants d'ACT vis-à-vis de leur parcours médico-psycho-social et de leur prise en soins, afin de déterminer ce qui a pu les aider ou les freiner dans l'amélioration de leur situation médicale ou sociale. Les objectifs secondaires étaient d'obtenir des axes d'amélioration des ACT ainsi que de les faire connaître.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Population de l'étude

Nous nous sommes intéressés à des personnes hébergées ou ayant été hébergées en ACT via deux associations : l'UCRM à Toulouse et à Castres et SOS Solidarité à Carcassonne. Une troisième association contactée a refusé de participer à l'étude, les responsables refusant de faire participer directement leurs résidents à des études extérieures.

Les participants étaient majeurs, pouvaient être francophones ou non (avec recours à un interprète) et devaient soit être prêts à sortir des ACT (date de sortie prévue dans le mois suivant l'entretien), soit être sortis il y a peu. Suite au deuxième entretien, ce dernier critère a été affiné : les participants devaient être sortis au maximum un mois avant l'entretien, le biais de mémoire étant trop important lorsque la sortie était plus ancienne.

Le choix des participants s'est fait d'abord de manière aléatoire, en fonction des dates de sorties prévues et des disponibilités des chercheurs, puis en ciblant certaines caractéristiques. Ces caractéristiques étaient : l'âge, le genre, la pathologie principale, la nationalité, le fait de parler français ou non, et le projet de sortie. Nous avons sélectionné les participants en fonction de ces caractéristiques à partir du troisième entretien, afin d'avoir une population la plus variée possible.

Nous avons choisi de garder les participants non francophones malgré le biais lié à la traduction, au vu de leur proportion importante au sein des ACT et le risque de biais de sélection. Nous avons commencé à les choisir à partir du cinquième entretien afin d'être à l'aise avec le guide d'entretien avant de faire appel à l'interprétariat.

Nous avons interrogé uniquement des personnes majeures, les mineurs étant peu représentés dans les ACT (10).

Les caractéristiques des résidents interrogés ont été recueillies de manière anonyme auprès du personnel des ACT. Des précisions pouvaient être apportées en début d'entretien par les participants.

2. Méthode qualitative

Notre recherche s'est concentrée sur le ressenti des résidents car il existait déjà des données quantitatives recueillies dans les rapports d'activités. Nous souhaitons

comprendre les mécanismes pouvant expliquer les résultats obtenus, en interrogeant les résidents sur leur parcours psycho-médico-social. La méthodologie la plus pertinente était la méthodologie qualitative.

Nous avons supposé que les thèmes évoqués lors des entretiens pouvaient être sensibles et difficiles à exprimer pour certains participants (parcours de vie, ressenti intime du séjour ou de situations). Pour cette raison, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels, afin de favoriser la libre expression des participants.

3. Phase exploratoire

3.1. Bibliographie :

Nous avons réalisé des recherches bibliographiques sur le thème des ACT, des inégalités sociales de santé et des liens entre précarité et santé.

Ces recherches ont été faites sur la Banque de Données en Santé Publique, Medline/Pubmed et Google Scholar. Nous avons reçu l'aide d'un documentaliste de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Toulouse.

Nous avons également utilisé les rapports d'activités des ACT (10), publiés chaque année ; le dernier disponible lors de la rédaction de cette thèse portait sur l'année 2020.

3.2. Détermination de la question de recherche et des objectifs :

La question de recherche a été proposée par notre Directeur de thèse, Dr. Pierre Razongles, médecin coordinateur des ACT de l'UCRM Toulouse, et transmise à l'un des chercheurs, Arnaud Grémillon, ancien stagiaire dans le cabinet du Dr. Razongles, puis à la deuxième chercheuse, Élodie Bertho.

De par nos expériences en stage ou en remplacement, et du fait de notre sensibilité personnelle à ces sujets, le thème de la santé dans les milieux défavorisés nous semble être une question très importante.

Après avoir choisi le sujet des ACT nous nous sommes aperçus qu'il existait un certain nombre de données quantitatives compilées dans les rapports d'activités. Il nous paraissait intéressant de recueillir le ressenti des résidents pour déterminer les mécanismes intervenant dans leur parcours médico-psycho-social.

4. Recrutement

Les sujets ont été recrutés lorsqu'une sortie de l'établissement avait été planifiée par l'équipe pluridisciplinaire et prévue dans un délai d'un mois.

Nous avons pour interlocuteurs plusieurs salariés des ACT : le médecin coordinateur, les référents médicaux ou sociaux. Nous les contactons par mail ou par téléphone pour avoir une liste de potentiels résidents sortants avec leurs caractéristiques citées plus haut. Nous décidons ensuite lesquels nous intéressaient.

Ceux-ci étaient d'abord contactés par un de leurs référents (social ou médical), qui leur parlait brièvement de l'étude, en personne ou à défaut par téléphone, et s'ils étaient d'accord nous les contactons directement pour fixer une date et un lieu d'entretien.

Nous avons donné quelques consignes aux référents sur les informations à transmettre aux potentiels participants, formulées comme suit :

- Nous sommes deux chercheurs qui réalisons une étude sur les ACT, nous avons pour cela besoin de nous entretenir avec des personnes y ayant séjourné (éviter de dire que nous sommes médecins, et ne pas donner d'information précise sur l'étude).

- Les entretiens se feront chez eux si cela leur convient, ou dans un bureau s'ils préfèrent.

- Les entretiens durent entre 15 minutes et 1 heure, ils peuvent décider de partir à tout moment.

5. Rôle des chercheurs

Le travail de recherche a été réalisé par Arnaud Grémillon et Élodie Bertho, internes en médecine générale, en 5ème semestre au début de l'étude.

Nous étions l'instrument du recueil des données lors des entretiens.

Nous avons conscience de la place de notre propre subjectivité dans le déroulement des entretiens. Durant toute la durée de l'étude, nous avons mené une réflexivité sur nos représentations et notre posture de chercheurs : de l'élaboration du guide d'entretien jusqu'à l'analyse des données, en passant par la réalisation des entretiens.

6. Recueil des données

6.1. Conditions du recueil :

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés avec l'aide d'un guide d'entretien. L'entretien pouvait s'éloigner du guide pour approfondir une réponse ou une idée.

Les entretiens se sont déroulés dans les logements des participants. Nous voulions que les participants se sentent à l'aise, c'est pourquoi nous leur proposons de le faire chez eux. Si cette option ne leur convenait pas, soit pour des raisons pratiques soit parce que perçue comme trop intrusive, nous pouvions leur proposer de les voir dans un bureau de l'association qui les prenait en charge.

L'entretien était mené par l'un des chercheurs. Lorsque le participant n'était pas francophone, un interprète du Conseil et Formation sur les Relations Interculturelles et les Migrations (COFRIMI) était présent, en physique (avant épidémie de Covid 19) ou bien par le biais d'un smartphone en mode haut-parleur (à partir de mars 2020). Les interprètes avaient pour consigne de respecter précisément les mots exprimés par les personnes interrogées, et de rester neutres dans la traduction. Il n'y avait pas d'autre intervenant extérieur.

À partir de mars 2020, en lien avec l'épidémie de Covid 19, les entretiens se sont déroulés avec masques chirurgicaux ou visières transparentes, pour les participants comme pour les chercheurs. Le respect des gestes barrières a été soigné.

6.2. Matériel d'enregistrement :

Nous avons utilisé l'application Dictaphone de nos smartphones respectifs, de la marque Samsung ou Apple, ainsi qu'un enregistreur audio de la marque Olympus.

6.3. Connaissances des participants :

Les résidents interrogés savaient qu'il s'agissait d'une étude sur les ACT, sans plus de précision. L'idée était de faire en sorte que les participants ne préparent pas l'entretien à l'avance, pour que les réponses soient les plus spontanées possible. De plus, ils ne connaissaient pas notre statut de médecins, afin que notre image soit la plus neutre possible et qu'ils n'orientent pas l'entretien sur la partie santé.

En début d'entretien nous leur avons fait lire et signer un formulaire d'information et de consentement disponible en annexe V. Ce formulaire n'apportait pas d'information

sur l'étude. Nous leur précisions que nous n'appartenions à aucune association en lien avec les ACT, pour qu'ils se sentent libres dans leur propos.

6.4. Élaboration du guide d'entretien :

Nous avons pensé le guide d'entretien de manière chronologique pour favoriser le rappel des événements : une première partie sur le parcours de vie avant l'entrée en ACT visant à poser le contexte, puis une partie explorant le séjour dans les ACT et le ressenti sur celui-ci.

Différents thèmes étaient abordés dans chaque partie : la santé physique et mentale, la situation administrative, l'entourage, les ressources financières, le travail.

Le guide a été testé en réalisant chacun un premier entretien. Les dernières modifications ont été faites à la suite de ces entretiens. Aucune modification ultérieure n'a été nécessaire.

La première et la dernière version sont respectivement présentées en annexe III et IV.

6.5. Retranscription :

Chaque entretien a été retranscrit entièrement le plus fidèlement possible. Nous avons pris en compte autant que possible la communication non verbale (contexte d'énonciation).

Afin de préserver l'anonymat, chaque entretien a été numéroté. Les noms de personnes, de villes ou d'associations ont été remplacés afin de garantir l'anonymat de chaque personne interrogée et mentionnée.

L'extrait d'un entretien retranscrit est disponible en annexe VIII.

7. Analyse

7.1. Type d'analyse

Nous avons réalisé une analyse inductive des données de type thématique. Cette analyse a été faite en plusieurs étapes :

- D'abord le découpage des entretiens en unité de sens (verbatim), et l'attribution d'un code à chacune. Ces codes ont été rangés au fur et à mesure dans un tableau (Annexe VII) avec le verbatim correspondant.

- Puis la catégorisation : il s'agissait de regrouper les codes en catégories conceptuelles.

- Enfin, la thématisation : les catégories étaient elles-mêmes regroupées, ce qui nous a permis d'obtenir des thèmes correspondant aux grands axes de résultats.

7.2. Logiciel utilisé

Nous avons utilisé le tableur Google sheets tout au long de notre analyse.

7.3. Triangulation des chercheurs

Le codage des entretiens a été réalisé individuellement par chaque chercheur, puis mis en commun. En cas de désaccord, une réécoute de l'entretien permettait la résolution du problème.

La catégorisation ainsi que la thématisation ont été faites ensemble.

8. Éthique

8.1. Consentement des participants

Le consentement des participants a été recueilli au début de chaque entretien via un formulaire d'information et de consentement (Annexe V).

Les participants ont été informés de la possibilité de quitter l'étude à tout moment sans justification.

8.2. Anonymisation des données

Les participants ainsi que les noms de personnes, lieux ou structures cités ont été anonymisés lors de la retranscription de chaque entretien.

8.3. Comité d'éthique

L'avis favorable du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants a été obtenu en début de thèse (Annexe IX).

8.4. Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL)

Un enregistrement auprès de la CNIL a été réalisé en fin de thèse par le Délégué à la Protection des Données du Département Universitaire de Médecine Général (DUMG) de Toulouse.

RÉSULTATS

1. Description de la population

1.1. Caractéristiques de la population

Nous avons interrogé 10 hommes et 3 femmes, âgés de 25 à 58 ans. Plusieurs nationalités étaient représentées : française, bulgare, congolaise, guinéenne, camerounaise, algérienne et belge. Deux participants ne parlaient pas français. Les participants présentaient diverses pathologies chroniques : VIH, diabète, pathologies hépatiques, pathologies cardio-vasculaires, séquelles de tuberculose, drépanocytose, obésité, épilepsie, maladie de Verneuil, Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), syndrome dépressif, maladie rénale chronique. Certains participants souffraient de plusieurs pathologies. La durée moyenne de séjour en ACT était de 21 mois, avec un minimum à 12 mois et un maximum à 30 mois.

Nous avons pu obtenir une diversité intéressante avec des profils variés sur les différentes caractéristiques. À noter cependant l'absence de représentation de pathologies cancéreuses, habituellement trouvées en ACT.

Un récapitulatif des caractéristiques des personnes interrogées est à retrouver en annexe (Annexe I) avec un comparatif aux statistiques régionales (Annexe II).

1.2. Refus de participation à l'étude

Les résidents étaient d'abord contactés par leurs référents qui leur proposaient de participer à l'étude. Aucun refus n'a été exprimé par les résidents concernés à ce stade du recrutement. Une des référentes nous a déconseillé d'interroger une résidente en raison d'une trop grande fragilité psychologique.

Un refus a été exprimé lors du contact téléphonique ultérieur de notre part pour déterminer la date de l'entretien. Ce refus était lié à une difficulté d'organisation pour réaliser l'entretien.

1.3. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 24 avril 2019 au 27 novembre 2021. Nous avons réalisé 14 entretiens, et analysé 13 d'entre eux. L'entretien non-analysé ne répondait

finalement pas aux critères d'inclusion : la date de sortie était trop éloignée de la date d'entretien, entraînant un biais de mémoire.

La durée moyenne des entretiens était de 43 minutes avec un minimum de 13 minutes et un maximum de 104 minutes.

Ils ont été réalisés au domicile des participants pour la plupart (ACT ou logement personnel si l'entretien était réalisé après la sortie). Un entretien a été réalisé dans un bureau de l'Union Cépière Robert Monier (UCRM) Toulouse.

1.4. Saturation des données

La saturation des données théoriques a été obtenue après le onzième entretien. Nous avons réalisé trois entretiens supplémentaires qui ont confirmé l'absence de nouvelle catégorie répondant à notre question de recherche.

2. Présentation des résultats

2.1. Changements perçus au cours du séjour

2.1.1. Ressentis principaux à la sortie et impact global du séjour

Les résidents interrogés étaient globalement satisfaits voire très satisfaits de leur séjour en ACT.

Elles et ils se sont sentis aidés sur différents aspects, et un fort sentiment de reconnaissance était présent chez la plupart d'entre eux.

“Mais je les remercie volontiers, je serais reconnaissant éternellement, jusqu'à la fin de ma vie pour m'avoir au moins sorti de l'embarras au moment où j'en avais vraiment besoin.”

E1

Cette reconnaissance était parfois accompagnée d'un très fort attachement émotionnel aux ACT et au personnel.

“Même quand j'ai quitté dernièrement là, c'était avec des larmes aux yeux, ah oui hein ! J'avais un très grand regret, si on pouvait, si on avait le choix, je serais pas quitté les ATC, ah là non non non. Le fait seulement d'entendre que je quitte de là, ça a été un deuil pour moi hein. Vous voyez jusqu'à présent, je n'en reviens pas hein * soupire *. Je n'en reviens pas.” E10

Certains se sentaient chanceux d'être passés par les ACT.

Cela leur a permis de régler des problèmes complexes et de réaliser des projets qui leur semblaient inatteignables avant leur séjour.

“Donc ça vous a aidé un peu à arrêter le cercle infernal ? Oui, c'est à dire que les plus difficiles qui étaient à surmonter au départ c'est les ACT qui m'ont aidé à les surmonter.

*Les autres, je vais pas dire que c'est de la gnognotte mais bon *hésitation*” E1*

“Ils sont capables de réaliser des rêves, oui ils sont capables de réaliser ça, oui c'est ça.”

E11

De manière globale, le séjour en ACT permettait aux résidents de franchir une étape dans leur vie. Il était perçu comme une nouvelle chance, l'opportunité de prendre un nouveau départ.

“Qu'est-ce que vous pensez que ce séjour à changé pour vous ? Un nouveau départ.

**silence* C'est-à-dire ? Ben je suis plus dans la rue et j'ai plus envie d'y retourner et...*

Voilà. J'ai envie de changer de vie quoi...” E12

2.1.2. Sentiment d'avoir évolué personnellement au cours du séjour

Les résidents ont ressenti d'importants changements positifs durant leur séjour aux ACT. Certains associaient ces changements positifs avec une évolution personnelle, un travail sur eux accompli souvent avec l'aide du personnel.

“Euh et c'est vrai qu'en 2 ans, on a énormément travaillé sur beaucoup de choses. Et ça m'a énormément apporté.” E14

Ils sortaient souvent avec un gain en autonomie et en confiance en eux.

“Mais j'avais pas beaucoup de confiance en moi avant, mais maintenant je me sens que je suis capable de faire tout toute seule.” E11

Certains résidents ont ressenti plus de facilité à s'ouvrir aux autres pendant leur séjour. D'autres ont gagné en ouverture d'esprit.

“Mais ça permet de... Parce que moi je discutais pu avec plus personne je m'étais un peu renfermé tout ça, et c'est ce qui m'a permis de recommuniquer et tout ça quoi, y'a de la discussion.” E3

Le séjour aux ACT a permis aux résidents qui étaient dans le déni de leurs problèmes de prendre conscience de ce qu'ils avaient à régler.

“Ben au départ on prend pas toujours conscience de tout. Quand on est dans le déni de tout.

Parce qu'à un moment t'es dans le déni hein. *C'est difficile de...* T'es à la rue... Tu, tu demandes, on te claque toutes les portes, à un moment tu te dis vogue la galère, on verra ça demain. Et demain, ben c'est la même. Tu dis allez hop, on va boire un coup ça va faire passer le bordel, le lendemain t'as le mal de crâne en plus mais les emmerdes sont toujours là. **rigole**” E13

Une résidente ressentait l'envie de partager son expérience avec des personnes dans des situations similaires à la sienne pour leur redonner espoir et les aider à s'en sortir.

“Ben je suis arrivée jusqu'ici, ben il faut garder toujours l'espoir. Il y a des gens qui sont désespérés, il y a des gens qui sont... **réfléchit** Je sais pas, si j'ai une baguette magique, je vais... **rigole** Ah oui je vais donner tout le courage et la confiance et euh... À tout le monde. À tout le monde. Mais euh...” E11

À l'inverse de la plupart des résidents, certains ne se sont pas sentis suffisamment autonomes pour sortir des ACT sereinement. Pour l'un d'entre eux, cela concernait surtout l'administratif, avec l'angoisse de ne pas savoir se débrouiller en cas de problème. Pour un autre, il s'agissait de la prise des médicaments qu'il ne savait pas gérer seul. Ce manque d'autonomie ressenti entraînait une anxiété importante. Les résidents concernés pouvaient exprimer un manque de temps avant la sortie pour s'y préparer.

“Là je sais que maintenant ben je... si y a le moindre souci y a personne quoi. Je suis tout seul à régler mes problèmes quoi. Et ça, je sais pas si je suis prêt... à pouvoir arriver à le faire quoi. C'est ce qui fait le plus... le plus peur. Ne pas être capable de régler les pro... les problèmes qui vont arriver quand ils vont arriver. [...] Donc ça veut dire qu'à un moment donné y'a une connerie qui va me tomber sur le coin de... de la tête et là y aura personne pour... pour m'aider à m'en sortir quoi.” E14

2.1.3. Effet du séjour sur la santé physique et mentale

Les résidents ont ressenti une amélioration globale de leur état psychologique pendant leur séjour aux ACT. Ils rapportaient souvent un moral très bas avec parfois des idées suicidaires avant leur entrée. Les ACT leur ont permis de remonter la pente, de se sentir renforcés à ce niveau et d'être plus apaisé.

“Ah mon état psychologique ça a beaucoup évolué parce que, quand j’entre dans les ATC, j’avais le moral très très bas, très très bas. Et ça n’a pas du tout été facile, ça ne s’est pas... relevé d’un coup, ça a pris du temps et tout,” E10

L’état de santé des résidents s’était aussi globalement amélioré pendant leur séjour aux ACT. Ils ont souvent repris du poids, et se sentaient plus forts physiquement à leur sortie.

Une résidente s’est fait diagnostiquer une nouvelle pathologie grâce aux ACT.

“Je sors des ATC, ATCT avec euh... une bonne santé déjà, je ne suis plus hospitalisée, depuis 1 an... plus d’un an et demi je n’ai pas été hospitalisée.” E10

2.1.4. Evolution de la situation sociale

La plupart des résidents sont sortis des ACT avec une amélioration de leur situation sociale, en fonction de leur besoin : obtention d’un logement, d’un titre de séjour, mise en place d’une protection juridique, inscription en formation professionnelle...

Ils déclaraient se sentir plus autonomes pour réaliser leurs démarches seuls à la sortie des ACT.

3. Aides permettant ces changements

3.1. Aides apportées par le personnel des ACT

Beaucoup de résidents se sont exprimés sur la qualité de l’accompagnement offert par le personnel des ACT, ils se sont sentis bien entourés et étaient reconnaissants envers le personnel pour l’aide apportée.

3.1.1. Les qualités intrinsèques du personnel ont aidé à la création d’un lien privilégié de confiance entre les résidents et le personnel.

Les qualités valorisées par les résidents interrogés étaient :

- Bienveillance, gentillesse et sympathie

“Et puis à [Association 1] travaillent des gens bien, des gens qui sont très très bien, des gens en or. Il y avait des filles tellement gentilles, tellement bienveillantes et des hommes aussi, gentils et bienveillants.” E5

- **Compétence**

“et euh... elle a été, elle a été fabuleuse. Parce qu'elle s'est démêlée dans les papiers que j'avais... qui était une poudrière. Parce que comme j'ai tout abandonné, tout laissé tomber, tout euh... j'ouvrais plus les courriers je... donc effectivement y'avait un taux d'endettement euh.. monstrueux un peu partout, y'avait... il fallait refaire tous les documents administratifs... et elle s'est démenée comme... comme une acharnée effectivement pour me permettre de repartir à zéro.” E14

- **Ecoute**

A mon écoute aussi, parce que j'avais une période très stressante, à tout moment il fallait parler il fallait... Parce que (...) ça me faisait du bien, elle était à mon écoute et tout, elle m'a bien accompagnée. E10

- **Patience**

“Ils sont pas pressés, ils sont pas du tout pressés. Par exemple, si vous êtes capable de mettre 2 heures, il est capable de mettre 2 heures avec vous, 2 heures avec vous, ils sont pas du tout pressés. Ah oui ! *rigole* Moi ça... Ca me plait beaucoup de... de choses là.”

E11

- **Présence et disponibilité**

“Ah oui c'était, du jour comme de la nuit ils étaient présents, tout ça. M'accompagner, me remonter moralement et tout. Ça m'a vraiment moi mon passage aux ATC ça m'a beaucoup, beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup soulagée, beaucoup beaucoup aidé.” E10

Le fait que l'encadrement ait été maintenu même en l'absence des référents habituels était apprécié.

Ces qualités ont permis aux résidents de créer un lien fort avec le personnel, et certains résidents se sont sentis très proches de leurs accompagnants.

“Ben moi je suis arrivé en même temps que... que la... que une des éducatrices, qui est [Educatrice 1]. On est arrivé le même jour. C'est euh... Voilà ça a un peu créé un petit lien entre nous. Puisqu'après elle est devenue ma référente. Moi j'l'adore *rit doucement*, c'est une dame que... que j'apprécie énormément c'est...”E14

“vous sentez que... *réfléchis* ils sont quelqu'un de votre famille. Ils sont quelqu'un de votre famille.” E11

La proximité créée avec le personnel des ACT a facilité les rapports avec les résidents.

“Oui c'est vrai, les ACT comme une... *réfléchis* Comme une deuxième famille. En fait la première famille ici en France mais on peut dire que la deuxième famille c'était... Oh la la, c'était... *verse quelques larmes* C'est une autre chose. Les ACT c'est une autre chose, hein ! Soit l'accompagnement, soit le soutien, soit le côté psychologique... Ben ils sont très proches.” E11

D'autres ont apprécié le fait de se sentir reconnu comme une personne à part entière et sur un pied d'égalité avec le personnel.

“et puis être reconnu comme... comme un être humain comme quelqu'un quoi. Voilà c'est ça. Ça aide beaucoup ça. Ça aide beaucoup.” E3

Un résident a apprécié le fait de ne pas recevoir de discours moralisateur de la part des membres du personnel.

“euh, même quand je faisais des petits écarts ou quoi que ce soit, peut-être c'est arrivé. Ils me remettaient euh... Ils m'engueulaient pas, ils me faisaient pas la morale, c'est ça que j'aime chez eux, c'est ils arrivent à... Ils détournent en fait pour arriver à faire ce qu'ils veulent quoi. Sans te brusquer comme un... Voilà. Tu vois ce que je veux dire, sans te faire de leçon de morale. Tu sais à 48 balais avec ce que j'ai vécu, j'ai pas besoin de morale.”

E13

Certains résidents ont exprimé que l'absence de jugement et la relation créée avec le personnel les a aidés à s'ouvrir plus librement.

“les travailleurs.. euh... *réfléchis* c'était pas pareil. Ils sont sympas ! On dirait que on les connaît... Déjà, il y a pas les prénoms, directement par le nom... euh... *réfléchis* Tu dis euh... Pardon, vous disiez ce que vous voulez, ce que vous pensez...” E11

Les résidents ont accordé leur confiance au personnel et cette confiance était ressentie comme réciproque.

“Mais les ACT ils croient en moi. Les ACT ils croient en moi. Mes copines elles croient en moi. Euh... Ça ça m'encourage beaucoup ici.” E11

La relation établie entre personnel et résidents pouvait parfois rendre la sortie des ACT difficile émotionnellement.

“Ca n’a pas été facile pour moi hein ! Je peux vous le dire, si vous parlez avec eux, quand j’ai appris que je quittais les ATC, ça a été un deuil pour moi. C’était, c’était trop triste.

Trop trop triste. *baille *” E10

3.1.2. Les résidents ont exprimé une grande satisfaction concernant le suivi social dont ils ont pu bénéficier durant leur séjour.

Les référents sociaux ont pu les aider dans diverses démarches administratives, et ainsi remettre de l’ordre dans leur situation.

“Ah oui oui ils ont euh... pendant tout le séjour ils ont euh... ils ont refait tout ce qu'y avait à faire quoi je veux dire... ils ont fait les dossiers de... pour la banque de France, ils ont fait... ils ont refait pour que je puisse avoir des papiers, ils ont ... ils ont tout refait quoi je veux dire ils ont tout remis à ... *À plat quoi. À plat.*” E14

Les résidents ont été aidés dans des démarches telles que le remplissage de déclaration d’impôt ou de dossier de surendettement, l’aide à la gestion de leur budget voire la mise en place d’une protection juridique ou la régularisation de leur situation administrative.

“Mais ça m’a permis quand même à franchir une étape quoi, parce que quand je suis arrivé quand même ma situation n’était pas régulière. Donc j’avais ces problèmes, tout ça donc ils m’ont accompagnés et au final j’ai mes papiers” E9

La plupart des résidents ont pu trouver un logement grâce aux travailleuses et travailleurs sociaux. Leurs connaissances des démarches, la gestion des relations avec des structures nécessaires, leur insistance auprès d’elles si nécessaire et leur statut de travailleur social permettaient de débloquer des situations, ou d’accélérer les démarches.

“Voilà donc si quelque chose me plait je dirait à [Employé ACT 4] « ça me plait, ça me plait, ça me plait, vous voulez pas m’aider à insister ? » Elle par contre elle peut le faire.

Parce qu’elle a le statut de référent social, donc ça passe mieux.” E1

La coordination sociale pouvait aussi concerner le plan professionnel : certains résidents ont pu être orientés pour suivre des formations professionnelles ou pour trouver un travail.

“Il y a un suivi professionnel aussi puisque on m'a inscrit jusqu'à là là, je suis suivi par le Centre de formation. Pour rentrer sur une formation de nettoyage industriel puisque j'ai pas une formation qualifiante pour le moment. Je travaille dans le domaine mais je ne suis pas qualifié, donc là on est en train de travailler sur ça. *D'accord et les appartements... [ACT 1], ils vous ont aidé pour ça ? Oui c'est ça oui. Pour avoir accès au... Centre de formation ? C'est aussi oui.*” E8

Les travailleurs sociaux ont parfois pu orienter vers d'autres structures la famille des résidents pris en charge.

“cette fille là, elle a téléphoné dans un organisme qui s'appelle [Association 2] et c'est cet organisme là qui a pris en charge mes enfants. Et ils sont hébergés dans cette structure jusqu'à maintenant, jusqu'à aujourd'hui.” E5

3.1.3. Les résidents ont été aidés par le travail de coordination médicale et l'éducation thérapeutique

Les résidents ont trouvé utile la coordination de leur parcours médical ainsi que la gestion, le rappel et l'accompagnement aux rendez-vous par les infirmiers des ACT. Cela leur a permis d'être plus réguliers dans leur suivi.

“Elle s'assure à chaque fois que j'ai été au rendez-vous, elle me dit "Alors, ça s'est passé comment le rendez-vous, tout ?" Elle veut un récapitulatif du rendez-vous, pour savoir si j'y ai bien été. Ce qui est logique. Au départ j'ai fait deux trois fois le coup, le cardiologue j'avais pas envie d'aller le voir, l'autre il est à l'autre bout de la ville là bas, il flottait et tout. Le bus je peux pas le prendre parce que c'est pas... c'est pas... j'aime pas être oppressé par les gens, il flottait j'avais pas envie d'y aller. Je dis, ouais ouais, ça s'est bien passé, il me revoit dans 6 mois. Tu parles elle a téléphoné au cardiologue, il dit non non, j'ai pas vu Monsieur M. Là du coup je me suis fait engueuler. Elle me dit c'est important.” E13

Les résidents ont trouvé utile l'aide à la gestion des médicaments.

“ils s'occupaient à ce que j'ai mes 3 pilules chaque jour, c'était leur métier. Ça m'a aidé, parce qu'à la rue, prendre 3 pilules par jour c'est un peu compliqué. Et donc c'est pour ça que j'étais très content de retrouver les ACT quand je suis arrivé.” E1

En plus de leur rôle de coordinateurs médicaux, les infirmiers des ACT ont eu un rôle dans différents aspects de l'éducation thérapeutique des résidents.

L'éducation thérapeutique a pu permettre aux résidents une amélioration sur l'hygiène de vie, avec des conseils diététiques et de l'aide à la confection des repas.

Pour les résidents concernés il s'agissait également d'une aide au sevrage, tabagique ou alcoolique principalement, prodiguée par les référents médicaux. Les référents sociaux ont aussi aidé les résidents dans cette démarche, en leur faisant prendre conscience du coût des toxiques. Cela leur a donné une motivation supplémentaire pour se sevrer.

“Parce que ça c'est 350-400 euros par mois. Donc on a foutu un coup de ciseau là-dedans, parce que avec une stagiaire qui travaillait avec [Employé ACT 3] on avait fait un bilan des recettes et des dépenses. Quand j'ai vu le résultat j'ai dit hopopopopop. Ca m'a fait prendre conscience, parce que qui dit tabac, et moi qui ai travaillé 28 ans en boîte de nuit, dit alcool machin et compagnie. Tout ça c'est fini. Enfin tabac non. Alcool oui, bon ça m'arrive de boire une bière comme ça de temps en temps, vraiment occasionnel hein. Vraiment occasionnel. Et parce que c'est ce qui coûte le plus cher quoi.” E3

Certains résidents ont pu bénéficier d'éducation thérapeutique par leur infirmier spécifiquement sur leur maladie. Cela leur a permis d'acquérir des connaissances sur leur pathologie et leur traitement.

“Mais quand j'ai rentrée ici, j'ai pris beaucoup de chose. Non ! Le VIH c'est pas le SIDA, c'est le contraire, c'est pas du tout... Il faut juste prendre le traitement, sinon on est comme les autres. Ben des fois, je me sens que je suis plus que les autres, je suis plus *rigole* qualifiée que les autres !” E11

Cela leur a permis de mieux accepter la maladie, de mieux vivre avec.

“Elle m'a créé le courage... Euh... Voilà c'est tel maladie, il faut accepter la maladie comme le diabète et la tension et tout. Et moi j'ai appris ça comme il faut.” E11

Grâce aux informations reçues et assimilées les résidents acquéraient des compétences de communication sur leur pathologie. Cela les aidait pour en parler par exemple à leur entourage ou à des professionnels dans leur parcours médico-social. Ils pouvaient aussi demander conseil auprès de leurs référents sur la gestion de la maladie avec leur entourage.

“Et ben mon infirmière, elle m'a appris beaucoup beaucoup de chose. Elle m'a déjà organisé un entretien avec un autre , une autre travailleur social, elle connaît pas la maladie. Comment annoncer la maladie à d'autres personnes ? Donc j'ai annoncé la maladie à... à... *cherche ses mots* à sa collègue. [...] C'est pour ça mon infirmière, les ACT, surtout mon infirmière, elle m'a, elle m'a informée. Elle m'a informée bien comme il faut. Moi je veux savoir et elle elle m'a informée bien comme il faut. Pour comment... comment... Comment transférer l'idée, comment annoncer la pathologie” E11

3.1.4. Les résidents ont apprécié l'approche du personnel basée sur un encadrement plus ou moins présent en fonction des besoins

Le personnel a laissé plus ou moins d'autonomie en fonction des besoins.

“Moi pas forcément que je compte pas beaucoup mais j'aimerais bien être indépendante. J'aimerais bien par exemple, je fais les choses, mon assistante sociale me dit que F vous faites ça toute seule ? Oui je fais ça toute seule car je sais que il vient un jour je serais pas là. Et vous vous serez pas là et donc elle m'encourage. Elle m'encourage... Elle m'encourage pour faire ça. Et ben si j'ai besoin de quelque petit détail, elle m'en donne. Ouais, elle n'hésite pas, elle m'en donne. Si j'ai besoin de n'importe quel... quel... quel détail, elle m'en donne.” E11

Certains ont trouvé valorisant le fait de bénéficier de cette autonomie.

“mais autrement après c'est à nous de faire les papiers a nous de nous bouger, c'est ça qui est bien on se sent pas assisté complet quoi. Ca nous donne euh, on existe on est quelqu'un quoi.” E3

L'autonomisation pouvait aussi passer par le fait d'apprendre à demander de l'aide. Cette capacité à demander de l'aide était parfois perdue avant l'entrée en ACT soit par renoncement, soit par timidité, soit par peur.

“Je lui dis "Ben c'est ça le truc, c'est que j'aime pas demander". Ca j'y travaille, ils m'y font travailler des fois, il me dit "Mais demande, t'as un problème tu demandes !". Je dis mais mais qu'est-ce que tu veux, pendant 11 ans j'ai demandé, pendant 11 ans on m'a refoulé. Je demande plus rien. Je vois ce qui arrive, c'est tout. Je demande plus rien, j'ai passé le cap de demander. Au départ, j'étais beaucoup demandeur quand j'étais à la rue. J'ai fait tous les machins. J'ai fait [Association 2], j'ai fait [Association 1]... Tous les trucs de machin là. J'ai fait toutes les démarches pour avoir un appart, j'ai vu que pim pam poum tout le monde se

renvoie la balle, j'ai dit allez, *siffle* et j'ai tout laissé tomber. Et j'ai plus fait de papiers, j'avais plus de CMU, j'avais plus rien. J'étais disparu des radars.” E13

Grâce à cet encadrement personnalisé et progressif, les résidents ont pu gagner petit à petit en autonomie. Se sentir capable de gérer seul son quotidien, sa santé, ses formalités administratives permettait d’appréhender leur sortie de manière sereine. Ils pouvaient se projeter après la sortie des ACT sans avoir peur de ne pas s’en sortir seuls. Cela leur donnait un sentiment de liberté.

“Oui. Petit à petit, ils m'ont emmené vers la liberté... Enfin, l'autonomie. Ils m'ont laissé faire les choses petit à petit...” E12

Cette autonomie retrouvée permettait aux résidents de gagner confiance en eux. Le fait de pouvoir compter sur eux-mêmes leur permettait de se sentir capable de tout faire, d’être moins influencés par les autres pour faire leurs choix et d’avoir le courage de se défendre.

“Si c'était pas ma vie précédente, je serais pas comme ça. Oui c'est ça, je serais pas comme ça. Je serais toujours, oh lala ! *rigole* J'étais toujours timide ! Timide, euh... J'ai pas le courage pour demander, euh... pour demander ce que je veux. J'ai pas le courage. Oh lala... *Et vous avez été un peu obligée de devenir comme ça ?* Oui. *rigole* Oui, c'est ça. Mais euh, ça va ! Oui parce que j'ai devenue très, euh... *réfléchis* J'ai beaucoup de confiance en moi.” E11

3.1.5. Le personnel des ACT a joué un rôle important dans le soutien psychologique des résidents

Par leur présence et leur soutien permanent, le personnel des ACT a joué un rôle dans le soutien psychologique des résidents.

“Du coup en arrivant aux ATC, avec l’accompagnement et tout, qui est vraiment idéal, ah ouai qui est vraiment idéal, ça m’a beaucoup aidé. Ça m'a beaucoup aidé l’encadrement et tout, l’accompagnement, le personnel toujours présent, moralement, physiquement, tout, tout tout. Ça m'a beaucoup aidé, ça m’a... Parce que j’étais pas loin de la suicide je vous ment pas hein. Ouais, j’étais pas... j’étais pas très loin vraiment. Et les ATC étaient très bien , très bien gardés.” E10

Le personnel des ACT était attentif et sensible aux états psychiques des résidents. Les référents médicaux particulièrement avaient un rôle prépondérant dans le soutien moral des résidents.

“Et les gens bon ben, c’est sûr c’est leur métier de, même sans parler ils devinaient si y’avait quelque chose qui allait pas bien, ça d’entrée hein. Parce que on parle pas pareil, on est plus évasif machin, donc ils sont vraiment à l’écoute et au regard pour voir si tout va bien. Et ils le sentent bien si ça va ou si ça va pas hein. Ca c’est bien. C’est, c’est des pro quoi. C’est des pros, ils connaissent bien leur métier quoi. Ils connaissent bien leur métier.”

E3

Un résident a exprimé le fait qu’une infirmière des ACT l’ai aidé à reprendre goût à la vie.

“Alors qu’avec [Infirmière 1] qui est arrivée après, qui a pris sa place, euh... elle m’a amené me balader dehors, elle m’a... elle m’a redonné le goût de sortir. Alors même si c’est pas encore ça. Mais euh... voilà je veux dire... la nouvelle infirmière [Infirmière 1] pareil c’est quelqu’un que... qui est très... qui est fabuleuse aussi parce que elle nous donne une envie de, de vivre quoi.” E14

Le soutien psychologique était adapté en fonction des résidents. Cela pouvait être par exemple de proposer à un résident de l’accompagner marcher en extérieur car il en ressentait le besoin.

“Pareil elles m’amenaient dehors, elles m’ont euh... pour me faire voir qu’y avait pas de... de problème quoi, que je pouvais euh... Mais bon, j’ai toujours peur de... de chuter, de ...”

E14

Une résidente a aussi été adressée à un sophrologue par sa référente médicale.

Le soutien psychologique était parfois vu comme le déterminant du succès des ACT.

3.1.6. Par la continuité du suivi après la sortie

L’encadrement a été maintenu même après le départ des ACT.

“Oui, juste à la fin. Bon on a fait connaissance, on a gardé contact euh... si il y a des soucis... médicaux quoi parce qu’ici il y a pas d’accompagnement médical ici, elle m’a dit je peux l’appeler et tout.” E10

Le personnel s'est mis à la disposition des résidents ou a organisé un suivi par d'autres référents après la sortie des ACT, ce qui leur a permis de ne pas interrompre brutalement l'accompagnement et de rassurer certains sur leur peur de ne pas être suffisamment autonomes.

“Maintenant... je dis pas que... moi j'ai encore euh... encore on va dire un pied si on veut dedans puisque j'ai euh... ils me gardent encore 2 ou 3 mois en extérieur qu'ils appellent. Pour me filer encore un petit coup de main pour euh... évacuer effectivement tout ce stress que j'ai euh à me retrouver seul. Euh... voilà donc...” E14

3.2. Aide apportée par la structure ACT

3.2.1. Le toit procuré par les ACT permettait de lever des contraintes liées à la précarité

Le fait d'avoir un toit était parfois vu comme un besoin primaire, prioritaire sur tout le reste.

“Donc le premier besoin c'est le toit, c'est la première chose. Après ça paraît évident.” E1

Avoir un toit, pouvoir être chauffé, avoir accès à un minimum de bien matériel offrait aux résidents de la tranquillité d'esprit. Cela leur permettait de se sentir en sécurité.

“Les appartements ça m'a permis que les 2 dernières années j'étais calme, j'étais tranquille il ne fallait pas que je réfléchisse à toutes ces choses qui m'inquiète aujourd'hui pour le fait que je doive vivre dans la rue, ça m'a permis d'avoir 2 années dans lesquelles j'étais au chaud et j'étais calme c'est ça.” E7

Ceci leur a permis d'être plus sereins, et de pouvoir avancer sur leur situation.

“Voilà je suis... j'ai un logement, je aux ACT donc il y a d'autres choses que je dois penser, que je dois réfléchir, que je dois avancer... Que je dois avancer. *Oui le fait de vous donner un logement, ça vous a permis de penser, de vous concentrer sur d'autres choses. Oui, beaucoup de choses, oui beaucoup de choses.*” E11

Ceci leur permettait aussi d'être plus observants sur leurs traitements.

“Le traitement aussi parce que... l'hébergement ça m'a beaucoup aidé pour poursuivre le traitement.” E9

Tout cela a participé au fait qu'ils se sentaient en meilleure santé physique et mentale.

“Par contre depuis que je suis dans les appartements thérapeutiques ici les gens ils s'occupent beaucoup de nous, j'ai mes médicaments, je suis au chaud tout le temps donc je ne peux pas me plaindre pour rien du tout.” E7

En plus du toit, les résidents ont trouvé utile la petite aide financière dispensée par les ACT, elle leur a permis d'acheter de la nourriture ou de payer les transports.

“et avec cet argent j'arrivais, parce qu'il y avait des épiceries sociales où on pouvait acheter de la nourriture pour 20 euros, vraiment pas chère donc j'arrivais à assurer mes repas plus acheter du pain et vivre de façon normale le mois.” E7

3.2.2. La proximité avec d'autres résidents et les activités organisées ont permis aux résidents de retrouver une vie sociale

La vie en communauté au sein des ACT permettait de s'ouvrir aux autres et d'éviter le repli sur soi, elle était favorisée par les activités de groupes organisées et le fait de vivre à plusieurs dans certains appartements.

Les résidents ont apprécié les activités du groupe.

“On sortait, parce que les ATC font aussi les sorties et tout, on se voyait régulièrement. Les... les réunions les... réunions bon, pas les réunions on peut pas dire réunion, c'était les groupes de parole et tout ça, les repas ensemble, les soirées ensemble, tout ça, c'était vraiment très chouette. C'était des choses vraiment très bien, qui nous aidaient, ouais.” E10

Vivre sous le même toit avec d'autres résidents a permis de créer des liens forts entre eux.

“Après avec la colocatrice ça s'est bien... très bien passé. Euh... *réfléchis* Je me sens qu'elle est comme... *réfléchis* Elle est comme... Elle est comme ma soeur ! C'est une camerounaise. Et bien on a partagé beaucoup de choses” E11

Les résidents ont entretenu des bonnes relations entre eux, parfois amicales.

“C'était bien, très très bien, c'était merveilleux. Il y avait des africains, il y avait toutes sortes de gens et j'ai toujours eu des bonnes relations. On était très attaché les uns aux

autres donc il y avait de très bonnes relations entre nous. On a jamais eu de soucis, sois disant parce que t'es noir et toi parce que t'es blanc... Ça, ça n'a jamais existé, on n'a jamais rencontré ce genre de problème, on s'entendait très très bien.” E5

Ces contacts entre les résidents ont nourri un esprit de partage et de communauté.
“c’est beaucoup basé sur le partage, aussi bien au niveau de la cuisine, que de la discussion” E3

Cela a aussi permis de garder ouverte la parole.

“avant on faisait des réunions et tout avec ceux de [Ville 5] et tout là. Des groupes de parole, c'est parler un peu de ce qu'on voulait, ce que les gens avaient envie de dire et tout. Non c'était pas mal, il y avait des sorties organisées et tout.” E13

Garder cette parole ouverte et maintenir un esprit de communauté et de partage a permis de s’ouvrir plus facilement aux autres pour éviter le repli sur soi.

“Mais ça permet de.. Parce que moi je discutais pu avec plus personne je m’étais un peu renfermé tout ça, et c’est ce qui m’a permis de recommuniquer et tout ça quoi, y’a de la discussion” E3

3.3. Freins, contraintes et propositions d’amélioration

3.3.1. Contraintes liées au règlement ou au manque de personnel des ACT

Pour certains il y avait trop de règles à suivre au sein des ACT en rapport avec le logement, l'accueil des visiteurs ou la vie en communauté. La conséquence étant que certains résidents ne se sentaient pas chez eux.

“Faut toujours faire le ménage, même si on a pas envie, il y a des contrôles... Et j’aime pas ça,” E1

“Pas dépendre de... *Silence* Parce que là je suis bien mais je ne suis pas chez moi, c’est pas mon appartement, hein ! A partir de là hein ? Voilà hein.” E4

Un résident trouvait qu’il manquait un psychologue sur place.

3.3.2. Contraintes liées au logement

D'autres ont émis des réserves par rapport aux logements, notamment sur leur localisation. En effet, certains résidents se sont plaints d'être dans des quartiers difficiles, où ils pouvaient ressentir un manque de sécurité et être gênés par le bruit.

Un résident a été très gêné par le manque d'aménagement de son logement au sein des ACT pour son handicap.

*“Alors que dans les appartements ACT y'a rien. C'est des appartements normal. [...] Parce que moi l'appartement où j'étais, la salle de bain il fallait passer euh... Y'avait 2 trucs en verre comme ça *explique avec des gestes la formation de la salle de bain* des portes qui coulissaient là, fallait que j'entre dans le trou là, chaque fois j'accrochais partout j'avais des vrai vrai problèmes, un vrai casse tête, on pouvait pas mettre de siège euh... voilà des vrais problèmes. *ouais ouais d'accord*. C'est pour ça quoi. C'est là où effectivement je pense qu'il y aurait un gros travail à faire.” E14*

Un résident a trouvé qu'il avait trop souvent changé de logement durant son séjour.

3.3.3. Problèmes avec le personnel

L'encadrement a pu parfois être perçu comme trop présent, trop insistant, voire infantilisant.

*“Et dans les ACT une fois que vous y êtes arrivés comment ça s'est passé, vous pouvez me raconter un peu votre séjour ? Ben du coup c'est... * réfléchit * ils sont bien mais après je trouve un peu trop collant. *Ouais ?* Par exemple, quand il y a quelqu'un qui vient, il faut le dire... Si on part quelques jours il faut le dire... C'est collant. *soupire en souriant *. C'est chiant.” E6*

Un résident a vécu comme contraignant le fait qu'on l'oblige à voir un psychologue.

“On m'a imposé, ils m'ont imposé aux ACT, alors je l'ai fait pour leur faire plaisir, pas parce que j'avais envie ni que j'avais besoin, ils m'ont imposé de voir un psychologue. J'ai rien contre les psychologue, je les adore, ils font leur métier mais je n'en ressens pas le besoin.” E1

Il y a parfois eu des désaccords avec certains membres du personnel. Certains ont même pu avoir des mauvais contacts avec un des membres du personnel.

“Mais ce monsieur là j'ai jamais compris. Je ne sais pas comment on peut agir comme ça. C'est une pourriture cet homme, je ne sais pas comment le dire autrement. Et je n'ai jamais compris pourquoi il agissait comme ça. Je sais pas qui a décidé de lui confier cette tâche. C'est une personne sans cœur.” E5

Un résident a été déçu par une promesse non tenue des ACT.

“Au début, donc on m'a promis que j'allais pouvoir faire venir toute ma famille ici en France, pour faire une sorte de ce qu'on appelle la réunification familiale mais avec le temps j'ai compris que le temps passait, le temps passait et ils ne m'aidaient pas.” E5

3.3.4. Contraintes liées aux autres résidents

Certains résidents ont regretté le fait de ne pas pouvoir participer aux activités de groupe en raison d'un handicap pour un et parce qu'il ne pouvait pas laisser son chien seul pour un autre.

"Ça limite parce que moi je fais pas les sorties avec eux, vu que je peux pas les faire. Ben non, je peux pas sortir toute la journée et laisser mon chien enfermé dans l'appart, c'est pas possible.” E13

D'autres ont regretté de ne pas avoir pu créer de lien avec les autres résidents du fait de différences culturelles, de la barrière de la langue, du départ des résidents, de leur personnalité ou parce qu'il n'y avait pas assez d'activités organisées.

“Les personnes que vous aviez rencontrés au début du séjour pendant les repas là, vous aviez pas gardé contact après avec eux ? Non. Et puis beaucoup euh... Certains ne parlaient pas français, euh ou très peu. Euh d'autres sont partis au moment où moi j'arrivais. Voilà et puis d'autres que moi j'avais connus qui sont arrivés du lit halte santé où j'étais, donc que je connaissais déjà. ouais. Donc... avec qui j'ai pas... j'avais pas accroché là bas et que j'ai pas accroché non plus ici. Et puis bon, moi je suis un peu spécial hein, parce que... euh je mets longtemps avant de faire confiance à quelqu'un, à me... à m'attacher à quelqu'un. Voilà, j'ai tellement... tellement eu de problème dans mon... dans mon passé que je fais pas confiance comme ça.” E14

Du fait de ne pas avoir pu participer aux activités de groupe ou créer de lien avec les autres résidents, certains se sont sentis isolés au sein des ACT.

“Non, je suis tout seul, avec les gens qui habitent autour non. C'est absurde.” E7

3.3.5. Freins administratifs

Certains ont trouvé que le délai pour être accepté aux sein des ACT était trop long
“Après les ACT ils ont mis beaucoup de temps pour m'appeler, beaucoup de temps ! Après elle a contacté... Par ce qu'elle a fait la demande le mois de février, les ACT ils m'ont contactés je pense le mois de juin. *Ah oui, c'est long oui. Oui, ils ont mis du temps.*” E11

3.3.6. Propositions d'amélioration

Des résidents ont proposé l'acquisition ou l'aménagement d'un petit jardin en potager. Pour eux ceci permettrait d'occuper les résidents et d'améliorer leur moral.

“mais c'est vrai que aux ACT y'avait un petit jardin mais le petit jardin il appartient pas aux ACT il appartient au truc à côté. Et ça on pouvait pas... Et c'est vrai que si... je sais pas si dans le futur ils pourront avoir autre chose au niveau logement, c'est d'avoir des jardins tout ça pour faire travailler les gens. Faire travailler au jardin c'est dingue comment ça fait du bien à la tête, moi j'adore ça.” E3

Avoir plus d'activités de groupe au sein des ACT était une envie partagée par plusieurs résidents. Les activités et sorties étaient vues comme un moyen de créer des liens, de s'occuper et d'éviter de se renfermer sur soi et certains résidents trouvaient que les ACT en proposaient trop peu.

“Bon c'est vrai que à part ce repas rien n'était fait non plus pour qu'on puisse se rencontrer. Ce que moi j'ai toujours trouvé un peu dommage c'est que y'ait pas plus d'activité où... où c'est qu'on peut être ensemble quoi c'est à dire... peut être même lier des... des liens amical quoi euh.” E14

Un résident souhaitait que les logements soient aménagés pour les personnes à mobilité réduite.

Des résidents auraient apprécié que les logements soient dans des quartiers plus sécurisés. Une résidente en particulier pensait que les quartiers difficiles devraient être évités pour les femmes.

DISCUSSION

1. Récapitulatif des résultats

L'analyse des entretiens a mis en évidence que les ACT ont apporté une grande aide aux personnes interrogées. Cette aide est à la fois humaine, grâce au personnel travaillant au sein des ACT, et à la fois matérielle grâce au logement dont ont pu bénéficier les résidents durant leur séjour.

Les qualités humaines du personnel étaient aussi importantes que leurs compétences professionnelles. Les liens créés entre eux et les résidents ont fait partie des éléments permettant le succès des ACT. Un certain nombre de qualités humaines ont été reportées par les résidents interrogés. C'est probablement grâce à ces qualités qu'a pu s'instaurer entre eux un lien très fort et une proximité. Ce lien a facilité les rapports et leur a permis de se sentir sur un pied d'égalité avec le personnel et de développer une confiance mutuelle.

Plusieurs accompagnements proposés par les référents médicaux ont été utiles aux résidents. Nous retiendrons notamment la coordination du parcours médical, la supervision des rendez-vous et l'aide à la gestion des médicaments. Ils ont également joué un rôle important dans l'éducation thérapeutique.

Les résidents avaient la possibilité de demander plus ou moins d'aide en fonction de leurs besoins. Ils ont pu acquérir une autonomie et une liberté progressive, ont ainsi gagné confiance en eux et se sentaient plus à même de prendre des décisions concernant leurs vies. Pour quelques-uns, l'autonomie acquise pendant le séjour n'était pas suffisante pour leur redonner cette confiance.

Par leur présence, leur soutien permanent et leur attention aux états psychiques des résidents, le personnel des ACT a joué un rôle capital dans le soutien psychologique des résidents. Le soutien psychologique était parfois vu comme le déterminant du succès des ACT.

Un autre facteur décisif du succès des ACT selon les personnes interrogées était la structure même des ACT. En effet, celle-ci leur a procuré un toit, des aides matérielles et financières et leur a donné la chance de pouvoir expérimenter la vie en communauté.

Le fait d'avoir un toit et le confort matériel que cela apporte a offert aux résidents une tranquillité d'esprit qui leur a permis de se concentrer sur des sujets qui pouvaient

paraître secondaires lorsqu'ils étaient sans domicile fixe, comme prendre leurs médicaments ou avancer sur leur situation sociale ou médicale.

La vie en communauté permettait à celles et ceux qui se sont isolés pendant des périodes difficiles avant leur entrée en ACT de retrouver une vie sociale. Le partage de certains appartements ainsi que la mise en place, par les ACT, d'activités de groupe, ont permis aux résidents de nouer des liens entre eux, de nourrir un esprit de partage et de communauté, de maintenir la parole ouverte et d'éviter le repli sur soi.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces de l'étude

2.1.1. Réflexivité des chercheurs

Tout au long de notre travail, nous avons cherché à garder un effort de réflexivité :

- lors de l'élaboration du guide d'entretien en travaillant sur nos préjugés et nos a priori
- lors des entretiens en essayant de garder conscient nos préjugés et nos a priori
- lors de l'analyse des données, en essayant de garder une interprétation objective des paroles des personnes interrogés

2.1.2. Renforcement de la validité de l'étude

La validité interne de l'étude a pu être renforcée grâce :

- à la triangulation des chercheurs tout au long du travail de recherche
- à la participation aux ateliers méthodologiques proposés par le DUMG de Toulouse

La validité externe de l'étude a pu être renforcée par :

- l'inclusion de différents profils de patients
- l'inclusion de plusieurs ACT

2.1.3. Intérêt porté par les participants

Les résidents interrogés étaient pour la grande majorité enthousiastes à l'idée de parler de leur séjour en ACT et de partager leur expérience. La parole nous est apparue globalement ouverte, malgré quelques rares réticences sur certaines questions qui n'ont pas eu de retentissement sur nos résultats.

2.1.4. Originalité de l'étude

Il s'agit de la première étude qualitative s'intéressant au vécu des résidents des ACT en Occitanie. Il existe très peu d'études sur les ACT en général.

2.2. Limites de l'étude

2.2.1. Biais de représentativité

Premièrement, nous pouvons nous demander si notre population représente bien la population retrouvée au sein des ACT en France. Nous sommes aidés pour cela par les rapports d'activités annuels (10) qui dressent un tableau démographique des résidents. Nous pouvons noter tout d'abord la représentation des cancers qui composaient 16,3% des effectifs dans les ACT en régions en 2020 alors que nous n'en avons interrogé aucun. Toutes les autres pathologies principalement retrouvées au sein des ACT étaient présentes dans notre étude (Annexe II). De plus, il n'y avait pas de famille ou d'enfant dans nos interrogés mais ceux-ci sont minoritaires au sein des ACT. Aussi, une association était beaucoup plus représentée que les autres, ce qui a pu amener un biais dans notre population. La préférence pour cette association s'explique par la proximité que nous entretenions avec les responsables de cette association et par le refus d'autres associations du territoire de travailler avec nous. Ainsi, nous n'avons conduit nos entretiens qu'au sein de trois structures sur les dix-huit qui sont présentes en Occitanie. Cependant, étant conscients de cette préférence, nous avons mené plusieurs entretiens dans d'autres associations et les résultats étaient globalement similaires à ceux que nous avons obtenus auparavant.

2.2.2. Biais de sélection

Nous pouvons également évoquer un autre biais de sélection de notre étude qui est que le personnel des ACT ne nous a proposé pour des entretiens que des personnes qu'ils avaient sélectionnées eux même comme pouvant être intéressantes pour notre étude. Pour tenter de lever ce biais nous avons demandé régulièrement une exhaustive liste de tous les résidents qui étaient prévu pour sortir afin de sélectionner celles et ceux qui nous intéressent. Mais, malgré cette précaution, il est possible que l'on ne nous ait pas proposé ceux qui sont sortis façon moins anticipé. Par exemple, contre l'avis de l'équipe ou en raison d'un échec de l'accompagnement ou bien ceux qui étaient jugés comme trop instables pour répondre à nos questions. Malgré tout, certaines des personnes que nous

avons interrogées sont sorties sans logement et peuvent donc être considérées comme des échecs de l'accompagnement.

2.2.3. Biais de traduction

Nous avons réalisé deux entretiens avec l'aide d'un traducteur, cela a donc pu amener un autre biais. Et ce même si la consigne au traducteur était de coller le plus possible aux dires du résident.

2.2.4. Premier travail de recherche

Il s'agissait de notre première étude qualitative pour les deux chercheurs et pour nos directeurs de thèse. Ce manque d'expérience a pu mener à des erreurs dans le recueil et l'analyse des données. De plus, notre co-directrice de thèse qui nous apportait une aide méthodologique principalement a déménagé et a cessé de nous aider.

Il s'agissait de la première étude sur le sujet. N'ayant pas de travaux ultérieurs sur lesquels s'appuyer, il a pu être parfois difficile de déterminer une orientation à donner à notre étude. Raison pour laquelle elle a été voulue aussi large dans les questions posées et dans les hypothèses formulées.

2.2.5. Situation sanitaire

Le fait que notre étude se soit déroulée pendant la pandémie de COVID-19 a pu avoir une influence sur le ressenti des résidents et a prolongé sa durée. En effet, les résidents se sont exprimés sur le fait que la pandémie a perturbé le fonctionnement normal des ACT. Elle a limité la possibilité de faire des activités de groupe ou allongé la durée des démarches administratives. Certains se sont sentis plus isolés pendant cette période.

3. Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature

3.1. Le soutien et la valorisation des résidents est un élément essentiel

La disponibilité du personnel a été beaucoup mise en avant lors des entretiens. Leur écoute et le soutien psychologique qu'elles et ils prodiguent aux résidents au quotidien ont eu une place très importante dans l'amélioration globale et notamment de l'état psychologique (et par extension de santé) des résidents.

On pourrait supposer que cette disponibilité est en grande partie liée à l'appartenance du personnel à la structure ACT, et au fait qu'ils soient suffisamment nombreux pour

n'avoir que quelques résidents à charge chacun. Par exemple, dans les ACT de l'UCRM à Toulouse il y a 7 référents médicaux et 8 référents sociaux pour 39 places en ACT et 15 places "Hors les murs" (sans logement). Ainsi chaque membre du personnel est le référent de 6 à 8 patients. Cette répartition permettrait d'être plus présent auprès de chacun d'entre eux, de mieux les connaître et de favoriser la création de liens de confiance.

Une astreinte de nuit induit la disponibilité du personnel 24 heures sur 24 en cas de problème.

Des formations sur l'écoute active ou encore l'accompagnement de personnalités complexes sont suivies par certains référents, ce qui semble avoir un fort impact puisque l'écoute et le soutien sont ressortis comme de grandes aides pour la plupart des résidents.

Une étude canadienne a comparé les parcours de vie de deux groupes de personnes défavorisées sur le plan de la santé : un groupe d'hommes de 45 à 64 ans vivant en centre ville et un groupe de responsables de famille monoparentale (principalement des femmes). L'analyse du parcours de vie de ces personnes permettait de mettre en évidence des éléments récurrents qui semblaient avoir un impact positif sur la résilience ou au contraire des éléments affectant la capacité de rebondir ou de se sortir de difficultés.

Parmi les récurrences ayant un impact positif, l'étude retrouvait dans les deux groupes une rencontre avec un professionnel qui a su apporter du soutien et redonner confiance à un moment où ces personnes en avaient besoin. Celles dites non résilientes avaient au contraire le sentiment de ne pas être comprises ou respectées par les ressources sanitaires et sociales (11).

Cela appuie notre résultat sur l'importance du soutien humain dans l'amélioration de la situation de personnes précaires et fragiles.

Un résultat que nous trouvons intéressant à souligner est l'apparition chez certains résidents d'une envie d'aider les autres à leur sortie des ACT.

Des chercheurs et psychologues ont montré que lorsqu'une personne est témoin d'un acte de bienveillance, elle est elle-même sujette à avoir un comportement altruiste. Ces chercheurs appellent élévation morale le sentiment généré par l'observation de comportements altruistes, et qui mène à une augmentation de l'altruisme (12).

Il nous semble que l'envie d'aider les autres ressentie par certains résidents à leur sortie pourrait être expliquée par cette élévation morale, en lien avec la bienveillance ressentie et observée au cours de leur séjour en ACT.

Nous avons observé qu'il existe une contrepartie à la relation établie entre personnel et résidents : la proximité est parfois telle qu'il devient difficile pour certains résidents de quitter les ACT. La distance à l'autre, trop courte, ne permet sans doute pas de se détacher facilement du salarié et de la structure. Lors des entretiens les résidents ne l'ont pas exprimé comme un frein dans leur parcours, mais les émotions ressenties lors de la sortie pouvaient être difficiles à vivre. On peut aussi se demander si du côté des salariés les réactions émotionnelles ne sont pas similaires, et si cela n'entraîne pas une perte d'objectivité dans leur travail.

3.2. Les ACT sont un cadre idéal pour la promotion de la santé et l'éducation thérapeutique

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La notion de santé dans sa globalité, qui dépasse le cadre médical, est au cœur de ce processus : afin de promouvoir la santé comme état de complet bien-être physique, mental et social comme la définit l'OMS, la prise en compte de facteurs sociaux, environnementaux, et psychologiques est indispensable. Ainsi la Charte d'Ottawa adoptée en 1986 énumère un certain nombre de conditions et de ressources préalables indispensables à toute amélioration de santé, l'individu devant pouvoir notamment:

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un écosystème stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable (13).

L'accompagnement proposé par les ACT semble bien adapté à ce modèle de promotion de la santé, puisqu'il est justement basé sur une approche globale de la personne, dans un but d'acquiescer ou du moins de tendre vers l'acquisition de ces conditions (14).

Les ACT proposent en effet un accompagnement autour de 5 axes (15) :

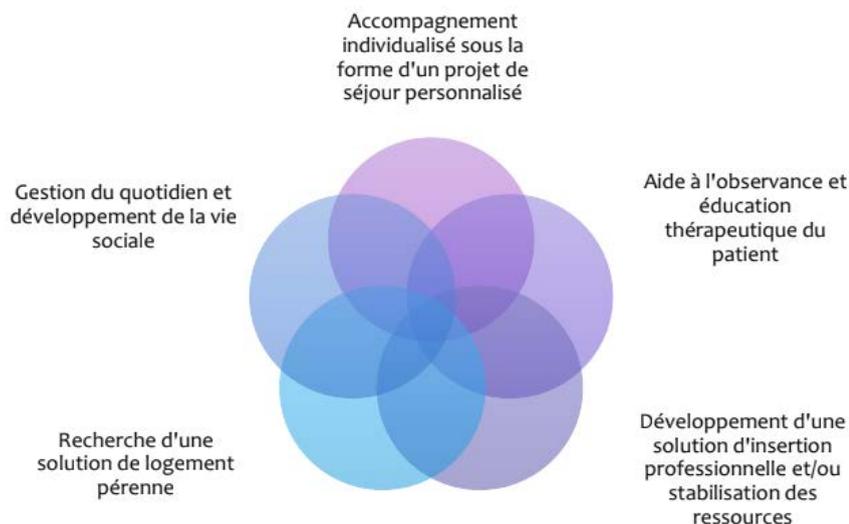


Figure 1 - Les 5 axes d'accompagnement des ACT

Cet accompagnement global dans les ACT est possible grâce à une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'infirmiers diplômés d'État (IDE) et de travailleurs socio-éducatifs.

L'accompagnement est adapté à chacun en fonction des situations et des degrés de besoins dans les différents domaines. Les cinq axes ne sont pas hiérarchisés, la priorisation se fait différemment selon les résidents en fonction de leurs situations (14). Nous l'avons bien vu lors de nos entretiens : les résidents ont eu un accompagnement personnalisé, adapté à chacun car leurs niveaux de besoins dans les différents domaines n'étaient pas comparables.

Le fait d'avoir une équipe pluridisciplinaire sur place, permettant un accompagnement autour des différents axes sur le même lieu est très apprécié, et particulièrement adapté pour les personnes en situation de précarité (14).

On pourrait aussi penser que la présence sur place du personnel leur permet de suivre très régulièrement l'évolution des situations des résidents, et d'adapter le suivi en fonction de cette évolution. L'équipe peut aussi se réunir entre elle plus facilement pour échanger sur la prise en charge et l'accompagnement de chaque résident. De plus cela semble être sécurisant pour les résidents qui peuvent faire appel à quelqu'un jour et nuit en cas de problème.

Un autre aspect de la prise en charge globale proposée par les ACT est la participation à des activités collectives. Pour des personnes qui ont été isolées socialement pendant une période de leur vie, cela favoriserait le renouement avec les relations sociales.

Cependant, nous avons vu que cela n'est pas toujours évident, notamment pendant cette période de crise sanitaire où les activités de groupe ont été drastiquement diminuées. Cela a été un frein important pour des résidents pour qui l'isolement social est un problème majeur. Une autre barrière pour la création de liens sociaux malgré les activités de groupes était celle de la langue, les ACT accueillant des personnes de différentes nationalités.

L'éducation thérapeutique fait partie des cinq axes d'accompagnement des ACT. Cela fait partie des missions de la double coordination médico-sociale des ACT définies par la circulaire DGS du 30 octobre 2002 (3).

Les missions de la coordination médicale comprennent :

- la constitution et la gestion du dossier médical ;
- les relations avec les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et les réseaux ville-hôpital ;
- la coordination des soins (HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...) ;
- l'aide à l'observance thérapeutique ;
- l'éducation à la santé et à la prévention ;
- les conseils en matière de nutrition ;
- la prise en compte éventuelle des addictions en lien avec le dispositif spécialisé ;
- le respect des conditions de sécurité (élimination des déchets...)
- le soutien psychologique des malades.

Les missions de la coordination psycho-sociale comprennent :

- l'écoute des besoins et le soutien ;
- le suivi de l'observance thérapeutique y compris lors des périodes d'hospitalisation ;
- l'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives ;
- l'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement, en s'appuyant sur les réseaux existants ;
- l'accompagnement lors des déplacements en cas de besoin.

On voit que parmi les missions, l'éducation thérapeutique occupe une place importante, aussi bien dans la coordination médicale que dans la coordination sociale. Ceci n'est pas étonnant puisque les ACT et les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ont une finalité similaire qui est l'autonomisation des patients (17).

Les résidents expriment également le besoin d'éducation thérapeutique dans leur prise en charge. Une étude réalisée en 2020 portée par l'université Sorbonne Paris Nord et la fédération Santé Habitat a cherché à caractériser les besoins en éducation thérapeutique des résidents des ACT. On retrouvait par exemple le besoin de s'en sortir seul sur la gestion de la santé en prévision de la sortie des ACT, le besoin d'avoir des informations sur leurs pathologies (comprendre pour être plus observant, pour transmettre des informations, pour se connaître), d'accepter sa maladie, l'envie d'apprendre à cuisiner, gérer des troubles du sommeil. Ce sont des besoins que les participants de notre étude ont également exprimés. L'étude proposait ensuite des interventions pour répondre à ces besoins, en prenant en compte la polypathologie et la situation de précarité (18).

Certaines interventions pour favoriser l'ETP au sein des ACT sont déjà en place. Les compétences du personnel requises pour dispenser l'ETP sont partagées par les équipes d'ACT : écoute, empathie, prise en compte du patient dans sa globalité... Plusieurs membres du personnel des ACT sont d'ailleurs formés en éducation thérapeutique.

L'accompagnement prodigué au sein des ACT permet aux résidents de développer des compétences nécessaires préalables à une démarche d'ETP. Il s'agit de développer la confiance envers les membres de l'équipe et les intervenants extérieurs, arriver à exprimer ses besoins, comprendre son corps, être capable de s'inscrire dans un projet de vie. Ces compétences sont particulièrement intéressantes à développer chez les personnes en situation de précarité, et permettent de leur donner envie d'entrer dans une démarche d'ETP (14,17).

Pouvoir bénéficier d'actions d'éducation thérapeutique sur place semble être important pour favoriser l'autonomie des résidents, et d'autant plus que les programmes d'ETP proposés par les ARS sont souvent peu accessibles pour les personnes en situation de précarité, et pas toujours adaptés à leur situation (polypathologie, barrière de la langue, comorbidité psychiatrique...). De plus, le passage des référents au domicile des résidents favorise l'ancrage des actions d'ETP dans le quotidien des personnes.

3.3. Le logement, une condition indispensable à l'amélioration de l'état de santé

Dans l'étude canadienne précédemment citée, il était mis en évidence le rôle déterminant de l'habitation comme élément intervenant dans la capacité à se sortir de difficultés. L'accès à un logement décent ressortait clairement comme facteur permettant la construction de la résilience, dans les deux groupes de personnes. Les interrogés l'expliquaient surtout par le sentiment de dignité que cela apportait : avoir un logement donne confiance et contre le sentiment d'échec.

Il est possible de trouver des similitudes entre les appartements de coordination thérapeutique et d'autres programmes ayant fait leurs preuves (19) inspirés du concept de "Logement d'abord" dit "Housing First" en anglais.

Le "Logement d'abord" est un principe développé aux Etats-Unis dans le début des années 90 par le Dr Tsemberis et dont l'idée est de fournir très rapidement aux personnes sans abris un logement sans condition (notamment sans obligation de se soigner d'abord) pour ensuite se concentrer sur le soin et l'accompagnement social (20). Cette idée a été développée initialement sur la base des personnes sans domicile présentant une pathologie psychiatrique mais a été par la suite élargie dans d'autres programmes aux personnes nécessitant des besoins élevés d'accompagnement. La différence principale avec les ACT est que le logement proposé dans le "Logement d'abord" est voulu comme un logement définitif. Il y a également le fait que dans les ACT la population ne se limite pas aux sans-abris mais également à toutes les personnes en situation de précarité. Cependant, des concepts développés dans ce type de programme trouvent un écho dans le cas de notre étude. Dans les huit principes fondamentaux du programme "Logement d'abord" en Europe, nous retrouvons "le logement est un droit humain de base" idée que nous avons également mis en avant dans nos résultats sous la formulation "Le fait d'avoir un toit était parfois vu comme un besoin primaire, prioritaire sur tout le reste." De plus, dans notre étude était retrouvé le concept selon lequel le fait d'obtenir un logement permettait d'obtenir une tranquillité d'esprit nécessaire à l'accomplissement de certains objectifs qui étaient considérés comme secondaires lorsque le résident n'avait pas de logement. Une étude qualitative menée aux Etats-Unis avec des personnes présentant une pathologie psychiatrique et accompagnées par un programme de "Logement d'abord" a montré que le fait de fournir rapidement un logement à des personnes sans abris leur a permis de

développer un sentiment de sécurité dans leur vie quotidienne appelé “sécurité ontologique” (21).

Il est impossible de parler d'ACT sans parler des appartements thérapeutiques utilisés par nos confrères psychiatres comme une extension à l'hospitalisation. L'idée étant de proposer un logement à des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique avec pour seule obligation de consulter régulièrement un psychiatre. Le patient gère seul la prise de son médicament et sa vie quotidienne (22). Cette démarche se rapproche donc beaucoup dans l'idée des ACT car il y a cette même volonté d'autonomisation progressive de la personne en lui proposant un encadrement adapté à ses besoins ainsi que cette même alliance entre soignants et patients autour d'un projet de soin commun. Dans son article Livia Velpry, qui a réalisé des entretiens avec des personnes suivies en appartement thérapeutique, met en avant le double rôle du personnel de ces appartements qui agit à la fois comme soignant et comme bailleur. Il s'agit donc d'un levier d'action pour les soignants qui peuvent faire valoir ce statut de bailleur pour encourager le patient à participer à l'alliance thérapeutique de façon active (22). Nous pourrions donc également faire cette hypothèse pour les ACT qui ont un mode de fonctionnement similaire à ce niveau.

3.4. Proposition d'axe d'amélioration des ACT

Lors de nos entretiens, les résidents ont pu exprimer des propositions d'amélioration. Les propositions directement émises étaient les suivantes :

- Créer un potager : dans l'idée de permettre aux résidents qui le souhaitent de jardiner et de s'occuper du potager, pour s'aérer l'esprit.

- Proposer plus d'activités de groupe : certains résidents ont ressenti un manque de liens sociaux et auraient souhaité faire plus de sorties ou d'activités avec les autres résidents.

- Mieux aménager les logements pour les personnes handicapées : pour les résidents concernés, proposer des appartements qui soient adaptés ou mettre en place les aménagements nécessaires.

- Installer les logements dans des quartiers plus sécurisés : dans l'idéal de façon générale et plus particulièrement pour les femmes et les personnes qui peuvent se sentir vulnérables ou en insécurité.

- Inclure un psychologue dans la structure (en Occitanie 29% des ACT comptent un psychologue dans leur équipe, pour une moyenne nationale à 75% (10)).

Nous avons également formulé des propositions à partir de problèmes qu'avaient rencontré certains résidents au cours de leur séjour ou à l'approche de leur sortie :

- Faire en sorte que chaque résident soit autonome dans la prise de ses traitements à la sortie : en renforçant l'éducation thérapeutique, en mettant le résident au cœur de celle-ci et en évaluant régulièrement ses connaissances nécessaires à son autonomie dans la gestion de ses traitements. En anticipant aussi la question de la traduction dans ces actions d'ETP lorsque c'est nécessaire.

- Préparer à la sortie en douceur : ce problème de la sortie qui peut paraître brutale a cependant connu des améliorations depuis le début de notre thèse, avec la mise en place du dispositif «Hors les murs » qui permet de garder un suivi au sein de la même structure, même après le départ du logement temporaire, pour les résidents qui en ont besoin.

- Inclure les résidents qui le souhaitent dans l'éducation thérapeutique de leurs pairs : ce concept de pair-aidance a également été proposé par les auteurs de l'étude sur les besoins en éducation thérapeutique dans les ACT. L'idée est que les résidents actuels ou anciens qui le souhaitent peuvent participer en tant qu'animateur à des ateliers ou des groupes de paroles en rapport avec leur pathologie ou leur parcours (18).

Une suggestion qui revenait également souvent, mais qui ne relève pas de modifications des ACT en tant que telle, est d'augmenter le nombre de places. Les résidents avaient conscience que les demandes dépassaient les possibilités, et auraient aimé que le nombre d'hébergement en ACT soit plus important. Le rapport annuel sur l'année 2020 indique pour la région Occitanie un nombre de candidatures de 771, pour 128 admissions (10).

3.5. Ouverture

En suivant la méthodologie que nous avons choisie, nous nous sommes concentrés sur des résidents qui venaient juste de sortir des ACT. Ceux-ci étaient donc encore très motivés par leur séjour. Il pourrait donc être intéressant de mener une étude quelques mois, voire années après pour savoir ce qu'il reste de leur expérience aux ACT.

De plus, nous ne nous sommes intéressés qu'au point de vue des résidents.

Interroger les membres du personnel pourrait donner une nouvelle perspective sur les mécanismes ayant pu aider ou freiner les résidents dans leurs progrès au sein de la structure. En effet, les résidents ont une vision très centrée sur eux même et ont parfois des

difficultés pour prendre du recul et comprendre ce qui a pu faciliter ou ralentir leur évolution.

CONCLUSION

Les résidents se sont globalement montrés très satisfaits de leur séjour en ACT, il a pour nombre d'entre eux permis de passer une étape difficile et de résoudre des problèmes de vie complexe. Certains se sont même exprimés sur des changements personnels profonds qu'ils jugent avoir accomplis avec l'aide des ACT.

Pour arriver à de tels résultats deux grands axes ont été mis en avant.

Premièrement, l'aide apportée par le personnel a été une ressource capitale pour eux. Ils ont pu développer une relation de confiance et de respect mutuel qui les a aidés à gagner progressivement en confiance en eux et en autonomie. Le personnel a proposé un encadrement plus ou moins présent en fonction des besoins exprimés par les résidents, ce qui a été vécu comme valorisant. Ils se sont sentis soutenus et épaulés, que ce soit sur le plan social, médical ou psychologique. Cet accompagnement a permis de créer un environnement propice à l'éducation thérapeutique, qui prenait en compte leur santé dans sa globalité.

Parallèlement, c'est la structure même des ACT et son organisation qui ont eu un rôle bénéfique dans leur parcours. Le simple fait de proposer un logement à ces personnes leur apportait le confort matériel suffisant pour les aider à avancer sur tous les autres problèmes qu'ils ne pouvaient résoudre auparavant par manque de temps ou de disponibilité d'esprit. D'autre part, la vie en communauté a donné à certains la possibilité de se sentir moins isolés.

D'autres résidents se sont exprimés sur des sujets qui ont pu freiner leur progression. Cela pouvait être lié au règlement vécu comme trop contraignant, un mauvais contact avec un membre du personnel, une sensation d'isolement au sein des ACT ou bien une difficulté directement liée au logement.

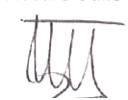
Nous avons donc pu grâce à notre étude apporter un certain nombre d'éclaircissements sur les mécanismes facilitant ou ralentissant les progrès des personnes accompagnées par les ACT. Il serait sûrement possible d'en découvrir d'autres en utilisant une autre méthodologie. On pourrait imaginer par exemple ne plus s'entretenir uniquement avec les résidents mais également avec les membres du personnel ou bien décider de les recontacter quelques mois ou années après pour observer avec le recul ce qu'il reste de leur séjour.

Vu
Toulouse le 29/08/2022


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 01/09/2022

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



BIBLIOGRAPHIE

1. Direction Générale de la Santé. Circulaire n°65 du 17 août 1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structure d'hébergement pour personnes malades du Sida. août 17, 1994.
2. Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/DIV-sida/DSS/1 A/DAS n° 99-171 du 17 mars 1999 modifiant la circulaire n° 65 du 17 août 1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes malades du sida. mars 17, 1999.
3. Direction Générale de la Santé. Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique. oct 3, 2002.
4. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. avr, 2007.
5. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1 avr 1993;2(2):153-9.
6. Wresinski J. Grande Pauvreté et Précarité économique et sociale. févr 28, 1987 p. 13.
7. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford University Press; 2001. 365 p.
8. Que sont les inégalités sociales de santé ? [Internet]. Vie publique.fr. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur:
<https://www.vie-publique.fr/fiches/37861-inegalites-sociales-de-sante>
9. Commission on Social Determinants of Health, Organisation Mondiale de la Santé. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2009 [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
10. Olivier J. Bilan national d'activité des appartements de coordination thérapeutique 2020 [Internet]. Fédération Santé Habitat; 2021. Disponible sur:
https://www.sante-habitat.org/la-federation/bilan-national-des-act/item/download/979_84e2e24249bcdb7d18854bfc4ef3e9b0
11. Roy B, De Koninck M. La recherche qualitative sur les inégalités sociales de santé: le parcours de vie. Can J Public Health. 1 mars 2013;104(2):e154-8.
12. Schnall S, Roper J, Fessler DMT. Elevation Leads to Altruistic Behavior. Psychol Sci. 1 mars 2010;21(3):315-20.
13. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Organisation mondiale de la Santé;

1986 nov p. 6.

14. Chischportich C, Castelain V, Nzitunga L. Développer l'éducation thérapeutique du patient dans les appartements de coordination thérapeutique [Internet]. FNH-VIH et autres pathologies; 2013. Disponible sur:
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2013/09/Guide_ETP_FNH_VIH.pdf
15. UCRM. Livret d'accueil - Appartement de coordination thérapeutique « Samarie » - Site de Toulouse. 2021.
16. Rofidal T, Pagano C. Des besoins fondamentaux aux besoins spécifiques. In: Projet individuel et Stimulation basale® [Internet]. Toulouse: Érès; 2018 [cité 12 août 2022]. p. 103-18. (Trames). Disponible sur:
<https://www.cairn.info/projet-individuel-et-stimulation-basale--9782749257266-p-103.htm>
17. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. *Obésité*. juin 2007;4(1):39-43.
18. Marchand C, Communier A, Maurice A, Njantou P, Vilder C, Figiel S, et al. Besoins éducatifs en santé en Appartement de Coordination Thérapeutique. *Sante Publique (Bucur)*. 18 juill 2022;34(1):9-19.
19. Beaudoin I. Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique. *Drogue Santé Société*. 2016;14(2):43-69.
20. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities. *Psychiatr Serv*. avr 2000;51(4):487-93.
21. Padgett DK. There's no place like (a) home: ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med* 1982. mai 2007;64(9):1925-36.
22. Velpry L. Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques. *Rev Fr Aff Soc*. 2009;(1-2):171-86.

Annexe I : Tableau des caractéristiques des interrogés

Entretien	Âge	Sexe	Pathologie	Nationalité (Interprétariat)	Durée de séjour	Projet de sortie
1	53	M	VIH	Française	19 mois	Logement SIAO
3	57	M	Maladie de Verneuil	Française	22 mois	Appartement
4	45	M	Séquelles d'AVC, insuffisance rénale chronique sévère, pathologie cardio-vasculaire	Française	24 mois	Appartement
5	53	M	Insuffisance hépatique, diabète, maladie hématologique	Georgienne (Interprète physique)	12 mois	Appartement
6	25	M	Epilepsie	Française	12 mois	Hébergement ESAT, Travail
7	58	M	Pathologie cardio-vasculaire	Bulgare (Interprète téléphonique)	30 mois	Retour à la rue
8	49	M	Tuberculose	Congo-Brazzaville	14 mois	Appartement Formation pro
9	26	M	Hépatite B+D	Guinéenne	27 mois	Logement temporaire UCRM Régularisation papiers, travail
10	25	F	Drépanocytose	Camerounaise	24 mois	Foyer d'hébergement Régularisation papiers, contrat travail en cours

Entretien	Âge	Sexe	Pathologie	Nationalité	Durée de séjour	Projet de sortie
11	32	F	VIH	Algérienne	21 mois	Appartement Travail
12	49	F	Cardiomyopathie, Diabète, Dépression, Cirrhose	Belge	24 mois	Appartement
13	48	M	Cardiopathie	Française	20 mois	Appartement
14	50	M	Obésité morbide, BPCO	Française	24 mois	Appartement Anxiété à la sortie +++

Annexe II : Caractéristiques démographiques des interrogés et comparaison avec la population ACT régionale

Caractéristiques	Etude	Stat Occitanie bilan ACT 2020
Genre	Homme 76.9% Femme 23.1%	Homme 63% Femme 34%
Âge	Plus de 45 ans : 69.2% Plus de 55 ans : 15.4%	Plus de 45 ans : 52% Plus de 55 ans : 25%
Nationalité	Française : 46.2% Autre : 53.8%	Française 53.5% Autre 46.5%
Pathologie	VIH 15,4% Diabète 15,4% Pathologie hépatique 23% Pathologie cardiovasculaire 30,7% Tuberculose 7,7% Drépanocytose 7,7% Obésité 7,7% Epilepsie 7,7% Plusieurs pathologies chroniques 30,8%	VIH 18,8% Diabète 8,7% Pathologie hépatique 2,9% Pathologie cardiovasculaire 4,8% Plusieurs pathologies chroniques 56,6%
Durée de séjour moyenne	21 mois	18,6 mois

Guide d'entretien

Age :

Sexe :

Pathologies :

Nationalité :

1/ Pour commencer pouvez-vous me parler de votre parcours (vie ?) avant d'arriver en ACT ?

- Comment étiez-vous logé ? Avec qui viviez-vous ? Aviez vous un travail ?
- Suivi médical ? Prise en charge de la pathologie ? Entourage familial ?
- Qui vous y a orienté ? Pourquoi pensiez vous que c'était nécessaire ?

2/ Comment avez-vous vécu votre séjour dans l'ACT ?

- Sur le plan des objectifs, avez vous atteint ce que vous aviez défini à l'arrivée ?
- Sur le plan relationnel, comment cela s'est passé avec le personnel ? Avec les autres occupants ?
- Comment appréhendez-vous la sortie ?

3/ D'après-vous quel a été l'aspect qui a été le plus bénéfique pour vous ? Qu'est ce qui vous a aidé à aller mieux ?

4/ Avez-vous des remarques sur des aspects pouvant être améliorés ?

Guide d'entretien

Age :

Sexe :

Pathologies :

Nationalité :

1/ Pour commencer pouvez-vous me parler de votre vie avant d'arriver en ACT ?

Logement - *Comment étiez-vous logé ? Avec qui viviez-vous ?*

Travail - *Aviez vous un travail ? Si oui lequel ?*

Santé – *Comment qualifieriez-vous votre état de santé antérieur ?*

Entourage – *Comment étiez-vous entouré ? Qui vous a soutenu pendant cette période ?*

Psychologie – *Dans quel état d'esprit vous décririez-vous ?*

2/ Comment avez-vous été orienté en ACT ?

Qui vous y a orienté ? Pourquoi pensiez vous que c'était nécessaire ?

3/ Pouvez-vous me raconter votre séjour dans l'ACT ?

Objectifs - *Avez vous atteint les objectifs ce que vous aviez défini à l'arrivée ? Comment a évolué votre état de santé / état d'esprit / situation financière / situation administrative pendant le séjour ? D'après vous qu'est ce qui vous a aidé dans cette évolution ?*

Relationnel - *Comment cela s'est passé avec le personnel et les autres occupants ? (Avez-vous pu garder contact avec vos proches ?)*

4/ Qu'est que ce séjour a changé pour vous ? Positif ou négatif

5/ Comment appréhendez-vous votre sortie ?

6/ Avez-vous des remarques sur les ACT ? Sur des aspects pouvant être améliorés ?

Annexe V : Exemple de lettre d'information aux recruteurs

Bonjour x,

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de nous répondre et de nous avoir envoyé cette liste.

Nous avons donc choisi y.

Je reprends ici un petit récapitulatif des informations principales à donner aux personnes participantes :

- Nous sommes deux chercheurs (ne pas dire médecins) qui réalisons une étude sur les ACT, nous avons pour cela besoin de nous entretenir avec des personnes y ayant séjourné. (Il serait bien de ne pas leur dire ou sous-entendre qu'ils ont été sélectionnés pour participer à l'étude mais que c'est plutôt le fruit du hasard s'ils ont été choisis)
- Les entretiens se feront chez eux si cela leur convient, ou dans un bureau s'ils préfèrent.
- Les entretiens dureront entre 15 minutes et 1 heure, ils peuvent décider de partir à tout moment.

Pour fixer une date et une heure, le mieux reste que tu nous communique leurs numéros s'il sont d'accord mais s'ils préfèrent nous appeler directement voilà nos numéros :

Arnaud : xxxxxxxxx

Élodie : xxxxxxxxx

Merci et bonne journée !

Élodie et Arnaud

Annexe VI : Exemple de formulaire d'information et de consentement vierge

Formulaire d'information et de consentement

Tout d'abord nous vous remercions de participer à notre étude sur les appartements de coordination thérapeutique.

Je vais vous poser plusieurs questions en rapport avec les appartements et votre vie, vous êtes libre de répondre ce que vous voulez, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Nous ne jugerons pas vos paroles. Si vous ne comprenez pas certaines de nos questions, n'hésitez pas à nous le dire. Vous êtes également libre de mettre fin à l'entretien à tout moment et sans justification de votre part. L'entretien durera entre 15 minutes et trente minutes en fonction de ce que vous aurez à nous dire.

Sachez que cet entretien sera enregistré, si vous êtes d'accord, et que ces enregistrements seront écoutés, retranscrits puis supprimés. Nous ne ferons pas écouter ces enregistrements à des personnes extérieures à cette étude. Une partie des retranscriptions pourra être publiée. Les données recueillies sont anonymes, il ne sera pas possible de vous identifier à partir de ces données.

Si vous avez des questions sur le déroulement de cet entretien, n'hésitez pas à nous les poser.

Je consens de façon libre et éclairée à participer à cette étude sur les appartements de coordination thérapeutique :

Nom :

Signature :

Date et heure :

Lieu :

Nom et prénom du chercheur :

Signature du chercheur :

Les deux chercheurs, Élodie Bertho et Arnaud Grémillon, déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en rapport avec le sujet de l'étude.

Annexe VII : Exemple du tableau de codage

Sous-thèmes	Thème	Catégorie	Code	Entretien 14	Entretien 13	Entretien 12	Entretien 11	Entretien 10
Absence de jugement par le personnel	A) Aides	3.h) Personnel ACT	Se sent libre de dire ce qu'elle pense avec le personnel des ACT car ne se sent pas jugée				les travailleurs.. euh... "réfléchis" c'était pas pareil. Ils sont sympa ! On dirait que on les connaît... Déjà, il y a pas les prénoms, directement par le nom... euh... "réfléchis" Tu dis euh... Pardon, vous disez ce que vous voulez, ce que vous pensez...	
Accompagnement aux rendez-vous si besoin	A) Aides	3.h) Personnel ACT	L'IDE des ACT lui a proposé de l'emmener à ses RDV médicaux		Je dis "Pas vu le temps qu'il fait ?" parce que "tu n'as pas regardé le temps qu'il fait ?"			
Accompagnement et encadrement par le personnel	A) Aides	3.h) Personnel ACT	Aidée par accompagnement et encadrement par le personnel des ACT					Ca m'a beaucoup aidé l'encadrement et tout, l'accompagnement, le personnel toujours présent,
Accompagnement et encadrement par le personnel	A) Aides	3.h) Personnel ACT	Aidée par accompagnement et encadrement par le personnel des ACT					Ca m'a beaucoup aidé,
Accompagnement et encadrement par le personnel	A) Aides	3.h) Personnel ACT	Aidée par accompagnement et encadrement par le personnel des ACT					Ah oui c'était, du jour comme de la nuit ils étaient présents, tout ça. M'accompagner, me remonter moralement et tout. Ca m'a vraiment moi mon passage aux ATC ça m'a beaucoup, beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup soulagée, beaucoup beaucoup aidé.
Accompagnement et encadrement par le personnel	A) Aides	3.h) Personnel ACT	Aidée par accompagnement et encadrement par le personnel des ACT					Ca, ça m'a beaucoup aidé vraiment. Ca m'a beaucoup aidé * soupire * et surtout que c'était entre de bonnes mains.
Accompagnement et encadrement par le personnel	A) Aides	3.n) Parcours dans les ACT	Progrès aux ACT est le fruit de son travail et du bon encadrement par le personnel					Je suis sortie de là vraiment en étant très contente. Parce que durant tout le séjour j'ai été vraiment bien encadrée, j'ai été vraiment bien orientée et tout et tout.
Accompagnement idéal aux ACT	A) Aides	3.h) Personnel ACT	Accompagnement idéal aux ACT					Du coup en arrivant aux ATC, avec l'accompagnement et tout, qui est vraiment idéal, ah ouai qui est vraiment idéal, ça m'a beaucoup aidé.

Annexe VIII - Extrait de retranscription de l'entretien numéro 10

Qui est-ce qui vous avait parlé des ACT, qui est-ce qui vous a...?

Euh des ACT, qui est-ce qui m'a parlé des ATC... C'est mon assistante de l'Hôpital 1, ouai, c'est elle qui m'a parlé des ATC... qu'est-ce qu'elle m'a dit, par rapport à ma pathologie déjà. Au premier foyer c'était pas évident. Pour moi déjà la nutrition ça fait partie euh, de mon traitement quotidien. Et là bas ça n'était pas évident vraiment, au premier foyer. Et du coup, chaque fois que j'allais la voir on en parlait. Parce qu'il y avait des jours où je ne prenais pas les médicaments, ah ouai. Quand j'ai faim, je peux pas prendre... parce que je prenais vraiment beaucoup de médicaments et tout. Quand j'ai faim... j'avais faim je pouvais pas. Après elle m'a dit bon, on va voir, il y a les ATC, ATCT, on va essayer d'envoyer les dossiers, on va voir. C'est comme ça qu'on a envoyé les dossiers. C'était dans deux, deux ATC c'était Association 1 et Association 2. Après Association 1 ils m'ont pas, ils m'ont appelé pour l'entretien ils m'ont pas accepté. Association 2 ils m'ont contacté... Ouai non c'était pas Association 2 qui m'a contacté. Après quand j'ai encore été hospitalisée là en 2018, en octobre, c'était vraiment... intense. Je suis même passée par Hôpital 2 en réanimation.

D'accord.

Ouai c'était... Après je suis allée chez mon spécialiste, j'ai fait une semaine, à l'oncopole. Après ma sortie j'ai rencontré le spécialiste qui est venu me voir. Il m'a demandé comment ça allait il m'a demandé et tout. Pourquoi j'ai fait cette grosse crise et tout. Je lui ai fait comprendre que... Je ne vais pas lui mentir il y a des jours où je n'arrive pas à boire les médicaments. Parce que j'ai faim. Et je ne peux pas boire les médicaments sans rien manger et tout. Après il m'a demandé des nouvelles des appartements. Je lui ai fait comprendre que bon pour les appartements il y avait Association 1 qui m'a répondu déjà... la réponse était pas bonne, négativement, et il manquait que la réponse de Association 2. Et il a dit d'accord, il va essayer de contacter le Docteur 1. C'est comme ça qu'ils ont... il a contacté le Docteur 1 et après plus tard, Docteur 1 m'a contacté. Et il m'a donné un rendez-vous. Donc c'est comme ça je suis venue à l'entretien et après je suis venue. Ça a été validé et ils m'ont accordé.

Et vous pensiez que c'était nécessaire, les ACT ?

Ah oui oui ! Ah si ce n'était pas les ATC, les ATCT, euh si j'étais dans un autre foyer... je pense pas hein. Bon je ne sais pas comment les autres foyers se passent, bon (...) peut être l'exemple euh... du premier foyer où j'étais, si c'était (...) je ne pense pas que je serais encore en vie quoi. Bon pas parce que... bon par rapport au, parce que... j'étais dans une étape où il fallait vraiment euh, un soutien moral, un soutien médical ... Vous voyez un peu, oui. Donc ces deux accompagnements m'ont beaucoup aidés. Et dans l'autre foyer y'avait pas ça, y'avait peut-être un soutien moral mais pas un soutien médical. Oui parce que le soutien médical aussi ça compte, quand tu as l'infirmière de remonter moralement, d'être à l'écoute et tout et tout. Ça, ça m'a beaucoup aidé vraiment. Ça m'a beaucoup aidé * soupire * et surtout que c'était entre de bonnes mains.

C'était comment ? (pas compris la fin de sa phrase)

J'étais entre des bonnes mains aux ATC, j'étais vraiment... Ça n'a pas été facile pour moi hein ! Je peux vous le dire, si vous parlez avec eux, quand j'ai appris que je quittais les ATC, ça a été un deuil pour moi. C'était, c'était trop triste. TROP TROP triste. *baille *

Et au niveau financier, avant les ACT, comment vous faisiez ?

Au niveau financier ? Je n'avais pas un centime ! Je n'avais même pas un centime ! J'ai commencé à toucher un centime à partir des ATC, quand je suis arrivée parce que c'est là bas qu'on donnait l'aide alimentaire. On chargeait la carte de bus, on donnait l'aide alimentaire. * petit rire * Avant ça je n'avais même pas un centime ! Je n'avais même pas un centime !

Que comme j'étais aux Quartier 1 peut-être si j'ai faim, peut-être sortir même m'acheter même un biscuit a manger mais je n'avais pas hein ! C'est aux ATC que j'ai commencé à avoir euh, les sous par rapport à l'aide alimentaire qu'ils donnent là bas. Et ils me chargeaient aussi la carte de transport. Mais avant ce n'était pas * soupire * et manger aussi à ma faim hein, ouai.

On vous donnait des repas dans le foyer aux Quartier 1 là ?

Ouai. On donnait le repas le matin il fallait se lever tôt. Il y avait l'heure pour déjeuner de 7 heures euh... je pense de 6 heures à 8 heures. J'ai un peu oublié les horaires. Oui je pense de 8h à 6h, euh de 6h à 8h. Et après il fallait manger de midi à 14 heures, il fallait être ponctuel et être là. Et après aussi il y avait des tâches à faire, tu ne fais pas ta tâche tu n'as pas le droit au repas, c'était un peu... Et du coup j'avais eu ... * soupire * une très mauvaise image là bas. Il m'avait vraiment fait... J'étais malade, j'étais bien malade j'étais couchée ! Parce dans notre pathologie... je peux être avec vous là comme c'était avant, je me sens mal là, je peux plus me lever hein ! Ah oui jusqu'à ce que je prend un anti inflammatoire qui va .. J'en pouvais plus j'étais malade ! J'étais couchée, je pouvais pas me lever, c'était mon tour de faire le ménage. * soupire * Je pouvais pas descendre, j'étais vraiment malade. Le temps pour moi de prendre les médicaments, et je l'ai pris à jeun, déjà, parce que là bas il fallait même pas monter avec un biscuit dans la chambre. C'était interdit. Je prend le médicament à jeun, l'estomac chauffait et tout, la douleur a un peu baissée, je suis descendue voir la dame du jour qui s'occupait des repas. Je lui ai expliqué et elle m'a dit non hein, j'ai pas... j'ai pas travaillé j'ai pas le droit au repas hein ! *Petit rire * Ah oui, j'ai essayé de lui ai expliquer : regardez ! Elle me dit non non non ce sont les règles, ah oui les règles c'est les règles. Il n'y a pas d'exception. Et c'est de ça même je pense même c'est peut être même par rapport à ça que... * soupire * La douleur, parce que je dis non seulement je n'avais pas mangé j'ai bu le médicament et... je me suis affaiblie je pense ... J'ai même été hospitalisée directement par rapport à cela. Ah oui. Parce qu'a un moment donné je me suis affaiblie. Parce qu'avec notre pathologie, l'excès de famine, ça t'affaiblit, ça te fatigue ! C'était pas, c'était pas évident quoi. C'était très dur.

Une fois arrivée dans les ACT du coup, vous pouvez me raconter un petit peu votre séjour ?

Oui quand je suis arrivée aux ATC, * essaye de se reprendre sur la prononciation * ATCT, ACT, ouai je... le 21 novembre 2018... ouai, je commence par le collectif, au 92. Je pense on était 10 chambres, au collectif, chacun sa chambre, ouai, son espace personnel comme ça. On avait la cuisine, et la salle euh... le salon pour recevoir des étranger, des visiteurs, oui, et la cuisine en commun. Mais chacun faisait son repas, déjeunait et tout. Il y a aussi les horaires mais, c'est toi qui a ton déjeuner. Mais je sais que si je dors jusqu'à 9 heures, je ne vais plus déjeuner, je vais seulement attendre d'aller manger à midi oui parce que les règles c'est partout. Et on le respectait quand même, aussi, du coup. C'est là où quand je suis (...) à mon arrivée, ça n'a pas été, j'étais vraiment très très malade et tout. Et l'accompagnement, * en baillant * l'infirmière et les travailleurs social, ils m'ont accompagnés. Ils sont très très gentils. Ils m'ont vraiment vraiment soutenu. Et, * en riant * tout le personnel des ATC sont gentils, je n'ai pas trouvé une mauvaise personne là bas ! Ils sont identiques, en commençant par le personnel au (...), tous tous tous tous, ils ont vraiment été... Ca m'a beaucoup aidé. Vous voulez que j'entre dans les détails comment ?

Oui après, racontez moi un peu, combien de temps vous êtes restés dans le collectif ?

Ouai dans le collectif, je suis arrivée en novembre comme je vous l'ai dit en novembre 2018, le 21 novembre 2018, et je suis quittée le... 10 avril 2019. Pour cohabitation. C'était de la cohabitation à deux personnes. Euh, je quitte de là pour ici, maintenant. J'ai fait pratiquement ... disons 5 mois, 6 mois, 5 mois dans le collectif. Oui 5 mois. Ouai ça se passait toujours bien, bien bien.

Annexe IX : Avis favorable du comité d'éthique du CNGE



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

N°IRB / IRB00010804

A Paris, le 18 Juillet 2019,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude « Vécu des patients concernant leur séjour en appartement de coordination thérapeutique »

AVIS 110719116

Les chercheurs proposent une étude visant à explorer le vécu des patients concernant leur séjour en appartement de coordination thérapeutique.

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de ce projet.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

AUTEUR: Élodie BERTHO et Arnaud GRÉMILLON

TITRE: Vécu des patients de leur séjour en appartement de coordination thérapeutique en Occitanie

DIRECTEURS DE THÈSE: Dr Pierre RAZONGLES et Dr Mathilde BÉRODIER

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE: Salle des thèses de Purpan, le 22 septembre 2022

Introduction : Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) hébergent et permettent une prise en charge pluridisciplinaire de personnes atteintes de maladies chroniques somatiques en situation de précarité. **Objectif :** Explorer le ressenti des résidents sortants d'ACT vis-à-vis de leur parcours médico-psycho-social afin de déterminer ce qui a pu les aider ou les freiner dans l'amélioration de leur situation. **Matériel et méthode :** Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 résidents. Analyse inductive des données de type thématique. **Résultats :** Le soutien du personnel, l'autonomisation progressive, la stabilité procurée par l'hébergement, et la socialisation via les activités collectives ont été essentiels pour les résidents. Des améliorations sont possibles sur les logements et la fréquence des activités de groupe. **Conclusion :** Les résidents en ACT nécessitent une prise en charge globale, dans un lieu sécurisant avec un personnel formé et à l'écoute.

TITLE : Experience of patients during their stay in a therapeutic coordination apartment in Occitanie

Introduction : The therapeutic coordination apartments (TCA) host and allow a multidisciplinary care for people with chronic somatic diseases in precarious situations. **Objective :** To explore the feelings of residents leaving TCA regarding their medico-psycho-social journey in order to determine what may have helped or hindered them in improving their situation. **Material and method :** Qualitative research by semi-directed interviews with 14 residents. Thematic inductive data analysis. **Results :** Support from staff, progressive empowerment, stability provided by accommodation, and socialization through communal activities have been essential for residents. Improvements are possible on accommodation and frequency of communal activities. **Conclusion :** TCA residents require comprehensive care, in a safe place with trained and attentive staff.

Mots-Clés: Précarité, Maladie chronique, Appartement de coordination thérapeutique

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 9 France