

## Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 31 mai 2021

Par

Lucile Etieue

Né(e) le 3 octobre 1994 à Châteauroux

### **Prise en charge médicale et observance thérapeutique chez les sans domicile-fixes**

Thèse dirigée par Annick Rousseau

Examineurs :

M. Courtioux Bertrand, Professeur, Faculté de Pharmacie de Limoges (JUGE)

M. Jost Jérémy, docteur en pharmacie et maître des conférences, Faculté de Pharmacie de Limoges (JUGE)

Mme. Edwige Bonnet, docteure en pharmacie, Faculté de Pharmacie de Lyon (JUGE)

Mme. Annick Rousseau, docteure en pharmacie, Faculté de Pharmacie de Limoges (membre invité)

Mme. Karen Vercellin, professeur, Faculté de Pharmacie de Limoges (membre invité)





## Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 31 mai 2021

Par Lucile Etieue

Né(e) le 3 octobre 1994 à Châteauroux

### **Prise en charge médicale et observance thérapeutique chez les sans domicile-fixes**

Thèse dirigée par Annick Rousseau

Examineurs :

M. Courtioux Bertrand, Professeur, Faculté de Pharmacie de Limoges (JUGE)

M. Jost Jérémy, docteur en pharmacie et maitre des conférences, Faculté de Pharmacie de Limoges (JUGE)

Mme. Edwige Bonnet, docteure en pharmacie, Faculté de Pharmacie de Lyon (JUGE)

Mme. Annick Rousseau, docteure en pharmacie, Faculté de Pharmacie de Limoges (membre invité)

Mme. Karen Vercellin, professeure, Faculté de Pharmacie de Limoges (membre invité)



## Liste des enseignants

---

Le 1<sup>er</sup> octobre 2020

### DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Bertrand **COURTIOUX**

### VICE-DOYEN :

Monsieur David **LEGER**, Maître de conférences

### ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Serge **BATTU**, Monsieur le Professeur Nicolas **PICARD**

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

<b>BATTU</b> Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>COURTIOUX</b> Bertrand	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>DESMOULIERE</b> Alexis	PHYSIOLOGIE
<b>DUROUX</b> Jean-Luc	BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES
<b>FAGNERE</b> Catherine	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE
<b>LIAGRE</b> Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>MAMBU</b> Lengo	PHARMACOGNOSIE
<b>TROUILLAS</b> Patrick	BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES
<b>VIANA</b> Marylène	PHARMACIE GALÉNIQUE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

<b>PICARD</b> Nicolas	PHARMACOLOGIE
<b>ROGEZ</b> Sylvie	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>SAINT-MARCOUX</b> Franck	TOXICOLOGIE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :**

<b>CHAUZEIX</b> Jasmine	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>JOST</b> Jérémy	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :**

<b>BASLY</b> Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BEAUBRUN-GIRY</b> Karine	PHARMACIE GALÉNIQUE
<b>BÉGAUD</b> Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BILLET</b> Fabrice	PHYSIOLOGIE
<b>CALLISTE</b> Claude	BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES
<b>CHEMIN</b> Guillaume	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>CLÉDAT</b> Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>COMBY</b> Francis	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE
<b>COOK-MOREAU</b> Jeanne	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>DELEBASSÉE</b> Sylvie	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>DEMIOT</b> Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
<b>FABRE</b> Gabin	BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES
<b>FROISSARD</b> Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>JAMBUT</b> Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE
<b>LABROUSSE</b> Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>LAVERDET</b> Betty	PHARMACIE GALÉNIQUE
<b>LAWSON</b> Roland	PHARMACOLOGIE
<b>LEGER</b> David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

**MARRE-FOURNIER** Françoise

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

**MERCIER** Aurélien

MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE,  
IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE

**MILLOT** Marion

PHARMACOGNOSIE

**PASCAUD-MATHIEU** Patricia

PHARMACIE GALÉNIQUE

**POUGET** Christelle

CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET  
PHARMACIE CLINIQUE

**VIGNOLES** Philippe

BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES

**ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :**

**AUDITEAU** Émilie

ÉPIDÉMIOLOGIE, STATISTIQUE, SANTÉ  
PUBLIQUE

**MARCHAND** Guillaume

CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET  
PHARMACIE CLINIQUE

**ENSEIGNANTS D'ANGLAIS :**

**HEGARTY** Andrew

CHARGÉ DE COURS

**VERCELLIN** Karen

PROFESSEUR CERTIFIÉ

## Remerciements

---

Après ces années passées auprès de mes ami(e)s sur les bancs de la faculté et du soutien inconditionnel de ma famille, je suis heureuse de clore mes études avec cette thèse.

Je remercie ainsi toutes les personnes qui ont croisé mon chemin, pour leur bienveillance et le partage de leur connaissance.

Je remercie la Croix Rouge de la Haute Vienne qui m'a formée. Je remercie aussi toutes les personnes avec qui j'ai maraîché pour leur bonne humeur, malgré les difficultés de la situation.

Je remercie toute l'équipe de Médecin du Monde de Lyon. Les actions pour guérir les maux de ce monde sont loin d'être terminées.

Je salue et remercie les membres de l'association PHI 69. En espérant que nos projets aboutissent prochainement.

Je remercie ma directrice de thèse pour avoir accepté ce sujet et de s'être investie dans ce projet.

Enfin, dans le cadre de mes rencontres pour ma thèse, je remercie chaleureusement toute l'équipe de la PASS.

Je remercie toute l'équipe de l'EMPP de Limoges pour votre incroyable accueil.

Je remercie toute l'équipe des LHSS pour votre patience et partage d'expérience.

Je remercie toute l'équipe du CSAPA et celle du CAARUD pour votre bienveillance.

Je remercie enfin toute l'équipe du CLAT.

Je vous remercie tous d'avoir pris du temps pour vous entretenir avec moi.

Une pensée à ma grand-mère qui, malgré elle, m'a donné envie de faire de l'humanitaire en France.

Une dernière pensée toute particulière à mon grand-père menuisier qui a œuvré pour offrir un toit sur la tête de personnes atteintes de handicap, sous l'approbation de l'Abbé Pierre.

Pour les plus cinéphiles, je conseille de regarder le documentaire « La Permanence » de la réalisatrice Alice Diop.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :  
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »  
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Introduction .....	13
I. Population cible .....	14
I.1. Définition et statistiques .....	14
II. Santé et précarité .....	16
II.1. Les déterminants de santé .....	16
II.1.1. Les caractéristiques individuelles .....	16
II.1.2. Les milieux de vie .....	16
II.1.3. Les systèmes .....	17
II.1.4. Le contexte global .....	17
II.2. La culture de la pauvreté .....	18
II.3. Etat de santé en situation de précarité .....	19
II.3.1. Les troubles généraux .....	19
II.3.2. Les troubles gynécologiques et les grossesses .....	19
II.3.3. Les troubles psychiatriques .....	20
II.3.4. Les addictions .....	20
II.3.5. Hépatite C .....	21
II.3.5.1. Traitement .....	21
II.3.5.2. Hépatite C et précarité .....	22
II.3.6. La tuberculose .....	23
II.3.6.1.1. Epidémiologie .....	23
II.3.6.1.2. Pathologie .....	23
II.3.6.1.3. Tuberculose maladie .....	23
II.3.6.1.3.1. Diagnostic .....	23
II.3.6.1.3.2. Traitement .....	23
II.3.6.1.3.3. Facteur clé : surveillance du traitement .....	24
II.3.6.2. Tuberculose latente .....	24
II.3.6.3. Vaccination .....	24
II.3.6.4. Tuberculose et précarité .....	25
III. Observance médicamenteuse et précarité .....	26
III.1. Définition observance médicamenteuse .....	26
III.2. Observance et précarité .....	26
III.2.1. Troubles généraux .....	26
III.2.2. Hépatite C .....	27
III.2.3. Tuberculose .....	27
IV. Problématique .....	29
IV.1. Les obstacles d'accès aux soins .....	29
IV.1.1. La couverture maladie en France .....	29
IV.1.1.1. La Protection Maladie Universelle .....	29
IV.1.1.2. La Complémentaire Santé Solidaire .....	29
IV.1.1.3. L'Aide Médicale d'Etat .....	30
IV.1.1.4. Ses obstacles .....	30
IV.1.2. La domiciliation .....	31
IV.2. Les obstacles à l'observance médicamenteuse .....	31
V. Prise en charge en structure publique à Limoges .....	33

V.1. La Permanence d'accès aux soins de santé .....	33
V.1.1. La PASS généraliste du CHU Dupuytren de Limoges .....	33
V.1.2. La PASS gynécologique de l'Hôpital Mère et Enfant .....	35
V.2. L'Equipe mobile de prise en charge psychiatrique .....	36
V.2.1. Présentation du service .....	36
V.2.2. Pour les usagers .....	37
V.2.3. Pour les associations et les élus .....	38
V.2.3.1. Les contrats locaux de santé .....	38
V.2.3.2. Le conseil local de santé mental .....	39
V.3. CSAPA et CAARUD .....	39
V.3.1. CSAPA .....	39
V.3.1.1. CSAPA à Limoges .....	40
V.3.1.2. Les Appartements de Coordination Thérapeutique .....	42
V.3.2. Le CAARUD .....	43
V.3.2.1. CAARUD à Limoges .....	44
V.4. Le Centre de Lutte Anti Tuberculeuse .....	46
V.4.1. Prise en charge au CLAT de Limoges .....	46
V.4.2. Isolement .....	47
V.5. Le logement : étude « Un chez soi d'abord » .....	48
VI. Prise en charge en structure associative .....	50
VI.1. Médecin du Monde .....	50
VI.1.1. Le CASO de Lyon .....	50
VI.1.1.1. PHI : le grossiste humanitaire .....	51
VI.2. L'hébergement en structure associative .....	52
VI.2.1. Centre d'Hébergement de Réinsertion Social à Limoges .....	53
VI.2.2. Les Lits Halte Soins Santé .....	53
VI.2.2.1. Les lits halte soins de santé à Limoges .....	53
VI.2.2.1.1. Le soin .....	54
VI.2.2.1.2. La halte .....	55
VI.3. Le logement associatif à Limoges .....	55
VI.4. Les résidences sociales à Limoges .....	56
VII. Pistes d'amélioration de l'observance médicamenteuse chez les sans abris .....	57
VII.1. En officine .....	57
VII.2. A l'hôpital .....	58
Conclusion .....	60
Références bibliographiques .....	61
Annexes .....	67
Serment De Galien .....	85

## Liste des abréviations

---

AAD	Antiviraux à Action Directs
ACT	Appartements à Coordination thérapeutique
AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agence Régional de Santé
ARSL	Association de Réinsertion Social du Limousin
BAAR	Bacilles Acido Alcool-Résistant
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
CAARUD	Centre d'Accueil de d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CADA	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CHRS	Centre Hébergement et de Réinsertion Social
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CLAT	Centre Lutte Anti-Tuberculeuse
CLMS	Conseil Local de Santé Mental
CLS	Contrat Local de Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention d'Addictologie
EMPP	Equipe Mobile de Précarité Psychiatrique
EPPI	Eau de Pour Préparation Injectable
HAS	Haute Autorité Santé
INED	Institut National Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MDM	Médecin du Monde
MNU	Médicaments Non Utilisés
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PHI	Pharmacie Humanitaire International
PMI	Protection Maternelle et Infantile

PUMA	Protection Universel MALadie
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

## Introduction

---

Le soir d'une maraude, un usager m'a demandé (sans savoir que j'étais pharmacienne) combien de tramadol il pouvait prendre par jour. En effet, une vive douleur au genou l'empêchait de marcher. Je lui ai indiqué les posologies maximales ainsi que tous les conseils associés à ce médicament. Au fil de notre discussion, autour d'une soupe chaude, j'apprends comment il s'est procuré ce médicament. Il est allé à la PASS, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Je me suis donc intéressée à ce service du CHU de Limoges car il m'était totalement inconnu. J'étais curieuse de son fonctionnement, d'autant plus qu'il porte une noble cause. Après la discussion, j'ai pensé à l'observance thérapeutique. Quand on voit les chiffres de l'observance dans la population générale, je me demandais comment cela se passait dans la rue. Au comptoir, quand on indique une prise matin-midi-soir aux repas, cela paraît évident que les horaires sont plus ou moins les mêmes pour tout le monde. Mais quand on vit dans la rue, les horaires de repas sont très loin d'être fixes. Je m'imaginai la problématique de la prise d'une antibiothérapie, ou même le traitement d'une personne atteinte de diabète. En maraude ou dans les accueils de jour, nous distribuons généralement des sandwiches ou des viennoiseries.

Tous ces constats m'ont interrogé. Pour trouver des réponses à mes questions et faire un état des lieux de la prise en charge médicale et thérapeutique des sans-abris, je suis allée à la rencontre des acteurs impliqués à Limoges au titre des services publics.

Puis, j'ai emménagé à Lyon. J'ai découvert la partie associative qui pallie les complications du service public. Je suis également allée à leur rencontre.

Cette thèse est divisée en plusieurs parties. Tout d'abord, nous allons définir la population cible et poser le problème.

Puis nous exposerons les solutions apportées par les services publics pour prendre en charge cette population. Nous allons en présenter quelques-unes en les illustrant par les structures présentes à Limoges.

Puis une des solutions proposées par le milieu associatif sera présentées au travers d'un exemple vu à Lyon.

Nous aborderons également quelques solutions d'hébergements.

Enfin la dernière partie explorera les différentes pistes de solutions existantes pour l'amélioration de l'observance thérapeutique pour les patients en situation de précarité.

# I. Population cible

---

## I.1. Définition et statistiques

La notion « Sans Domicile Fixe » a émergé dans le milieu des années 1980. Auparavant, on parlait de vagabond, de clochard ou de mendiant. Or, une définition claire n'a jamais été établie. (1) Effectivement, cette population est très hétérogène. Sous ce même sigle, on rassemble :

*« les significations de sans-logis (privé de logement), de sans-abri (victime d'une catastrophe), de clochard (figure pittoresque n'appelant pas d'intervention publique structurée), de vagabond (qui fait plutôt peur), ou encore de mendiant (qui sollicite les personnes dans l'espace public). »<sup>1</sup>*

Face à ces difficultés juridiques, la population des « sans domicile fixe » est très difficilement quantifiable. Mais en 2001, l'INSEE et l'INED réalisent une première enquête devant la nécessité de dénombrer les sans domicile fixe. En effet, aucune statistique officielle n'existait avant cette date.

En 2012, ces instituts réalisent une seconde enquête dont nous allons détailler les résultats (2). La définition donnée d'un sans domicile fixe pour cette enquête est :

*« Une personne est dite sans-domicile au sens de l'enquête un jour donné, si elle a dormi la nuit précédente dans un lieu non prévu pour l'habitation [sans-abri] ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation »<sup>2</sup>*

La personne peut être donc à la rue, mais cela prend également en compte ceux qui dorment chez un tiers, qui sont hébergés dans des structures d'urgences comme les hôtels, ou des structures d'hébergements sur un longue période comme les centres d'accueils des demandeurs d'asiles.

On dénombre 141 500 personnes sans domicile (une augmentation de 50% depuis 2001).

Ce chiffre inclut :

- 81 000 adultes et 30 000 enfants sans domicile (dans les agglomérations d'au moins 20 000 habitants)
- 8 000 sans domiciles (dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants)
- 22 500 en centre d'accueil pour demandeurs d'asiles.

D'autres informations pertinentes peuvent être citées, parmi les 81 000 adultes sans domicile :

- 82% sont de nationalité française ou sont étrangers francophones.
- 18% sont des étrangers non francophones
- 37,5% sont des femmes

---

<sup>1</sup> Damon, Julien. « Les « S.D.F. », de qui parle-t-on ? » Population, vol. Vol. 57, n° 3, 2002, p. 569-82.

<sup>2</sup> L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>. Consulté le 22 février 2021.

- Tranche d'âge majoritaire de 18 à 29 ans

Concernant les lieux de vie de ces 81 000 adultes, ils sont logés en majorité dans un hébergement collectif (45%) ; 29% dans un logement payé par une association ; 16% dans un hôtel payé par une association et 10% sont sans abri. Parmi ces 10%, la majorité sont des personnes nées à l'étranger.

Nous pouvons donc conclure qu'en 2012, on dénombre entre 100 000 et 150 00 personnes sans domiciles fixes, majoritairement de sexe masculin, jeunes adultes et francophones.

Faute d'études plus récentes, la Fondation Abbé Pierre peut estimer en 2020 le nombre de sans domicile fixe qu'à partir de différentes statistiques locales. Cette estimation s'élève à plus de 250 000 personnes. (3)

L'absence de logement et l'état de santé sont liés. Pour comprendre le lien entre les deux, il est important d'analyser les déterminants de santé qui sont les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes sociaux économiques et le contexte global.

## II. Santé et précarité

---

### II.1. Les déterminants de santé

La pyramide des besoins de Maslow (Annexe 1) a historiquement été évoquée pour analyser les priorités vitales de ces populations. En effet, selon cette idée, il faut d'abord remplir les conditions physiologiques (faim, soif) et trouver un endroit où dormir avant de s'occuper de sa santé. Mais cette pyramide est aujourd'hui rejetée par une partie de la communauté scientifique. (4)

Une définition des déterminants de santé a été proposée dans une synthèse de 2012 « Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune » au Québec. (5)

Ce document met en évidence qu'une population en « bonne santé » ne repose pas seulement sur un ou deux aspects de leur vie, comme le milieu social, ou les services de santé. Les auteurs ont réalisé une « carte de la santé et de ses déterminants » (Annexe 2). Cette carte n'a pas vocation à servir de mode d'emploi. Elle sert à proposer une vision d'ensemble de ces déterminants pour que chaque représentant de ces derniers se sentent impliqués ; « mieux comprendre pour mieux agir ».

La carte permet de mesurer l'état de santé de la population : santé globale, physique, mentale et psychosociale. Elle se découpe en quatre champs d'action qui sont : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes, le contexte globale.

Les lignes pointillées montrent que les déterminants influent les uns sur les autres. Ces champs d'action évoluent dans le temps, et l'espace.

De manière concise, les différents champs d'actions vont être décrits dans les lignes suivantes à l'aide d'exemples concrets pour une rapide compréhension.

#### II.1.1. Les caractéristiques individuelles

Comme son nom l'indique, ce champ s'articule autour l'individu. On y retrouve les caractéristiques biologiques et génétiques (âge, sexe, héritage génétique), également ce que l'individu a appris au fil de son existence et son interaction avec les autres (compétences personnelles et sociales).

Les habitudes de vie et les comportements sont reliés à la façon d'être dans le cadre d'activité, dans son environnement ou encore sur les addictions.

Enfin, les caractéristiques socioéconomiques sont liées à la scolarité, à l'emploi, aux revenus.

#### II.1.2. Les milieux de vie

Les individus évoluent dans des milieux de vie (au travail, à domicile) qui peuvent être caractérisés par des conditions matérielles.

Le milieu familial est caractérisé les relations entre les membres de la famille, l'environnement matériel et les ressources financières dont dispose la famille.

Les milieux de garde et scolaire concernent tout ce qui est en relation avec la scolarité (bien être de l'élève etc..) et le para scolaire comme les activités

Le milieu de travail évoque notamment les relations entre collègues, mais aussi les conditions de travail.

Le milieu d'hébergement est le champ qui nous intéresse le plus. Les centres d'hébergements sont disponibles pour les personnes en difficultés, ils se doivent d'être aussi qualitatifs que possible afin d'aider à une bonne réinsertion sociale.

La communauté locale et le voisinage sont les lieux de proximité (comme à la pharmacie) où se créent des liens sociaux.

### **II.1.3. Les systèmes**

Ce champ implique les principaux systèmes émis par l'Etat, comme le système d'éducation, le service de garde à l'enfance et le système de santé, les services sociaux : cela regroupe l'offre de l'Etat sur ces thèmes, pour la population, de tout âge (garde d'enfant, l'université) et en toute situation physique (handicap par exemple).

L'aménagement du territoire inclut toutes les infrastructures réalisées par l'activité humaine, comme les routes, l'implantation des usines, des écoles, des parcs etc.

Le soutien à l'emploi et la solidarité sociale sont les différents programmes aidant à réintégrer le monde du travail, ainsi que les programmes luttant contre l'exclusion sociale.

Les autres systèmes et programmes concernent notamment les services de sécurité publique comme les services municipaux.

### **II.1.4. Le contexte global**

Ce dernier champ comprend plusieurs éléments.

Le contexte politique et législatif est l'expression des lois et règlements qui définissent la culture politique d'une société, avec un degré de participation des citoyens à la vie démocratique.

Le contexte économique représente tous les facteurs économiques qui peuvent influencer sur le niveau de vie d'une société. Par exemple, la nationalisation d'une entreprise, les fluctuations de la bourse qui peuvent entraîner des pertes d'emploi.

Le contexte social et culturel renvoie à l'intensité de la collaboration entre les individus de la société, l'écart de richesse entre les groupes sociaux, ou encore la tolérance et le racisme.

Le contexte scientifique et technologique regroupe toutes les avancées scientifiques.

L'environnement naturel et écosystèmes assurent le maintien de la vie sur terre (eau, la pollinisation, la biodiversité etc), ainsi que les différents éléments pathogènes (virus, bactéries).

Ainsi, cette cartographie montre que le logement est un déterminant majeur de la santé.

Parmi tous les autres champs, celui des caractéristiques individuelles renvoie à une certaine polémique dont nous allons parler.

## II.2. La culture de la pauvreté

Au cours de mes rencontres avec les acteurs impliqués dans l'aide aux sans domiciles fixes, j'ai découvert une notion, la « culture de la pauvreté » ou « culture du pauvre ». Le débat scientifique sur l'existence de cette culture engendre des répercussions politiques. Revenons sur la base historique de cette controverse. (6)

Dans les années 60, l'anthropologue américain Oscar Lewis rédige une thèse posant un cadre théorique sur cette supposée culture. Les parents vivants dans la pauvreté transmettraient à leurs enfants « un ensemble de valeurs et d'attitudes », comme la résignation, l'exclusion, l'errance, l'alcoolisme ou encore la violence domestique. Il écrit :

*« Lorsque les enfants des taudis ont atteint l'âge de six ou sept ans, ils ont en général assimilé les valeurs fondamentales et les habitudes de leur subculture et ne sont pas psychologiquement équipés pour profiter pleinement de l'évolution ou des progrès susceptibles de se produire durant leur vie. »<sup>3</sup>*

Cette thèse a connu un succès mondial. Elle a fait l'objet d'une récupération politique par les conservateurs aux Etats Unis. Cette thèse a été considérée par ce parti comme la clef pour comprendre la profonde pauvreté dans les ghettos noirs dans les années 60. Comme l'écrit la journaliste Julie Clarini de France Culture,

*« elle [la thèse] fait aussi incomber la responsabilité de leur situation aux habitants des ghettos eux-mêmes puisque ce sont eux qui ont incorporé des attitudes qui les éloignent du marché du travail et de toute forme d'intégration sociale. Et surtout, elle justifie l'absence de politique tentant de régler le problème puisque même si une telle politique était mise en place elle ne serait pas suivie par les pauvres. »<sup>3</sup>*

Les progressistes d'Europe et d'Amérique réfutent en bloc l'existence de cette culture. Julie Clarini résume leurs arguments :

*« Cela revient tout simplement à blâmer celui qui est déjà la victime, [...], cela revient à ajouter de l'injustice à l'injustice. L'incapacité des populations défavorisées à rejoindre le lot commun n'est pas dû à des comportements déviants (délinquance ou alcoolisme) ; ces comportements ne sont que le résultat d'un ostracisme subi par les plus pauvres ; bref, ce qui est la cause pour certains, est la conséquence pour d'autres. »<sup>3</sup>*

Encore aujourd'hui, cette idée de transmission cette « culture », n'est pas prouvée. Cependant, il arrive que ce débat revienne dans l'actualité. En 2010, dans les sorties littéraires, « Le déni des cultures » de Hugues Lagrange remet en lumière cette question.

Il en va ainsi à chacun de trouver son propre avis sur la question.

Le logement contribue intrinsèquement à notre bien-être. Il préserve notre intimité, nous protège et apporte une stabilité dans notre quotidien. Il apporte un équilibre est essentiel pour l'accès aux droits, à l'emploi et surtout à la santé.

---

<sup>3</sup> « Existe-t-il une culture de la pauvreté ? » France Culture, <https://www.franceculture.fr/emissions/les-idees-claires-de-clementine-autain/existe-t-il-une-culture-de-la-pauvrete>. Consulté le 10 avril 2020.

### **II.3. Etat de santé en situation de précarité**

Les indicateurs de santé des personnes en situation de précarité sont moins bons que le reste de la population comme le montre le rapport de Médecin du Monde en 2019. (7) Cette ONG intervient pour soigner les populations les plus vulnérables. En France, elle offre un accueil médico-social aux plus démunis dans les Centres d'Accueils, de Soins et d'Orientation (CASO).

Ces centres ont permis de recueillir des informations sur leurs usagers et d'émettre des statistiques précises. Les données les plus récentes sont énoncées dans le rapport publié en 2019 : « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins » que nous allons exploiter. Même si la majorité des usagers ne sont pas sans domiciles fixes, ces données peuvent donner des chiffres sur l'état de santé dans une situation de précarité.

23 048 personnes ont été aidées au sein des CASO dont 25% de personnes sans domicile fixe (contre 13,6% en 2009). La population reçue est majoritairement masculine, d'un âge moyen de 32,8 ans et 98% sont des ressortissants étrangers. Ils vivent majoritairement sous le seuil de pauvreté et 50,6% sont en situation irrégulière (19% des sans domiciles fixes le sont). Les CASO ont également accueilli 2 833 mineurs dont 1 320 non accompagnés.

#### **II.3.1. Les troubles généraux**

En 2019, sur les 19 772 consultations médicales, les diagnostics posés concernent des troubles du système digestif (23,7%), ostéoarticulaires (19,7%) et respiratoires (19,5%). Puis, plus faiblement, des diagnostics d'ordre dermatologique (14%), cardiovasculaire (9,5%) ou psychologique (8,2%).

Les médecins constatent que le retard de recours aux soins est plus fréquent chez les sans domiciles fixes (50%) que chez les personnes ayant un logement personnel (35,7%).

Ils indiquent également que 60% nécessitaient des soins urgents (42% pour les sans domiciles en 2017). (8)

L'annexe 3 présente les tableaux regroupant en détail les différentes pathologies rencontrées aux CASO en 2019. (7)

#### **II.3.2. Les troubles gynécologiques et les grossesses**

Médecin du monde indique en 2019 que 81,8% des femmes vues au CASO âgées entre 25 et 65 ans n'ont jamais réalisé de frottis. Concernant la contraception, 89% des femmes en âge de procréer ne prennent pas de contraception lors de leur première visite au CASO. En 2017, c'est cinq fois moins que la population générale. (8)

Les principaux obstacles de l'accès à la contraception sont essentiellement : le manque d'information sur les structures de proximité (PMI, planning familial), la stigmatisation, le manque d'interprétariat pour les non francophones et le manque de respect des choix des personnes.

La méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde est la stérilisation féminine (30%). (9)

Sur le 36 757 femmes rencontrées (entre 11 et 49 ans) en consultation médicale aux CASO, 11,7% étaient enceintes. Parmi elles, 36,6% des femmes enceintes présentaient un retard de suivi de grossesse. Les médecins ont estimé que 60 % nécessitaient une prise en charge urgente au vu du retard de suivi de grossesse. Concernant leur lieu de vie, 59,9 % sont

hébergées par une association ou par des tiers, 22,8 % sont sans domicile fixe et 7,7 % vivent dans un squat ou un bidonville. Seules 8,6 % disposent d'un logement personnel. (7)

Régulièrement, les femmes après leur accouchement se retrouvent avec leur nouveau-né à la rue car leur statut de femme enceinte n'est plus prioritaire.

### **II.3.3. Les troubles psychiatriques**

Le trouble anxieux, le stress et les troubles psychosomatiques sont les troubles les plus fréquemment rencontrés lors d'une consultation de médecine générale en 2019. Il existe des consultations psychologiques ou psychiatriques au sein des CASO, il y a eu 19 772 consultations pour 994 patients. L'annexe 4 détaille les troubles psychiatriques rencontrés aux CASO en 2019.

Selon le rapport 2019 de Médecin du Monde, parmi les usagers, 12% des sans domiciles présentent des troubles psychiatriques contre 7,1% avec des personnes ayant un logement. (7)

Un lien peut être tissé dans la prise en charge de ces troubles psychiques et des addictions. Au cours de mes recherches et de mes interviews, deux structures publiques ont été citées : le Centre Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le CAARUD (Centre d'Accueil de d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues). Ces dernières s'occupant de la prise en charge des addictions.

Avant de développer leur fonctionnement, étudions le lien entre la précarité et les addictions grâce aux statistiques venant leur structure.

### **II.3.4. Les addictions**

Des enquêtes sur les usagers des CAARUD sont réalisées régulièrement par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). (10) Un article résumant l'enquête de 2019 explique de nombreuses caractéristiques, notamment la répartition des sexes, l'âge etc.

Concernant le logement, l'article note une nette dégradation entre 2019 et la dernière enquête de 2015. En effet, 50% des usagers déclarent vivre dans son propre logement ou chez un tiers contre 58% en 2015, et pour les sans domiciles fixes, une augmentation de 16% en 2015 à 23% en 2019.

De plus, l'OFDT fait chaque année un rapport : « Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes ». Celui de 2016-2017 parle particulièrement des sans abri. Les CAARUD lyonnais ont noté en 2016 que de nombreux usagers en situation précaire sont décédés à la suite d'un retard de prise en charges des pathologies urgentes comme des septicémies. Ce retard étant lié à l'utilisation des produits à visée antalgique masquant les symptômes.

Ce rapport souligne également les difficultés liées aux mineurs isolés. Depuis 2016, ils ont fait leur apparition dans l'espace public formant des groupes ou restant isolés. Sans abri, exposé aux violences de rue, ils sont totalement en exclusion du système. Le peu de contact établi par les services voulant les prendre en charge les décrit :

*« ces derniers souffrent d'un fort sentiment de rejet et de pathologies psychiques, notamment dépressives. Ils ne percevraient le plus souvent les rapports humains qu'à*

*l'aune des échanges monétaires et fuient toutes formes d'accompagnement par les structures, ne recherchant que la réponse à leurs besoins primaires. ».*<sup>4</sup>

Leur consommation de substances psychotropes est notamment l'alcool, le cannabis, mais également la colle néoprène et pour les plus âgés, les benzodiazépines. (11)

D'autres pathologies qui peuvent être un enjeu de santé publique sont souvent liées au plus démunis, l'hépatite C et la tuberculose.

### **II.3.5. Hépatite C**

Le virus de l'hépatite C provoque une hépatite aiguë dans les 5 à 45 jours suivant la contamination par voie parentérale. La guérison est spontanée pour 30% des cas tandis que les 70% évoluent vers la chronicité. L'hépatite chronique peut d'abord évoluer vers une cirrhose puis vers un carcinome hépatocellulaire. Elle provoque aussi une inflammation permanente responsable de troubles neurocognitifs, de diabète et de cancers extra-hépatiques.

Dans les pays industrialisés, il est la principale cause de carcinome hépatocellulaire et de transplantation hépatique en 2017. En 2015, dans le monde, environ 400 000 personnes meurent chaque année de cette infection virale. Elle est la deuxième cause de décès après les infections aériennes. Or l'OMS prévoit en 2030 une réduction de 90% de nouvelles infections et une baisse de la mortalité liées aux hépatites virales de 65%.

Le diagnostic repose sur la détection d'anticorps anti-VHC par le test immuno-enzymatique ELISA. Puis, en cas de positivité, l'identification du génotype de l'ARN viral est réalisé par RT-PCR.

Pour évaluer les conséquences cliniques de l'infection comme les lésions du foie, la biopsie était utilisée. Maintenant, des tests non invasifs comme le Fibroscan® mesurant la dureté ou élasticité du foie existent, ils sont mieux tolérés et acceptés. (12)

#### **II.3.5.1. Traitement**

Jusqu'au début des années 2010, le traitement de premier choix était l'interféron pégylé en association avec un analogue nucléosidique, la rivabarine. Le traitement repose sur une injection d'interféron tous les deux jours et une prise quotidienne de rivabarine sur 48 semaines.

La tolérance clinique était mauvaise à cause de nombreux effets secondaires comme un syndrome pseudo-grippal et d'autres troubles digestifs, cardiovasculaires, endocriniens et cutanées. De plus, la ribavirine provoque des troubles hématologiques impliquant une surveillance de l'hémogramme régulière. (12)

---

<sup>4</sup> *Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017) Tendances 121 - décembre 2017 - OFDT.* <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/substances-psychoactives-usagers-et-marches-les-tendances-recentes-2016-2017-tendances-121-decembre-2017/>. Consulté le 27 mars 2021.

En 2013, les Antiviraux à Actions Directs (AAD) ont permis une véritable avancée thérapeutique. Leur action pharmacologique repose sur le blocage de certaines protéines nécessaires à la réplication virale.

Les molécules recommandées par l'Association Française pour l'Etude du Foie sont les molécules pangénotypiques. Il y a l'EPCLUSA ® avec une association de sofosbuvir et de velpatasvir avec une posologie d'un comprimé par jour pendant 12 à 24 semaines. Le MAVIRET ® constituant une association de glécaprévir et de pibrentasivir peut aussi être utilisé avec une posologie de trois comprimés par jour pendant 8 à 16 semaines. (13)

Les modalités de prises plus simples et la plus courte durée de traitement sont des facteurs favorisant l'observance. De plus, ils présentent un meilleur profil de tolérance même si des effets secondaires de type asthénie, troubles digestifs et maux de tête sont observés. Le suivi du traitement implique deux bilan biologiques le premier mois, puis un tous les mois pendant toute la durée du traitement.

Les recommandations actuelles préconisent de traiter tous les patients atteints par le VHC mais en priorisant ceux qui ont une fibrose hépatique ou une évolution rapide vers celle-ci.

La guérison est déclarée si l'ARN VHC est indétectable douze semaines après la fin du traitement. Cependant, guérir de l'hépatite C ne confère pas une immunité.

Selon l'HAS, le dépistage est ciblé pour les personnes à haut risques comme les usagers de drogue par voie intraveineuse qui se contamine en échangeant des seringues. Il est donc intéressant de délocaliser le dépistage dans les services dédiés à cette population comme le CSAPA. (12) En effet, dans le RECAP 2019, 46% des usagers de drogue ayant eu recours à la voie intraveineuse dans les trente derniers jours déclarent une sérologie positive au VHC. (14)

### **II.3.5.2. Hépatite C et précarité**

Un article publié en 2016 réalise une étude rétrospective nationale sur le statut sérologique VHC de la population reçue aux CASO en 2014. Lors des consultations médicales, les médecins peuvent demander au patient s'il connaît son statut sérologique. Cette demande a été faite dans 50% des cas. Parmi ces 50%, 23,4% connaissent leur statut sérologique pour le VHC. (15)

Par ailleurs, l'article explique que dans quatre CASO de France, plus de 1 650 sérologies des hépatites (B et C) ont été effectuées pour mettre en évidence la prévalence des anticorps anti-VHC dans les populations précaires. Elle est de 4,3%. Ce résultat doit être comparé à la prévalence de la population générale qui est de 0,30% en 2016. (16)

On peut donc conclure que la précarité, qui est rencontrée dans la population du CASO, est un facteur favorisant l'infection à l'hépatite C.

## **II.3.6. La tuberculose**

### **II.3.6.1.1. Epidémiologie**

La tuberculose est une maladie qui reste fréquente dans le monde. L'OMS estime environ dix millions de cas par an et, en 2018, 1,4 millions de décès liés à cette maladie. C'est une maladie à déclaration obligatoire en France.

Depuis des années, l'incidence nationale est inférieure à 10 cas/100 000 habitants/an. Les villes concentrant le plus grand nombre de cas sont Paris, Lyon et Marseille mais également la Guyane. Mais la tuberculose multirésistante a augmenté depuis 2012. Le nombre se situe autour de 80 à 100 cas par an. Cette augmentation étant en très grande partie liée à des souches isolées issues des malades nés en Europe de l'Est. (17)

La lutte contre la tuberculose en France s'inscrit dans la « feuille de route tuberculose 2019-2023 » publiée le 27 mars 2019. Sur cinq ans, quatorze mesures concrètes seront mises en place pour stopper la tuberculose en tant que problème de santé publique : améliorer le dépistage et la prévention, la continuité de la prise en charge, limiter la diffusion des tuberculoses résistantes etc. Il y a également le renforcement des missions des Centre de Lutte Anti Tuberculeux pour une réponse homogène sur tout le territoire. (18)

### **II.3.6.1.2. Pathologie**

La tuberculose est une maladie pulmonaire principalement due au bacille de Koch. La transmission est interhumaine par le biais de gouttelettes de salive.

Dans 90% des cas, la maladie ne se manifeste pas chez un patient sain et elle restera latente toute sa vie (tuberculose-latente). Le patient ne sera pas contagieux. Pour les autres 10%, la mortalité est de l'ordre de 50% sans traitement. Un quart des cas peuvent guérir spontanément, le dernier quart évolue sur une tuberculose chronique qui est contagieuse. (17)

### **II.3.6.1.3. Tuberculose maladie**

#### **II.3.6.1.3.1. Diagnostic**

La tuberculose-maladie est évoquée devant des symptômes respiratoires (toux) et généraux (fièvres, asthénie) persistants plus de trois semaines. (19) Le contexte épidémiologique (entourage du patient, migrant etc) est également à prendre en compte.

Le diagnostic repose principalement sur deux points. Un examen radiologique des poumons ainsi qu'un examen bactériologique direct. La preuve d'une infection repose sur la mise en évidence des bacilles acido alcool-résistant (BAAR) grâce à un milieu spécifique, dans les sécrétions broncho-alvéolaires. (20) Le tubertest fait souvent l'objet de rupture et est peu utilisé.

#### **II.3.6.1.3.2. Traitement**

Le traitement est directement commencé dès la mise en évidence des BAAR.

Celui-ci repose sur une quadri-thérapie à base d'isoniazide, d'éthambutol, de rifampicine et de pyrazinamide avec une posologie d'une seule prise à jeun pendant deux mois.

Pour éviter les interactions médicamenteuses, il est important de noter que la rifampicine est inducteur enzymatique, il diminue la concentration plasmatique d'autres principes actifs. Ainsi, il est contre indiqué avec les anti-protéases (dans le traitement du VIH) et avec le télaprévir (traitement de l'hépatite C) notamment. (20) Or ces pathologies peuvent se rencontrer dans les populations précaires.

L'antibiorésistance est un problème majeur pour une bonne guérison. Dans les 24 heures suivant l'hospitalisation, la résistance à la rifampicine est dépistée par un antibiogramme. Si tel est le cas, la souche rencontrée est envoyée au centre national de référence à Paris qui indiquera le traitement à suivre. Au terme des deux premiers mois de traitement, s'il n'y a pas d'antibiorésistance, la quadri- thérapie se poursuit jusqu'à six mois. Si la souche est encore résistante, il faut suivre les indications du centre parisien.

#### **II.3.6.1.3.3. Facteur clé : surveillance du traitement**

La surveillance des antituberculeux est conséquent, il y a beaucoup d'examens à réaliser régulièrement. De plus, les effets secondaires de cette thérapie sont importants devenant des facteurs d'inobservance.

L'isoniazide et la pyrazinamide sont hépatotoxiques, ce qui nécessitera deux bilans sanguins en début de traitement puis un tous les quinze jours. Des nausées associées à des gastralgies qui peuvent inciter les patients à arrêter le traitement.

Un des effets indésirables notables de la rifampicine et de la rifabutine est la coloration des sécrétions (larmes, urines etc). Il peut être un marqueur de l'observance.

L'éthambutol est toxique pour le nerf optique. Au cours du premier mois de traitement, un examen ophtalmologique (vision et couleur) est réalisé, puis tous les deux mois.

Une neuropathie périphérique due à l'isoniazide peut survenir notamment en cas de grossesse, d'alcoolisme, de dénutrition, de diabète, d'insuffisance rénale et d'infection par le VIH. La vitamine B6, à la dose de 50 mg par jour, doit être administrée préventivement chez ces populations. (19)

Le suivi de la pathologie pour l'efficacité du traitement se base sur des radiographies pulmonaires régulières. (20)

Si on constate un arrêt de traitement dans la phase initiale des deux mois, celui-ci doit être recommencé depuis le début. Dans la seconde phase, un avis de spécialiste est nécessaire.

#### **II.3.6.2. Tuberculose latente**

Si une tuberculose latente est suspectée (entourage du patient par exemple), on le diagnostique par un test IGRA (Interferon-Gamma Release Assay), communément appelée Quantiféron ®. Si le test est positif, on administre du Rifamate ® (isoniazide+rifampicine) pendant six mois. (19)

#### **II.3.6.3. Vaccination**

Le vaccin vivant atténué BCG est uniquement par voie sous cutanée.

Ce vaccin est conseillé pour les enfants exposés à cette maladie, par exemple vivant dans la précarité et/ou provenant de pays endémiques. Or, en 2016, on constatait une baisse

de la vaccination très importante dans tous les départements y compris chez les enfants suivis dans les centres de Protection maternelle et infantile (PMI). Cette baisse est la conséquence de la pénurie de vaccin BCG et de la restriction des lieux de vaccination BCG aux seules structures publiques que sont les PMI et le CLAT. (16)

#### **II.3.6.4. Tuberculose et précarité**

La tuberculose touche particulièrement plus les plus précaire. L'incidence chez les sans domiciles fixes est d'environ 200/100.00 ce qui dépasse très largement les autres groupes.

L'annexe 5 publiée par Santé Publique France répertorie les différents types de logement des patients qui ont été déclarés malades de la tuberculose en 2019. On voit une large majorité de patients en situation précaire, dans les centres de logement collectif (12,6%) ou sans domiciles fixes (7,3%). (17)

### III. Observance médicamenteuse et précarité

---

En 2019 (7), les médecins des CASO expliquent :

« plus de 5 patients sur 10 souffraient d'une pathologie chronique et 84.2% des patients reçus en consultation nécessitaient un suivi et/ou un traitement »<sup>5</sup>

La question de l'observance thérapeutique se pose pour cette population. Si autant sont atteints de pathologies chroniques, certains doivent avoir des médicaments.

#### III.1. Définition observance médicamenteuse

L'Académie nationale de Pharmacie définit l'observance thérapeutique telle quelle :

« Observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement. Est conditionnée par différents facteurs d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental et social. Improprement désignée sous le nom de compliance. »<sup>6</sup>  
(21)

De la même manière qu'on suppose que la précarité engendre une mauvaise santé, on peut supposer que l'observance médicamenteuse suit le même chemin.

#### III.2. Observance et précarité

En 2003, l'OMS a fait un état des lieux dans un rapport concernant l'observance des longues thérapies afin d'émettre des solutions applicables pour les Etats. Dans le deuxième chapitre, il a été mis en évidence que la précarité et les difficultés d'observance sont étroitement liés. (22)

##### III.2.1. Troubles généraux

Depuis 2003, je n'ai trouvé aucune statistique liant observance et précarité.

J'ai eu l'idée de faire une étude au sein du CASO de Lyon de Médecin du Monde où je suis pharmacienne bénévole.

J'avais pour projet de réaliser des entretiens semi-dirigés concernant l'observance médicamenteuse chez les usagers ayant un traitement chronique, quel que soit la pathologie. Bien que tout était prêt, la crise sanitaire n'a pas permis la concrétisation de ce projet.

Cependant, concernant l'hépatite C, l'observance des traitements a été étudiée.

---

<sup>5</sup> Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2019.  
<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2019>. Consulté le 22 février 2021.

<sup>6</sup> Académie Nationale de Pharmacie - Accueil.  
<https://www.acadpharm.org/divers/recherche.php?search=observance&sniv1=40&sniv2=40>. Consulté le 24 mars 2021.

### III.2.2. Hépatite C

Pour le traitement à base de ribavirine et d'interféron, un article en 2007 étudie la prise en charge pour l'hépatite C chez les usagers de drogues. (23)

Les auteurs concluent que les résultats sont similaires entre une personne toxicomane et une non toxicomane, si, et seulement si, la mise en place d'une prise en charge spécifique et une approche différente est appliquée. Par exemple, la dépression sévère et l'absence de logement sont des facteurs reconnus dans la mauvaise observance, nécessitant de les prendre en compte avant le début du traitement.

De manière générale, cette ancienne thérapie était contraignante. Les antiviraux à action direct apportent un espoir d'une meilleure observance car plus efficaces sur les différents génotypes du virus, d'une durée plus courte et mieux tolérés.

Aurélien Farge a réalisé une thèse d'exercice de pharmacie en 2018 sur l'observance médicamenteuse des patients traités par les antiviraux à action direct (AAD). En préambule, il explique que depuis l'arrivée des AAD, les taux de guérisons ont atteint 90% contrairement à 50% avec le traitement à base de ribavirine et d'interféron. (24)

L'OFDT publie en 2020 un rapport indiquant le lien direct entre la guérison et l'usage de drogue. (25) Il indique :

*« Entre 2014 et 2017, 59 000 patients atteints d'hépatite C chronique ont été traités et guéris par les antiviraux d'action directe (AAD), parmi lesquels au moins 11 000 anciens ou actuels usagers de drogues. »*<sup>7</sup>

Dans l'enquête Ena-CAARUD de 2019 (annexe 6), parmi les usagers de stupéfiants ayant eu au moins une injection en intra-veineuse au cours de leur vie, 87% ont fait au moins un test de dépistage VHC. Tandis que 15% se savent porteurs du virus, 36% se déclarent guéris grâce aux AAD à 55%, contre 35% pour l'ancienne thérapie. (10)

### III.2.3. Tuberculose

L'observance thérapeutique du traitement antituberculeux est difficile car le traitement est très long et comporte des effets secondaires importants. L'observance est pourtant un facteur clé pour la guérison. Il sera important d'entretenir la motivation lors des consultations. La barrière de la langue doit être levée le plus tôt possible et il est important d'instaurer une relation de confiance.

L'Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT) du Samusocial de Paris a été fondée en l'an 2000. Elle a pour mission d'accompagner les personnes précaires dans leur traitement antituberculeux afin d'en améliorer l'observance. Le suivi de terrain permet d'aller au plus près des lieux de vies des patients. Dans une étude menée entre 2015 et 2018 (26), 85% des patients accompagnés par l'EMLT ont terminés leur traitement antituberculeux, mais même avec ce résultat, les auteurs concluent :

---

<sup>7</sup> *Rapport national OFDT 2020 - OFDT.* <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2020/>. Consulté le 28 mars 2021.

« Ce résultat est à nuancer car les suivis des patients précaires atteints de tuberculose maladie sont particulièrement complexes du fait des conditions de vie de ces personnes. [...] Notre hypothèse est que la prise en compte des déterminants sociaux dans la démarche de soins pourrait favoriser l'observance thérapeutique et la guérison »<sup>8</sup>

Pour terminer, même si les antiviraux à action direct permettent une meilleure observance, ce n'est pas le cas de tous les traitements comme les antituberculeux.

Mais avant d'étudier les autres facteurs limitant une bonne observance médicamenteuse pour une population précaire, il faut déterminer les obstacles à l'accès aux soins.

---

<sup>8</sup> SPF. *Favoriser l'observance thérapeutique des patients en situation de grande précarité atteints de tuberculose-maladie : l'expérience de l'Équipe mobile de lutte contre la tuberculose du Samusocial de Paris, 2015-2018.* /import/favoriser-l-observance-therapeutique-des-patients-en-situation-de-grande-precarite-atteints-de-tuberculose-maladie-l-experience-de-l-equipe-mobil. Consulté le 30 mars 2021.

## IV. Problématique

---

### IV.1. Les obstacles d'accès aux soins

Les personnes en grande précarité sont en mauvaise santé car le plus souvent, ils renoncent aux soins en raison des obstacles que présente l'accès aux droits de santé.

#### IV.1.1. La couverture maladie en France

En France, l'assurance maladie garantie la santé pour tous. Elle favorise l'accès aux soins et à la prévention pour le bien-être de chacun. Ici sera abordé uniquement les droits ouverts à la population des sans domiciles.

##### IV.1.1.1. La Protection Maladie Universelle

La PUMA (Protection Universelle MALadie) a remplacé depuis 2016 la Couverture Maladie Universelle (CMU). Ce changement permet une continuité de droit même s'il y a un changement de situation professionnelle, personnelle ou résidentielle. (27)

L'accès à la PUMA se définit comme

*« Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière est couverte par l'assurance maladie »<sup>9</sup>*

Il faut que l'ayant droit réside de manière stable depuis au moins trois mois sur le territoire français.

##### IV.1.1.2. La Complémentaire Santé Solidaire

Fin 2019, la CMUC-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide complémentaire santé) ont fusionné pour créer la Complémentaire Santé Solidaire (C2S). C'est une complémentaire santé qui est, soit gratuite, soit elle coûte moins d'un euro par jour et par personne.

Pour l'obtention de ce droit, il faut :

- Bénéficiaire de la PUMA
- Les ressources du foyer ne doivent pas dépasser certains paliers.

Une fois accordée, elle est valable un an et doit être renouvelée tous les ans.

Elle offre des avantages tel qu'une dispense totale d'avance des frais sur les actes médicaux, du dentiste, du kinésithérapeute ou encore à l'hôpital. Tous les médicaments sont pris en charge par la sécurité sociale, ainsi que les prothèses auditives, de lunettes et de petit matériel (canne, déambulateur, fauteuil roulant).

Il est important de noter qu'un médecin recevant une personne bénéficiant de la C2S est obligé de pratiquer les tarifs conventionnels sans dépassement d'honoraire (sauf exception). (28)

---

<sup>9</sup> *Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ?* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>. Consulté le 23 mars 2021.

### IV.1.1.3. L'Aide Médicale d'Etat

L'aide médicale d'Etat (AME) permet l'accès aux soins aux personnes en situation irrégulière. Elle est attribuée sous conditions. Celle-ci sont :

- Être en situation irrégulière, avec aucune démarche en cours pour une demande de séjour
- Résider de manière ininterrompue en France depuis plus de trois mois
- Ne pas dépasser un certain plafond de revenus annuels

Une fois accordée, elle donne droit à une prise en charge totale de soins médicaux et hospitaliers, excepté pour les médicaments dont le taux de remboursement est à 15%, les cures thermales et les soins liés pour l'aide à la procréation. L'AME doit être renouvelée tous les ans.

Concernant un mineur, accompagné de ses parents demandant l'AME ou non, le délai des trois mois de résidence stable n'existe pas. L'AME est directement accordée et remboursée à 100% les frais médicaux. (29)

### IV.1.1.4. Ses obstacles

Dans le rapport de 2019 de Médecin du Monde, les principaux obstacles relevés au sein des CASO sont nombreux. Sur les 78,8% des personnes pouvant théoriquement bénéficier de droit, environ 30% ont évoqué des difficultés administratives, comme la complexité du dossier ou l'impossibilité de fournir des pièces demandées. Puis, à 28% la méconnaissance du système de santé. D'autres obstacles peuvent être la barrière de la langue, les difficultés financières mais également la peur d'être dénoncé (Annexe 7). (7)

De plus, la fédération des acteurs de solidarité a mis en évidence un autre problème. Elle a émis un recueil de témoignages sur le refus de soins en 2020. (30) Ils expliquent que certains médecins libéraux refusent les gens par rapport au type de couverture maladie. Par exemple, ce témoignage :

*« Un professionnel accompagnant une personne demandeuse d'asile a pris rendez-vous sur Doctolib pour une consultation de médecine générale pour un demandeur d'asile. Lorsque le patient est dans le cabinet, le médecin a appelé le professionnel ayant pris le rendez-vous et a dit : Je ne prends pas les personnes avec la Couverture Maladie Universelle, ce type de personnes doit aller à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé ». <sup>10</sup>*

Or, nous verrons que le principe des PASS est de réinsérer les patients dans le système de soin classique.

Mais le principal obstacle d'accès à la santé pour un sans domicile fixe est l'absence de domiciliation administrative.

---

<sup>10</sup> « Témoignages autour des refus de soins en 2020 ». Fédération des acteurs de la solidarité, <https://www.federationsolidarite.org/actualites/temoignages-autour-des-refus-de-soins-en-2020/>. Consulté le 24 mars 2021.

#### **IV.1.2. La domiciliation**

Afin d'ouvrir un dossier pour accéder aux droits, toute personne doit déclarer une adresse de domiciliation administrative. Or pour les personnes ne pouvant fournir cette adresse, car sans domicile, ils font une demande auprès du Centre Communal d'Action Social de la commune afin d'en avoir une. Une association agréée peut également fournir cette formalité. Seulement, ces instances publiques et ces associations sont saturées de demandes. Il est ainsi impossible pour de nombreuses personnes de fournir ces documents et elles se retrouvent dans une impasse.

Parmi les personnes rencontrées aux CASO en 2019, 41% disposaient d'une adresse personnelle, 27,1% avaient une domiciliation administrative et 31,9% avaient besoin d'une adresse postale. (7)

Cependant, la loi n'oblige pas une personne sans domicile à fournir un justificatif de domiciliation, mais seulement de déclarer une adresse. Les caisses de sécurités sociales ne respectent pas ce principe et continuent d'exiger des pièces justificatives.

Par exemple, en 2019, parmi les patients rencontrés au CASO qui pouvaient théoriquement avoir droit à l'AME, 88,7% n'en bénéficiaient pas. (7)

#### **IV.2. Les obstacles à l'observance médicamenteuse**

La thèse d'exercice de médecine du Dr Christelle Kieffer soutenue 2015 étudie la relation entre « l'observance médicamenteuse et précarité ». (31) Elle a réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de sept personnes vivant dans la précarité et souffrant d'une maladie chronique. Elle les a interrogées notamment sur leur relation avec la maladie et l'observance médicamenteuse.

Elle met en évidence que les freins à l'observance s'appliquant à la population générale se retrouve dans les freins de la population précaire : contraintes horaires, oublis, lassitude, l'absence d'efficacité immédiate, etc.

Cependant, certains sont propres aux plus démunis.

Il y a l'aspect financier, comme deux exemples suivants. Certains ne peuvent pas payer les médicaments non remboursés en cas de pathologies aiguës, comme de nombreux antitussifs ou collutoires. Mais aussi un renoncement aux médicaments pour les pathologies chroniques. En effet, le paiement d'une complémentaire santé privée peut être problématique, si leurs revenus sont au-dessus du pallier pour bénéficier de la C2S.

Un autre facteur essentiel mis en avant est la rupture de droit. Comme expliqué précédemment, l'accès aux soins (et par conséquent aux médicaments en officine) est lié à l'accès aux droits. La situation de précarité est synonyme de ruptures sociales répétées alors que les droits doivent être renouvelés chaque année.

Elle a recueilli d'autres obstacles propres à la situation de précarité : la peur de s'engager sur des soins à long terme, l'instabilité géographique et la santé qui est considérée comme un enjeu secondaire.

Parmi les témoignages recueillis pendant les entretiens, un témoignage nous intéresse car il se rapproche le plus de la situation de sans domicile fixe. Il s'agit de Mr.6. C'est un homme âgé de 64 ans vivant au moment de l'entretien dans un centre d'hébergement réadaptation sociale (CHRS) depuis deux mois. C'est un ancien sans domicile fixe qui a

parcouru plusieurs villes de France, et, pendant sa jeunesse, a vécu quelques mois à l'étranger et a fait un séjour en prison. Il se dit isolé socialement. On retrouve une hépatite C dans ses antécédents.

Il vit avec le minimum vieillesse et paie une complémentaire santé privée tous les mois.

Son traitement est composé de Metformine et glimépiride pour son diabète non insulino dépendant, d'amlodipine pour son hypertension artérielle, et du Risperdal®.

Selon ses dires, il se considère en bonne santé et n'accorde pas de l'importance à cette dernière. Il ne consulte pas de médecin pour sa pathologie chronique ni en cas de pathologies aiguës et « *attend que ça passe* ».

Mr 6 pense que les médicaments sont dangereux et inutiles. Pour lui, un bon médicament est « *celui qu'on ne prend pas* ». De ce fait, il ne connaît pas son médicament anti-hypertenseur ni celui à but psychiatrique qu'il ne prend pas. Il prend ses médicaments anti-diabétiques car il est accompagné, on le lui donne au CHRS. Mais dans sa vie antérieure, il ne prenait pas ses médicaments. Il dénonce une surconsommation de médicaments, il estime que les médecins prescrivent en trop « *[...] surtout pour nous calmer, je trouve.* »

Quelques lignes sur cette dernière phrase car elle soulève un point intéressant. Le Dr Christelle Kieffer explique que certains patients ont le sentiment d'avoir une sur-prescription médicamenteuse non justifiée. Ils soutiennent que les médecins essaient inconsciemment de « *traiter leur misère* » avec des anxiolytiques, antidépresseurs ou hypotoniques.

Le Dr Christelle Kieffer démontre :

*« Une étude réalisée en Meurthe-et-Moselle en 2011 dans le cadre d'une thèse de médecine générale, portant sur près de 400 médecins généralistes a montré que plus de la moitié des médecins ont rapporté des représentations négatives ou des difficultés dans la prise en charge des patients en situation de précarité. »<sup>11</sup>*

En tant que professionnelle de santé, la question se pose, imagine-t-on inconsciemment que les médicaments permettent de mieux vivre la misère ?

Pour conclure, les freins à l'observance médicamenteuse identifiés dans la population générale existent aussi dans la population des sans domicile fixe mais d'autres facteurs comme l'aspect financier et la précarité viennent s'y ajouter.

Ainsi, sans droits ou lors de leurs pertes, on sort du système classique de soin qui peut être défini comme la consultation au médecin généraliste et la délivrance de médicament en pharmacie d'officine.

Or, ces populations peuvent tomber ou être malade, nécessitant une prise en charge médicale. Leur ultime recours est la consultation aux urgences, ce qui n'est idéale ni pour les services des urgences, ni pour le patient qui peut avoir besoin d'un suivi médical.

Ainsi, d'autres solutions ont été mises en place.

---

<sup>11</sup> Christelle Kieffer. *Observance médicamenteuse et précarité. Identification des obstacles rencontrés et des stratégies mises en oeuvre par les personnes en situation de précarité face à une prescription médicamenteuse. Étude qualitative réalisée en Meurthe-et-Moselle.* Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. (hal-01732017)

## V. Prise en charge en structure publique à Limoges

---

### V.1. La Permanence d'accès aux soins de santé

Pour essayer de faire face à cette situation qui perdure déjà depuis des années, la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) est votée, issue de la loi sur la lutte contre l'exclusion de décembre 1998. (32) L'ARS résume sa mission :

*« un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. »<sup>12</sup> (33)*

Ainsi, les PASS offrent de nombreux services aux patients comme le soin, la prévention, l'écoute, l'orientation et l'information.

Les PASS ont été inscrites en 2013 dans le « programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies du projet régional de santé » en collaboration avec les ARS.

Il en existe près de 430 réparties sur tout le territoire : 368 PASS généralistes, 18 dentaires et 44 psychiatriques. Leur coût représente 63 millions d'euros par an. Elles sont majoritairement implantées dans les grands hôpitaux. Cette localisation est profitable car elles sont plus facilement situées et permet d'avoir accès rapidement aux autres services hospitaliers si nécessaire (pharmacie, laboratoire d'analyse). (34)

Leur financement est pourvu par une dotation couvrant les missions d'intérêt général sous le contrôle de l'ARS. Cette dotation englobe les frais de la structure comme les salaires, les coûts liés au service (interprétariat) ou les dépenses de santé pour les usagers non assurés (médicaments, examens).

Chaque année, les PASS doivent fournir à l'ARS plusieurs informations comme

*« le mode d'organisation, les caractéristiques de son personnel et ses effectifs, les prestations fournies aux personnes accueillies, ainsi que le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année, le nombre d'entretiens sociaux et celui de consultations médicales réalisées »<sup>11</sup>(33)*

A partir de ces indicateurs, l'ARS vérifie la concordance entre leur activité et leur montant de dotation. Par exemple, une PASS consultant au moins cent patients par an aura une dotation au minimum de 50 000€.

#### V.1.1. La PASS généraliste du CHU Dupuytren de Limoges

La PASS généraliste de Limoges se situe au rez-de-chaussée du CHU Dupuytren. Elle a été créée en 2001. Elle se compose d'un médecin, d'une assistante sociale (ce sont les deux métiers minimums pour ouvrir une PASS) et d'une infirmière. C'est une PASS où il faut prendre rendez-vous mais il existe en France d'autres PASS où ce n'est pas nécessaire.

---

<sup>12</sup> Les permanences d'accès aux soins de santé. <http://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>. Consulté le 31 juillet 2019.

La salle d'attente est dans le couloir. Il faut y patienter après avoir fait son entrée administrative à l'accueil du CHU. Puis, une infirmière vous accueille dans une première salle. Elle réalise les différents contrôles (identité, droits, etc...) et prend le temps de discuter. Elle a également un rôle important dans l'éducation thérapeutique du patient et dans la prévention. L'assistante sociale a son bureau adjacent au cabinet. Elle travaille sur l'ouverture des droits aux patients et informe la médecin sur sa possibilité de prescription (ce qui sera remboursé ou non).

La médecin prend en charge le patient. Elle l'invite dans sa salle d'examen. Il y a un ordinateur, des appareils de mesures et une table d'auscultation. La séance se déroule comme une consultation classique dans un cabinet de médecine générale : prise de tension, poids, taille... Elle réalise également des dépistages. Elle oriente les patients vers le Centre Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT) pour le dépistage de la tuberculose, et au service CIDDIST pour un dépistage du VIH et de l'hépatite B. Elle prescrit une prise de sang pour le dépistage de l'hépatite C.

J'ai passé un après-midi auprès du Dr TOOLAN dans ce service. Nous avons reçu, une mère et sa fille bulgares, un père et son fils du Kosovo, un jeune homme africain et un jeune homme syrien.

Tous avaient un logement, ils avaient leur droit ouvert (sauf l'homme africain) et ils étaient déjà venus. Il s'agissait de consultations de suivi.

Concernant la famille bulgare, la mère souffrait de pathologies ostéo-articulaires (mal de dos) et d'hypertension. Sa fille était là pour traduire, et discuter également de l'état de santé de sa mère. Pendant cet entretien, il y a eu beaucoup d'échanges sur tous les sujets.

Pour la famille du Kosovo, le père était atteint d'un diabète de type deux équilibré. Le fils était également là pour traduire. Ils ont également parlé des difficultés financières pour vivre.

L'homme africain était venu pour connaître les résultats d'un précédent EPS. Il était positif donc la médecin lui a prescrit un antiparasitaire par voie orale et une prise de sang. Ces droits n'étaient pas encore ouverts. Les ordonnances étaient accompagnées d'un « bon PASS ». Je l'ai accompagné à la PUI. En présentant le coupon, le traitement a été délivré en totalité et sera pris en charge par la dotation annuelle de la PASS (de même pour la prise de sang).

Lors de la consultation avec l'homme syrien, nous avons téléphoné à une plateforme d'interprétariat. Après quinze longues minutes d'attente, une femme parlant l'arabe répond. Au fil de la discussion, l'homme nous expliquait son moral. Il était clairement déprimé. La médecin lui avait précédemment prescrit un anti-dépresseur mais il n'aimait pas car cela l'endormait trop au travail. Etant père de famille, celle-ci compte énormément sur lui comme chef de famille. A la fin de la consultation, la médecin lui a conseillé d'aller consulter à l'équipe mobile psychiatrique et précarité (EMPP) afin de parler plus longuement de sa dépression. Cette unité sera abordée dans un prochain chapitre.

Ces consultations m'ont montré toutes les difficultés évoquées dans la problématique. Les difficultés financières évoquées par la famille du Kosovo, la longueur des démarches administratives pour l'ouverture des droits de l'homme africain et enfin la barrière de la langue avec le jeune homme syrien.

Quand une prescription est faite, il faut penser à l'environnement de la personne. S'il s'agit de traitement dermatologique qu'il faut rincer, une personne à la rue n'aura pas accès à un point d'eau pour réaliser correctement son traitement.

La communication entre la PASS et les autres services hospitaliers comme les urgences est important. En effet, une bonne entente permettra d'éviter la sortie d'un patient en précarité sans avoir eu connaissance ou accès à la PASS.

### V.1.2. La PASS gynécologique de l'Hôpital Mère et Enfant

A Limoges, il existe également une PASS à l'hôpital Mère et Enfant. Elle est composée de deux assistantes sociales. Sylvie Frachet qui accompagne les femmes enceintes et Sandrine Mazet qui accompagne les enfants et les soins gynécologiques. Cette PASS est transversale, cela signifie que les assistances sociales se déplacent dans les services pour apporter leur expertise. Mais elles peuvent également les voir en toute confidentialité dans leurs bureaux.

La mission de la PASS met en évidence la complexité des femmes enceintes sans droits à accéder à ces soins, pourtant vitaux. Un problème se pose quand, par exemple, une femme enceinte vient à l'hôpital et qu'elle ne bénéficie pas de l'AME car cela fait moins de trois mois qu'elle est sur le territoire, et donc sans domicile fixe.

L'Etat a donc créé en 2003 (en même temps que le délai de résidence de l'AME) le Dispositif des soins urgents et vitaux (DSVU). Ce dispositif évite que les hôpitaux fassent des avances de frais médicaux en attendant l'ouverture des droits du patient (voire de créances irrécouvrables). Ils peuvent ainsi pleinement assurer la garantie de soins. (9)

La grossesse rentre dans le Dispositif des soins urgents et vitaux. Cela permet le remboursement de la prise en charge à l'hôpital pendant maximum trois mois pour les personnes en situation irrégulière. Au-delà, il faut des droits ouverts pour une continuité des soins.

Avec les mineurs, isolés ou non, elles travaillent avec la Protection Maternelle et Infantile qui a un rôle fondamental. Le ministère de la Santé définit ses missions :

*« Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. »<sup>13</sup>(35)*

Ce service est donc doté d'infirmières, de sages-femmes, de médecins et de travailleurs sociaux. Au-delà de l'âge des six ans, la prise en charge est similaire à un adulte excepté que les délais d'ouverture des droits sont inexistantes. Pour les enfants plus jeunes, le gouvernement a mis en ligne un site internet ([www.perinat-france.org](http://www.perinat-france.org)) cataloguant tous les instituts disponibles dans les régions autour de la périnatalité, ainsi que des conseils sur ce thème.

Hors du cadre administratif, les entretiens avec les familles se basent sur leur sincérité ainsi une relation de confiance se crée. L'objectif de leur travail est d'accompagner leurs usagers vers l'autonomie.

Les PASS sont donc un véritable service pour le droit universel mais un facteur limitant de la pérennisation des PASS est leur hétérogénéité de fonctionnement. Chaque PASS possède sa propre organisation. Le gouvernement a émis une circulaire juin 2013 qui fournit

---

<sup>13</sup> La protection maternelle et infantile (PMI) - Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>. Consulté le 21 août 2019.

un référentiel concernant leur organisation, leur activité et établit les paliers de financement. (32)

Pour conclure ce chapitre, il est important que les PASS ne doivent pas se substituer aux autres offres de soins ni contribuer à créer un secteur spécialisé. Elles doivent dans un système de soins de droit commun.

En effet, le relais vers un médecin doit se faire le plus vite possible afin d'intégrer le patient dans un véritable parcours de soin. Dans la région de la Nouvelle Aquitaine, 70% des usagers de la PASS réintègrent un système de soins ou se déplacent au bout de six à sept mois. Au national, 15% viennent de façon récurrente à la PASS. (36)

En consultation à la PASS, le patient peut exprimer des difficultés psychologiques voire psychiatrique. A ce moment-là, il pourra être orienté vers une équipe spécialisée.

## **V.2. L'Equipe mobile de prise en charge psychiatrique**

### **V.2.1. Présentation du service**

Créé dans les années 2000, conjointement avec la PASS, l'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) est un service public qui a pour vocation d'accueillir et d'aller vers les plus démunis sur l'accompagnement psychiatrique.

Le ministère de la santé a fixé le cadre d'action des EMPP par la circulaire du 23 Novembre 2004 (37) :

*«[Les équipes] interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent. Elles peuvent ainsi accompagner ces personnes dans leurs parcours de soins mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale.»<sup>14</sup>*

Cette équipe apporte ainsi une expertise sur les troubles psychiques.

L'EMPP de Limoges est composée de quatre infirmiers, un psychiatre, un médecin généraliste, de psychologues, une psychothérapeute, d'une assistante sociale, d'une secrétaire et d'un cadre.

Une des missions de l'EMPP est l'accueil inconditionnel afin d'être un premier accès aux soins sur le lieu de consultation, mais aussi dans le cas de repérage en maraude. Le but est de soigner les troubles psychiques tout en faisant réintégrer les usagers dans le droit commun ou dans un parcours de santé.

L'autre principale mission est une aide pour les partenaires médico-sociaux locaux. L'EMPP apporte leur expertise sur la prise en charge psychique des populations précaires dans les structures voisines.

---

<sup>14</sup> DGOS. 2020. « Précarité : accès aux soins ». Ministère des Solidarités et de la Santé. 15 avril 2020. <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>.

Selon le rapport PIRAMIG, en mars 2019, il existe environ 145 EMPP en France. La file active moyenne nationale se situe autour de 300 patients. (38)

## V.2.2. Pour les usagers

La population vient souvent de manière spontanée mais il y a peu de présence en consultation. Les infirmières vont le plus souvent rencontrés les patients dans les associations, ou ces derniers envoient les patients à l'équipe. Cependant, la file active est en constante augmentation. Les trois profils les plus rencontrés sont les profils psycho-sociaux, les migrants et les usagers sortis de l'ASE (Aide Social à l'Enfance).

De manière générale, si un usager se présente à l'EMPP, il est d'abord accueilli par un infirmier qui fera une première évaluation, reposant sur la compréhension de la problématique du patient. Puis, son cas sera discuté en staff. Le médecin généraliste émet un premier avis sur la partie somatique et psychiatrique. La psychothérapeute estime s'il faut mettre en place une thérapie narrative. L'institut Repère explique cette approche narrative comme :

*« une déconstruction des relations de pouvoir dans lesquelles l'individu se sent isolé et enfermé face à son problème, puis la reconstruction d'histoires alternatives dans lesquelles les individus retrouvent une relation avec leurs rêves et leurs aspirations »*  
<sup>15</sup> (39)

Le psychologue estime s'il y a besoin de faire des bilans de l'état mental (traumatisme par exemple). Le psychiatre évalue le traitement, approfondi l'évaluation psychiatrique et la nécessité d'une hospitalisation. Ces évaluations par tous ces professionnels se font pour chaque patient, en initiation comme en suivi. Chaque cas est unique, et chaque décision est prise en tenant compte du « après ». Il n'y a pas de prise en charge de mineurs isolés. Ils sont orientés par l'équipe vers la pédopsychiatrie de la maison des adolescents.

Le médecin généraliste de l'équipe effectue deux consultations par semaine au sein des locaux. Ces créneaux sont pour les usagers qui sont capables d'avoir un rythme de vie. Le patient est vu en moyenne une fois par mois, dans l'idéal, deux fois par mois. Il arrive de faire des entretiens téléphoniques. La consultation dure en moyenne une heure trente. Elle se déroule généralement en trois étapes, la verbalisation de l'historique, l'identification des symptômes, et l'explication du traitement. Il faut parfois faire appel à des interprètes, en physique ou par plateforme téléphonique. Le traitement repose essentiellement sur des anti-dépresseurs, des antipsychotiques ou anxiolytiques en priorisant les formes retardées pour minimiser la répétition des prises. Quand le patient possède un logement, l'équipe propose de l'aider à faire un pilulier. Si le patient est hébergé dans un centre d'hébergement d'urgence, il propose le passage d'une infirmière libérale. Dans la rue, l'observance est très compliquée. Il y a beaucoup de perte, de vol et de détournement des médicaments. Le suivi est également très difficile. Les patients se déplacent dans une autre ville, ils peuvent également s'auto exclure ou consommer des stupéfiants, les isolant encore plus. Malgré tout, les professionnels de santé prennent toujours le temps d'expliquer le traitement.

---

<sup>15</sup> Institut Repère 2020-78 avenue du Général Michel Bizot- 75012 Paris-. s. d. « Qu'est-ce que l'Approche Narrative de Michael White ». Institut Repère. Consulté le 15 avril 2020. <https://www.institut-repere.com/Institut-Repere/qu-est-ce-que-l-approche-narrative.html>.

Un des problèmes du « après » vient également du monde médical qui peut être parfois méprisant et rejette leurs patients. Malheureusement, il arrive que des médecins refusent de prendre en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacées par peur d'être victime de violence. Ce risque n'est pas à négliger car il existe réellement.

D'autre part, l'équipe de l'EMPP participe à la PASS mobile depuis 2005. Le lien patient-assistants sociaux est très important et est aussi essentiel que le lien avec les professionnels de santé. Un des grands principes est le « aller-vers ». C'est une démarche pro active pour aller chercher, discuter et aider les usagers, pour recréer un lien social. Le médecin généraliste tourne également en maraude pour renforcer le lien entre sans abri et médecin, diminuant ainsi le « fantasme du médecin ». Il est plus simple de soigner avec quelqu'un qui nous ressemble, il faut ainsi essayer de rentrer dans leur système de valeur.

Un groupe de parole composé d'une infirmière et d'une assistante sociale se déroule une fois par mois dans les locaux de l'EMPP. Il regroupe douze personnes au maximum, uniquement des francophones. Les patients rencontrés lors de ce groupe peuvent être des femmes victimes de violence sexuelle, des personnes isolées ayant perdu les liens familiaux. Ce groupe a pour but une fois encore de repérer et récupérer les personnes ayant besoin d'un accompagnement.

J'ai vraiment ressenti le sens du mot « équipe » lors de ma rencontre avec l'équipe de l'EMPP. Ils ont été très chaleureux et accueillants. Les échanges ont été enrichissants, dans une écoute mutuelle.

Ils font face ensemble quand un membre de l'équipe ressent des difficultés ; quelquefois à cause du vécu pénible de leur patient et des limites qu'ils peuvent avoir pour soulager la souffrance de ces personnes en grande précarité.

### **V.2.3. Pour les associations et les élus**

L'EMPP de Limoges vient en aide aux autres associations qui en font la demande grâce aux contrats locaux de santé. Ils participent également au conseil local de santé mentale.

#### **V.2.3.1. Les contrats locaux de santé**

Les contrats locaux de santé (CLS) s'inscrivent dans la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) ayant pour but de réduire les inégalités territoriales et sociales de la santé. Ces contrats permettent de lier une ARS avec une collectivité territoriale travaillant sur les thèmes de la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Les caractéristiques de ce contrat reposent en plusieurs points comme la mise en place d'une stratégie d'objectifs communs, mais également le suivi et l'évaluation du programme d'action mis en place à partir des besoins locaux.

Cet accord est un atout pour une ARS car elle lui permet de regrouper, de consolider et d'inscrire dans la durée les actions menées par les acteurs locaux sur ces thèmes. L'ARS espérant ainsi mener à bien son projet régional de santé. (40)

D'autres acteurs publics de la santé et les associations peuvent être associés au contrat, comme l'EMPP, ce qui leur permet d'aider et de toucher les associations de quartiers.

### **V.2.3.2. Le conseil local de santé mental**

Un conseil local de santé mentale (CLMS) est une concertation regroupant plusieurs acteurs de la psychiatrie et autres professions, mais également les élus locaux, des représentants des familles et des malades.

Réuni une fois par an, il établit des objectifs d'amélioration de la santé mentale des populations concernées en se basant par un repérage des insuffisances et des points de ruptures sur les parcours de soin.

Ce conseil a aussi vocation de développer les actions intersectorielles et de créer des partenariats pour mettre en place ces décisions. (41)

De plus, un CLMS va être chargé de la mise en œuvre des actions sur la santé mentale d'un CLS. Il collabore ainsi avec l'ARS. (42)

A Limoges, les thèmes travaillés sont : la résolution de situations psychosociales complexes ; la santé mentale des migrants et des populations exclues ; la sensibilisation et information en santé mentale ; les soins sous contrainte, la santé mentale et précarité. (42)  
On retrouve des thématiques liées aux actions de l'EMPP qui a toute sa place dans ce conseil.

La prise en charge des troubles psychiques peut être associée à la prise en charge des addictions.

## **V.3. CSAPA et CAARUD**

A la suite de l'épidémie de SIDA chez les injecteurs de drogue en 1980, il a émergé une nouvelle stratégie de santé publique : la réduction des risques (RDR) en mettant à disposition des dispositifs stériles d'injection. Après de nombreuses évolutions, la RDR a connu un cadre légal en 2004 en l'inscrivant dans la loi de santé publique. Cet acte a notamment permis la création des CAARUD en 2006 mais également la réforme des CSAPA inscrivant la réduction des risques parmi leurs missions obligatoires. (43)

### **V.3.1. CSAPA**

Créé en 1970, les CSST (Centre Spécialisés de Soins aux Toxicomanes) (44) sont devenus les CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) en 2002. (45)

Ces centres ont pour vocation d'accompagner les patients avec ou sans droit dans la prise en charge de leurs addictions. Ils ont également une mission de prévention sur les drogues et de veille sanitaire.

### V.3.1.1. CSAPA à Limoges

Le centre Bobillot accompagne les toxicomanes à Limoges depuis 1978. Au fil du temps, il enrichit ses rôles avec l'ouverture en 2000 de l'unité de traitement des addictions à Henri Ey bas, puis en 2004 avec la création de consultation spécialisée Cannabis. Le centre Bobillot devient un centre médico-social et obtient l'accréditation de CSAPA en 2009. (46) Il est rattaché au Centre Hospitalier Esquirol car il fait partie du pôle Addiction en Limousin. Leur financement est assuré par l'assurance maladie.

L'équipe pluridisciplinaire est composée en 2018 de trois médecins psychiatres addictologues, d'un médecin hépatologue, d'un médecin généraliste, d'un cadre de santé, de deux assistantes sociales, de huit infirmiers, d'une secrétaire, d'un psychologue et d'un agent des services hospitaliers. Cela permet d'offrir un accompagnement sur tous les points de la vie.

Le CSAPA de Limoges proposent quatre missions principales qui sont le cœur des missions propre à sa structure : l'accueil, la prévention, l'orientation et le suivi.

L'accueil est inconditionnel. Le premier contact peut être téléphonique et/ou physique par un infirmier spécialisé dans l'addictologie ou une assistance sociale. Un premier rendez-vous de consultation peut être fixé . L'infirmier addictologue détermine la nature de la demande du patient. Le patient fait part de sa volonté : diminution, arrêt de consommation ou par exemple un suivi social. Cette mission peut également prendre la forme d'une proposition d'accompagnement de l'entourage du patient ou d'accompagnement en milieu carcéral.

Les usagers viennent à 70% par le bouche-à-oreille, par le conseil des assistants sociaux, par les services médicaux (PASS, urgences). Les 30% restants viennent pour obligation de soins sur mesure de justice.

L'orientation est réalisée par une équipe professionnelle qui évalue la demande. La décision est prise en fonction de l'évaluation de plusieurs éléments : la fréquence de consommation, les antécédents, l'état psychologique et médical, l'environnement et la situation sociale. Ensuite, une prise en charge adaptée est proposée, que ce soit une prise en charge individuelle ou une orientation vers une structure. Dans tous les cas, l'orientation mobilise un réseau de professionnels régional voire national.

Le suivi regroupe toutes les consultations réalisées pour la problématique du patient. Elles sont donc spécialisées pour différentes demandes : addictologie, jeunes consommateurs, traitement de substitutions aux opiacés, obligations de soins, hépatologique, comorbidité (VIH-VHC), social. Elles peuvent être anonymes, et sont gratuites. En 2018 à Limoges, ce suivi concerne 1 200 personnes, avec pour répartition 60% consommateurs d'opiacées et d'alcool, et 20 % de cannabis, les pourcentages restants concernant le mésusage des médicaments.

Une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) participe, avec les infirmiers du CSAPA, à des consultations ou de la prévention dans des sites délocalisés sur le territoire Limousin, ou en milieu carcéral. (Annexe 8)

La partie sociale est également au centre de la prise en charge au CSAPA. Les deux assistantes sociales évaluent les dommages sociaux, et met en place les droits fondamentaux comme le logement et l'accès aux soins. Elles effectuent un travail tout aussi essentiel que la partie médicale. L'assistante sociale que j'ai rencontrée m'a également fait part du regard parfois compliqué qu'ont les médecins envers les personnes addictes. Cela revient aux obstacles cités dans la problématique.

Le CSAPA est également le référent du département comme centre de méthadone (ouvert en 1995). Une quarantaine de personne vient quotidiennement.

Concernant la réduction des risques, la prévention est réalisée avec des actions par des professionnels de la prévention. Ils font partis d'une unité dédiée, rattachée au centre Bobillot : l'unité de prévention des conduites addictives. Elle se compose notamment d'un infirmier spécialisé en addictologie, d'un médecin psychiatre addictologue et d'un cadre de santé. Elle s'adresse à tout public, et sur tout type de substances, avec ou sans produits. La réalisation de flyers en partenariat avec d'autres structures et leur distribution fait également partie de la prévention. L'unité de prévention des conduites addictives aide également à la mise en place et à la réalisation de projet de prévention.

D'autres actions se déclinent à la suite cette prise en charge comme des groupes de paroles, des ateliers thérapeutique (relaxation individuelle, culinothérapie) ou des entretiens familiaux.

Concernant les usagers sans domiciles fixes, on peut retrouver les données nationales dans les rapports RECAP émis chaque année par l'ODFT. (14)

En effet, dans leur mission, les CSAPA ont un devoir de veille sanitaire et d'information en fournissant des données sur leurs usagers.

Sur les cinq dernières années, le pourcentage de SDF accueilli au sein des CSAPA est en constante augmentation, en passant de 1,8% en 2015 à 2,6% en 2019.

Le CSAPA propose des TROD (Test Rapide d'Orientation et de Dépistage) hépatite C, B et VIH.

Enfin, ils travaillent également avec d'autres structures comme, à Limoges ; le CAARUD ou AddictLim. Ils ont organisé avec ce dernier des journées de dépistage de l'hépatite C.

En effet, lors de ces journées de dépistage, il y a environ cinquante personnes qui viennent se faire dépister. L'utilisation du Fibroscan ® a été une petite révolution. C'est une très bonne manière de dépister car le taux de motivation et d'acceptation est de 100% grâce à son caractère non invasif contrairement au TROD qui sont acceptés à 50%. Dans le cas où le fibroscan s'avère positif, une prise de sang est prescrite afin de mesurer la charge virale. Puis un rendez-vous est donné au CSAPA ou CAARUD pour donner le résultat. Si traitement il y a, le suivi sera effectué par une infirmière addictologue. Au cours d'une journée, environ 20% des personnes venues se faire dépister sont testés positifs et sont traités. A la manière des consultations « hors des murs » de l'hôpital, ces journées de dépistage s'effectuent dans les sites délocalisés.

Toujours dans les rapports RECAP, ces derniers recensent les chiffres des usagers des CSAPA qui ont une sérologie positive ou négative au VHC. Alors que ces chiffres sont stables depuis 2016, on remarque une diminution de sérologie positive (15,1% en 2018 contre 13,5 % en 2019) et une augmentation de sérologie négative (84,9% en 2018 contre 86,5% en 2019). Ces éléments sont peut-être le marqueur de l'efficacité de ces initiatives, ou l'arrivée des antiviraux à actions direct à l'officine. (14)

Au-delà de toutes ces missions, le CSAPA peut offrir un accompagnement avec hébergement.

### **V.3.1.2. Les Appartements de Coordination Thérapeutique**

Il existe plusieurs possibilités d'hébergement associées au dispositif médico-social d'addictologie : les Centres Thérapeutiques Résidentiels, les Communautés Thérapeutiques et les Appartements de Coordination Thérapeutique et les familles d'accueils spécialisées. (47)

Les centres thérapeutiques résidentiels (CTR) proposent un hébergement collectif pour des personnes sevrées ou sous traitement de substitution. C'est un lieu de soin qui permet d'ancrer le sevrage et de construire un projet de réinsertion. La durée du séjour est d'environ trois mois renouvelables.

Les communautés thérapeutiques (CT) s'adressent à des personnes dépendantes aux substances psychoactives qui font une démarche volontaire de s'inscrire dans un projet de soin et d'insertion sociale. La durée du séjour est d'environ dix-huit mois.

Il n'existe pas en Limousin de CTR, de CT ni des familles d'accueils spécialisées, mais il existe à Limoges des appartements de coordination thérapeutique.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) ont été mis en place en 1994 à but expérimental pour les personnes malades du SIDA. Ils se sont pérennisés en 2002 avec l'ouverture à d'autres pathologies chroniques.

Ce dispositif héberge à titre temporaire toutes personnes présentant des faiblesses psychologiques et sociales et la nécessité d'un suivi médical. Il présente un double accompagnement personnalisé axé sur l'insertion sociale, et la prise en charge médicale avec l'observance des traitements, la prévention à la santé et le soutien psychologique. La durée d'hébergement est définie selon un contrat d'objectifs individuels convenu avec la personne accueillie. Un des buts les plus importants est le réapprentissage à l'autonomie.

Le CSAPA de Limoges bénéficie notamment d'ACT. En 2021, il y avait onze studios meublés. L'équipe est composée de médecin psychiatre, d'infirmiers, d'assistantes sociales, de monitrice-éducatrices, d'un cadre supérieur en santé et d'une secrétaire. (48)

Les personnes accueillies aux ACT sont :

*« majeures, ayant souffert de conduites addictives sevrées ou sous substitution dans un processus de réinsertion sociale. Ils ont besoin d'un logement temporaire et sont*

*suffisamment autonome pour vivre seul en appartement. Ils sont capables de respecter les règles d'un contrat »* <sup>16</sup>

Un rapport d'activité des ACT de Nouvelle Aquitaine datant de 2018 recense des données sur l'activité des ACT de la région. La file active aux ACT de Limoges était de 17 patients dont la moitié était des nouvelles personnes. (49)

Sur les 31 demandes reçues en 2018, le taux d'admission était de 30%. Les raisons de ce taux sont nombreuses. Sur l'ensemble des ACT de la Nouvelle Aquitaine, les justifications invoquées sont à 20% le manque de place, à 13% que la demande était hors critères de sélection, à 12% un dossier incomplet, etc. Les pathologies justifiant l'admission sont en premier lieu les maladies psychiatriques, puis les conduites addictives et enfin, les cancers et infections aux VIH/VHC.

Toujours sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine, seulement 21,1% des personnes accueillies avaient un hébergement durable avant l'admission. 54,3% des personnes accueillies vivaient en hébergement précaire et 24,7% étaient sans domicile. A la fin de l'hébergement en ACT, près de 40% sont autonomes pour gérer un logement contre 22% qui sont sorties vers un hébergement précaire.

Depuis 2019, le Centre Hospitalier Psychiatrique Esquirol a également dix places en ACT destinées aux personnes atteintes de troubles psychiques.

Une autre structure aidant à la prise en charge des personnes atteintes d'addictions et à la réduction des risques est le CAARUD.

### **V.3.2. Le CAARUD**

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) visent à aider la situation sanitaire et sociale de consommateurs de drogue qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

Les infirmiers et les travailleurs sociaux luttent pour la réduction des risques notamment par la distribution de petit matériel comme des seringues stériles, des filtres, paille de sniff etc. et des moyens de communication comme des flyers expliquant les bons moyens de consommation. En effet, les modes de consommation de drogues exposent à des infections, comme le virus de l'hépatite C et/ou du Sida.

Certains centres peuvent proposer un accès aux douches, à des lave-linges, mais aussi à la délivrance facilitée de Méthadone<sup>®</sup> et de Nalscuc<sup>®</sup>.

Ils ont aussi une mission sur le terrain comme médiateur auprès des riverains ou du ramassage de seringues usagées. (50)

Enfin, ils participent au dispositif de veille sur l'évolution des pratiques des usagers en matière de drogues et de toxicomanies.

---

<sup>16</sup> *Les unités du Pôle d'Addictologie en Limousin du Centre Hospitalier Esquirol | CERJeP.* <http://cerjep.fr/test-de-dependance-a-internet/>. Consulté le 10 avril 2021.

### V.3.2.1. CAARUD à Limoges

Fondée en avril 2010, dénommé « L'étape », le CAARUD de Limoges est en association avec AIDES. Il est notamment financé par l'ARS et par la Sécurité Social.

Les horaires de permanence sont le mardi de 15h à 20h, le jeudi de 14h à 18h avec la présence d'infirmière spécialisé du CSAPA, de la PASS ou d'AddictiLim et enfin le vendredi de 10h à 14h.

Les usagers connaissent ce lieu par le bouche-à-oreille, ou par les équipes de rue.

Dans le flyer de présentation de L'étape, la structure veut s'articuler autour de quatre missions : «

- *Permettre aux personnes confrontées au VIH/Sida et aux hépatites de se mobiliser et d'être actrices de leur santé*
- *Respecter, développer l'autonomie des personnes, et ce, dans une approche globale*
- *Associer les personnes dans la définition de leurs besoins et rechercher des réponses possibles,*
- *Expérimenter des projets nouveaux, porter un plaidoyer dans un objectif de transformation social »*

De ces missions en découle l'accueil inconditionnel de toutes personnes de manière anonymes et gratuit. Il s'agit de ne pas pousser à la réduction de la consommation mais à la réduction des risques, il s'agit d'un accompagnement vers l'autonomie. En 2018, le file active est de 253 personnes avec 20,2% de femme, 8,7% de nouvelles personnes et 2 272 contacts établis. (51) En 2017, la file active était de 236 avec 11,02% de femme, 11,4% de nouvelles personnes et 2 489 contacts établis. (50)

Sur place, il y a des règles : pas de consommation, pas de commerce, pas de violence et de propos discriminatoires, les animaux sont les bienvenus mais ils doivent être sous surveillance.

Il y a un accueil collectif, avec des services tel qu'une salle de bain, un espace collation, et la mise à disposition d'internet et de téléphone pour les démarches médico-sociales. Ces aides permettent une première étape dans le « prendre soin de soi », mais aussi un échange convivial, dédié à l'écoute.

Concernant la mise à disposition gratuite de petit matériel, L'étape distribue notamment des pailles pour le snif de cocaïne (une paille par snif).

Pour l'injection, ils distribuent des seringues, des aiguilles, des filtres stériles (Stérifilt®), cup (Stéricup®) (plusieurs couleurs afin d'insister pour le « une cup, une personne »), de l'acide ascorbique pour diluer l'héroïne, de l'EPPI, des lingettes d'alcool et des garrots.

Ils distribuent également des pipes à crack (usage personnel mais pas forcément unique) et des feuilles d'aluminium pour chasser le dragon. Ils distribuent également des containers pour stocker le matériel usagé, qui sera récupéré par le CAARUD pour les jeter dans la filière appropriée. Pour information, leur principal fournisseur est Apothicom.

L'accompagnement se crée autour d'un entretien individuel informel sur la manière de l'injection, par exemple lors de la distribution, associé à des conseils personnalisés.

Associée à la distribution de matériel, il y a la mise à disposition de documentation sur les bons moyens de consommation des drogues. (Annexe 9)

Au fil du temps, l'utilisateur peut faire la demande pour revenir dans un système de droit : avoir un logement, un travail, une formation etc. A ce moment-là, l'équipe informera, orientera et soutiendra l'utilisateur vers les organismes nécessaires (CSAPA, PASS, CPAM etc). Les entretiens sont toujours anonymes, dans le non-jugement, le respect mutuel et la confidentialité. Par exemple, sur les 12 261 actes qui ont eu lieu à Limoges en 2018 et en 2017, 4,9% en 2017 contre 3,6% en 2018 des actes ont concerné l'accès au logement. (51) (50)

Depuis 2012, il existe une équipe mobile à Brive, dont la permanence est le mercredi de 14h à 18h. En 2018, la file active est de 87 personnes dont 20,7% femmes, 6,9% de nouvelles personnes et 514 passages. En 2017, la file active est 93 personnes, 6,5% de femmes, 7,5% de nouvelles personnes et 556 passages. (51) (50)

Au-delà de ce local, ils interviennent également à l'extérieur pour établir des contacts avec les usagers, par exemple dans la rue ou les milieux festifs. En effet, en 2018, 78 contacts ont été établis à la rue contre 60 en 2017. Dans les milieux festifs, 400 contacts établis qui ont abouti à 185 entretiens en 2018 contre 446 contacts établis avec 86 entretiens en 2017. (51) (50)

Le CAARUD de Limoges est associé au programme national d'échange seringue en pharmacie depuis 2012. Il donne gratuitement du matériel que souhaite distribuer la pharmacie, cette dernière participant ainsi activement à la réduction des risques. La personne en charge du programme au CAARUD visite une fois tous les trois mois les pharmacies afin d'avoir un retour d'expérience. Ainsi, 95% des pharmacies ont vu un changement dans leur vision, ils ont vu leur rôle de professionnel de santé car ils ont amorcé un lien usager-pharmacien. En 2017, 28 pharmacies dans le département de la Haute Vienne ont participé contre 25 en 2018. (51) (52) Ce programme s'ajoute à la délivrance de Stéribox® au sein des officines, une pratique essentielle pour la réduction des risques.

Enfin, le CAARUD de Limoges explique qu'ils font de la médiation sociale de rue pour éviter les conflits de voisinage et prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

Au-delà de ces missions, les CAARUD offrent une véritable pause pour un public vulnérable avec l'opportunité d'ouvrir un réel échange sur de nombreux sujets.

Toutes ces structures d'addictologie travaillent donc en harmonie afin d'aider au mieux leurs usagers.

Une structure prenant en charge la tuberculose, une maladie touchant les plus précaires, est le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse.

#### V.4. Le Centre de Lutte Anti Tuberculeuse

Les centres de Lutte Antituberculeuses ont sept missions définies par l'Etat, lui-même responsable financier et opérationnel de la lutte contre la tuberculose. (18)

Ces sept missions sont : «

- *Des consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale*
- *Le dépistage avec enquêtes dans l'entourage des cas, réalisation d'actions ciblées de dépistage, élaboration des stratégies de dépistage*
- *Des actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risque avec information, communication*
- *La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG*
- *La participation à la formation des professionnels de santé*
- *Le développement des partenariats et la participation à un réseau départemental de lutte contre la tuberculose*
- *La participation à l'évaluation et la surveillance épidémiologique »*<sup>17</sup>

Le Centre de Lutte Antituberculeuse du CHU Dupuytren est un service hospitalier créé en 2003. Le service composé est d'une infirmière, d'une secrétaire, d'une assistante sociale et de deux médecins.

La majorité des patients prise en charge sont sans domiciles fixes et sont des migrants. La majorité d'entre eux savent ou supposent qu'ils sont atteints de la tuberculose. Le service dépiste en moyenne six cents personnes par an qui proviennent notamment de la PASS et du CADA, mais également d'autres horizons.

##### V.4.1. Prise en charge au CLAT de Limoges

Les difficultés de prise en charge pour cette maladie sont inhérentes à la précarité socio-administrative : statut, protection maladie et conditions d'hébergement. Le suivi médical d'un patient tuberculeux nécessite de le contacter rapidement (rendez-vous manqué, suivi du traitement). Le patient doit avoir un moyen de communication, ce qui n'est pas toujours possible.

De plus, une « enquête sur l'entourage » sera toujours effectuée autour du patient suspecté afin de connaître le contexte épidémiologique. A cette étape, la communication est primordiale entre le soignant et le soigné enfin d'avoir des détails précis et d'éviter toute contamination à grande échelle. Le recours afin d'avoir un interprète professionnel est parfois indispensable lors des premières consultations.

On remarque sur l'annexe 10 issus de Santé Publique France que l'enquête sur l'entourage est un élément important pour offrir une opportunité de diagnostic pour les enfants âgés de moins de 14 ans. (17)

---

<sup>17</sup> DGS\_Anne.M, et DGS\_Anne.M. « La feuille de route tuberculose 2019-2023 ». *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 5 avril 2020, <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/feuille-de-route-tuberculose-2019-2023>.

#### **V.4.2. Isolement**

Une fois la tuberculose maladie déclarée, le patient est isolé à l'hôpital pour au moins deux à trois semaines. A chaque sortie de la chambre, le patient doit porter un masque chirurgical. Ce délai est le temps nécessaire pour avoir un effet thérapeutique. Il pourra sortir après une disparition des BAAR sur trois examens directs successifs. (20)

Cet isolement à l'hôpital n'est pas toujours possible. Parfois, le patient est malheureusement renvoyé chez lui (s'il en a un) car le service manque de place. Ce « choix » est également fait en fonction de la personnalité du patient (responsable, compréhension de la maladie etc). Ainsi, un patient atteint par la tuberculose maladie n'ayant pas de domicile peut se retrouver à la rue en état contagieux faute de place dans le service.

L'OMS fixe comme objectif d'atteindre les 90% de succès thérapeutique, c'est-à-dire que le patient doit respecter son traitement jusqu'au bout pour être considéré comme guéri. Malheureusement, entre 2008-2014, seulement 65% des cas de tuberculose rapportés dans la déclaration obligatoire avaient une information renseignée sur l'issue de traitement en France. Les trois quarts de ces patients étaient considérés comme guéris. Pour les cas non renseignés, ils peuvent encore être considérés comme contagieux pour la communauté. (17)

Ainsi la prise charge de la tuberculose présente certaines difficultés, le traitement long, les effets indésirables lourds, ou encore l'isolement avec un logement ou non.

Face à toutes ces problématiques relevant du logement, une expérimentation a été lancée par le gouvernement en 2011.

## V.5. Le logement : étude « Un chez soi d'abord »

Sous l'impulsion de plusieurs médecins, le gouvernement a lancé une expérimentation « Un chez soi d'abord ». Le principe est de proposer une nouvelle prise en charge des sans-abris en proposant d'abord un logement et non un traitement comme il est communément admis. En effet, dans cette dernière démarche, on considère que l'utilisateur sera apte à vivre dans un logement par l'arrêt de la consommation et d'avoir atteint une stabilité psychiatrique.

Cette expérimentation en France s'appuie sur des résultats efficaces de la démarche « *Housing first* » aux Etats-Unis ancrée depuis les 1990. (53)

Ainsi, dans ce programme, il n'y a ni obligation d'arrêt de consommation ni de traitement imposé, seulement un accompagnement pluridisciplinaire intensif. Le droit au logement s'applique sans d'autres critères que le droit commun.

L'expérimentation s'est déroulée entre 2011 et 2016 à Paris, Toulouse, Marseille, Lille. Elle regroupe plusieurs corps de métier avec les travailleurs sociaux, le corps médical (notamment en santé mentale et addictologie), des médiateurs de santé pairs et un gestionnaire locatif.

Cette expérimentation concerne des personnes sans-abris présentant des troubles psychiques sévère, avec ou sans addictions.

Sur les 703 personnes qui ont intégré l'étude, ils ont été divisés en deux groupes. Le premier qui bénéficie d'un logement avec 353 personnes et l'autre groupe de 350 qui suit l'approche classique formant le groupe témoin. La moitié des participants présentaient une pathologie somatique chronique et plus de 80% souffraient d'addictions.

Ainsi pour le premier groupe, un logement sera proposé dans les plus brefs délais, sans passer par l'hébergement. Il faut bien noter la différence entre la notion d'hébergement qui est provisoire, et le logement, qui a un aspect plus durable.

Le dispositif mis en place est la sous location par le dispositif intermédiation locative. Ce dispositif permet de proposer un loyer social, rendant l'Etat garant du paiement des loyers et de la remise en état s'il y a des dégradations. L'aménagement se fait petit-à-petit, pour ne pas marquer une grande fracture entre la vie à la rue et un logement.

L'accompagnement est vers le « mieux-être ». Le principe est que la personne soit son propre acteur vers la réinsertion. Ainsi, l'équipe est fortement présente avec au moins une visite au domicile par semaine et un système d'astreinte téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 mais en aucun cas coercitif. Il n'impose pas, il écoute les besoins et les envies de chacun.

Les résultats sont probants. Au bout d'un an, il y a une amélioration de la santé et de la qualité de vie. Les personnes font part d'un bien être psychologique et d'une (re)prise de confiance en soi. Enfin, comme le montre l'annexe 11, on remarque une diminution de moitié de la durée d'hospitalisation par rapport au groupe témoin. (54)

Au bout de quatre ans, sur toutes les personnes participant à l'expérimentation « un chez soi d'abord » 85% restent logés et sont suivies. L'accès aux droits, aux ressources financières et à la réinsertion dans le système de soin commun comme la déclaration d'un médecin traitant sont effectués pour la quasi-totalité. Il y a une meilleure acceptation de la maladie avec une meilleure connaissance des symptômes et une amélioration de l'observance médicamenteuse. Les ruptures de droits sont moins fréquentes, et les situations de crises de plus courtes durées.

L'autre but était également de prouver le rapport coût-efficacité de cette stratégie. Ainsi, le coût annuel du premier groupe est 14 000€ par an et par personne, soit une économie 6 000€ par rapport au groupe témoin (parcours classique avec la PASS, les urgences etc.). (53)

L'OFDT a mené une étude en 2018 sur les addictions dans cette expérimentation. Ils ont notamment étudié les effets de l'expérimentation sur l'usage des drogues. En effet, la question est : avoir un toit permet-il de réduire sa consommation ? Ils n'apportent pas de réponse quantitative mais qualitative en se basant sur des témoignages. Les réponses sont mitigées. (55)

Pour un, le fait d'avoir un « chez soi » permet de consommer en toute sécurité et donc de diminuer les risques. Par exemple, s'injecter de l'héroïne dans la rue se fait pressément sans prendre en compte des facteurs de contamination, contrairement chez soi où on a le temps de faire l'injection « proprement ». Mais il indique que sa consommation n'a pas pour autant augmenté.

Pour un autre, le logement et la relation de confiance avec l'équipe lui a fait un délice l'amenant vers l'arrêt de la consommation d'alcool et de cocaïne.

Ainsi, pour certaines personnes, l'expérimentation du logement ne s'est pas accompagnée d'une réduction de consommation mais pour d'autres personnes, ils souhaitent entrer dans une dynamique de réduction de consommation.

Les résultats de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » ont permis de déployer la création de 20 sites accompagnant cent personne d'ici 2023. Fin 2019, six places ont été ouvertes pour cette expérimentation à Limoges. (56)

Malgré l'effort du système de santé français pour prendre en charge les personnes en situation de précarité, la demande si est forte que, souvent, les associations viennent combler le manque.

## VI. Prise en charge en structure associative

---

### VI.1. Médecin du Monde

Médecin du monde (MdM) est une ONG humanitaire française fondée en 1980.

En plus d'être présent sur les crises, ils sont présents dans 73 pays, dont la France, avec 373 programmes médicaux. (56)

Ils ont cinq axes de combat qui sont :

*« soutien aux victimes des crises et des conflits, promotion de la santé sexuelle et reproductive, réduction des risques, soins aux populations migrantes et déplacées et réduction de l'impact de l'environnement sur la santé. »<sup>18</sup>*

Une autre de leur vocation est de présenter des plaidoyers. Ils recueillent des témoignages, des données permettant de mettre en lumière les problématiques des populations vulnérables. Cette défense sensibilise les pouvoirs en places. Ils plaident ainsi pour un accès universel aux soins.

En 1986, il crée la mission France qui a pour objectif de soigner les personnes les plus vulnérables sur le territoire. Ainsi, un camion parcourt Paris pour distribuer des médicaments. Dans les mois suivants, un dispensaire fixe y est créé. Il a vocation à être fermé dans les six mois afin d'alerter les pouvoirs publics sur la situation des plus pauvres en France.

Trente ans plus tard, il y a quatorze centres en France. Ce sont les Centre d'Accès aux Soins et d'Orientation (CASO).

Il apporte une aide gratuite aux usagers pour connaître ou faire valoir leurs droits afin de retourner dans le droit commun. Ils orientent les usagers ayant leur droit vers les structures publiques appropriées. Mais la majorité des usagers sans droit peuvent avoir une consultation médicale sur place.

Les CASO n'ont pas vocation de se substituer aux obligations de l'Etat. Pour rappel, il y a eu 23 048 personnes accueillies en 2019.

Le fonctionnement d'un CASO est décrit en prenant pour exemple celui de Lyon.

#### VI.1.1. Le CASO de Lyon

Le CASO de Lyon a ouvert en 1987 au public, sans rendez-vous, il compte sur une centaine de bénévoles. Les locaux sont proches de La Part-Dieu.

Au fil des années, le nombre de personne accueillies a diminué.

Dans le rapport de Médecins du Monde de 2019, un tableau récapitulatif de l'activité en 2019 au CASO de Lyon (annexe 12) permet de remarquer que par rapport au logement, les usagers lyonnais sont plus en situation de précarité que pour l'ensemble des CASO. Les droits non ouverts sont également plus fréquents. (7)

L'utilisateur est tout d'abord accueilli par un bénévole pour établir un premier contact.

Après avoir patienté dans une salle d'attente, l'utilisateur est convié à l'étape d'orientation. Dans une pièce, un ou deux bénévoles engagent une discussion avec l'utilisateur. Ils écoutent sa

---

<sup>18</sup> Médecins du Monde. <https://www.medecinsdumonde.org/fr>. Consulté le 19 avril 2021

demande et ensemble, ils font le point sur sa situation sociale. Selon cette dernière, il sera soit orienté vers les structures citées plus haut, soit orienté vers des médecins généralistes de ville partenaires, soit il aura une consultation médicale sur place.

Il rencontre un médecin bénévole qui réalise une consultation médicale générale.

Si besoin, l'usager peut être amené à rencontrer un bénévole dédié à la prévention. Lors de l'entretien, des tests de dépistage rapide sont proposés (SIDA, hépatite C), des préservatifs sont donnés. Si besoin, le patient peut être orienté vers une structure de dépistage de la tuberculose.

Il est possible de prendre rendez-vous pour consulter un psychologue ou un psychiatre bénévole.

En cas de nécessité, une ordonnance peut être émise. De ce fait, le CASO possède une petite pharmacie. Tous les médicaments ne sont pas référencés. Si le médicament prescrit n'est pas au CASO, l'usager peut se fournir dans une officine. Soit ce dernier a des droits et il se rend dans une officine classique et les médicaments sont pris en charge par la Sécurité Sociale. Soit il n'a pas de droit et il se rend dans l'officine partenaire du CASO. Les médicaments délivrés seront ensuite payés par MdM.

Le stock est géré par des pharmaciens bénévoles. Ces derniers peuvent également donner des conseils médicamenteux sur demande des médecins.

Les médicaments sont fournis gratuitement par l'association Pharmacie Humanitaire International (PHI) via une commande mensuelle. En 2019, l'équivalent de plus de 4 250€ de médicaments ont été commandés.

#### **VI.1.1.1. PHI : le grossiste humanitaire**

Initialement Pharmacien Sans Frontières en 1985, l'association devient Pharmacie Humanitaire Internationale (PHI) en 2004. Elle a pour but de favoriser l'accès aux médicaments pour les plus précaires, en France et à l'étranger.

Jusqu'en 2008, l'association se chargeait d'éviter le gaspillage des médicaments non utilisés (MNU) en France pour les transformer en réutilisation.

Or en octobre 2008, l'association devient le seul fournisseur de médicaments neufs pour les centres caritatifs du territoire français. Il fournit des médicaments neufs car peu de temps après, en décembre, la loi interdit la réutilisation des MNU.

Afin d'approvisionner au mieux les centres de soins caritatifs dont le CASO de Lyon, l'association crée un établissement pharmaceutique à Nîmes en 2009. C'est un bâtiment de 800m<sup>2</sup> qui a pour mission d'acheter, de stocker et de distribuer gratuitement des médicaments. C'est un grossiste humanitaire.

L'équipe est composée d'une pharmacienne et une chargée d'exploitation qui doivent respecter les bonnes pratiques de distribution en gros des normes européennes. Toutes les méthodes de travail sont donc harmonisées pour respecter notamment l'hygiène, la sécurité, la température mais également le scan des médicaments pour la sérilisation. En 2019, l'établissement comptait 539 références.

Son budget est alloué par la Caisse Nationale Assurance Maladie. Cette dernière définit la liste de médicaments, le « Livret thérapeutique », qui peuvent être achetés auprès des laboratoires via ce budget alloué.

Si un médicament souhaité par un centre de soin n'est pas dans le livret thérapeutique, l'établissement pharmaceutique de Nîmes demande un devis auprès de la structure d'achat. Il transmet ce devis auprès du centre de soin qui accepte ou non de le payer. L'établissement ne prend aucune marge.

L'achat est direct auprès des laboratoires. En 2019, cela concernait 97% des médicaments achetés, les 3% restant sont des dépannages auprès de grossiste classique. Le statut de grossiste humanitaire n'existant pas, le statut de grossiste (ou hospitalier) est utilisé pour bénéficier des tarifs lors des négociations annuelles.

90% des médicaments sont destinés au territoire national contre 10% pour l'international (l'association veut privilégier l'économie locale). Même si l'entreprise de livraison est spécialisée dans les médicaments, il n'y a pas de médicaments de la chaîne du froid.

En 2020, plus de 220 000 médicaments ont été expédiés pour 148 centres bénéficiaires par 759 expéditions. (57)

Au-delà de cette activité, PHI s'appuie son tissu d'antennes locales qui réalise des projets locaux ou internationaux.

Hors structure publique, le réseau associatif peut également proposer des solutions d'hébergements temporaires.

## **VI.2. L'hébergement en structure associative**

Toutes demandes de logements ou d'hébergements passe par un service unique centralisé, le SIAO, le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation.

Crée en 2010, ce dispositif recense l'offre existant dans son département dans les solutions d'hébergements et de logement. Il oriente les demandes des personnes et des travailleurs sociaux vers les solutions adaptées disponibles. (58)

La demande est faite par un formulaire unique adressé, en Limousin, au Pôle Urgence de l'ARSL. (59)

Le SIAO a également la charge de la gestion téléphonique du 115. Par exemple, dans le cas d'un appel lors d'une maraude, il cherche une solution urgente comme une nuit à l'hôtel pour une personne sans abri.

Dans le cadre d'une meilleure prise en charge, le SIAO peut proposer, après une commission examinant la situation individuelle du demandeur, des solutions d'hébergements un peu plus stables comme le CHRS (Centre Hébergement Réinsertion Social).

### **VI.2.1. Centre d'Hébergement de Réinsertion Social à Limoges**

A Limoges, l'association proposant deux de ces centres est HESTIA. Elle dispose ainsi de 64 places. (60)

Ces centres ont pour vocation de proposer un accompagnement vers le logement et l'autonomie. L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de l'utilisateur faisant émaner un « contrat de séjour ». Un bilan est réalisé tous les six mois sur la concrétisation de ce contrat, nécessitant ou non une prolongation du séjour.

En 2020, les places en CHRS en France sont de l'ordre de 44 600. (58)

Cependant, il existe une problématique pour les personnes atteintes d'addictions, ce qui peut arriver pour les personnes sans domiciles fixes.

Effectivement, certains témoignages expliquent dans ce « contrat de séjour », il y a une dynamique de soins. Dans cette « obligation d'être guéri », certaines structures obligent l'abstinence. Cette dernière devenant ainsi la condition à l'hébergement. Mais au-delà de cette raison, d'autres contraintes comme la législation particulièrement des produits stupéfiants ou des comportements nocifs dû à l'usage des substances psychoactives limitent l'accès aux CHRS pour un certain type de population. (61) La solution des ACT peut être pertinente si les places sont disponibles

D'autres parts, certaines pathologies ne présentent pas une nécessité d'hospitalisation mais ces pathologies sont totalement incompatibles avec la vie à la rue. Ce constat a amené à la création en 1993 par le Docteur Xavier Emmanuelli, fondateur du Samu Social, de « Lits d'hébergement de soins infirmiers ». Cette initiative a perduré jusqu'à aujourd'hui avec les « Lits halte soins santé ». (62)

### **VI.2.2. Les Lits Halte Soins Santé**

Les LHSS accueillent temporairement toutes personnes majeures sans domicile fixe présentant un trouble de la santé ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière, mais dont la vie à la rue n'est pas compatible. Ils ont pour vocation d'assurer auprès des résidents des soins infirmiers, un accompagnement social et des suivis médicaux. Ils sont ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre et tous les jours de l'année. (63)

#### **VI.2.2.1. Les lits halte soins de santé à Limoges**

A Limoges, les LHSS ont été créées en 2009 à l'initiative de l'ARSL (Association de Réinsertion Social du Limousin) et disposent actuellement de douze lits.

De part ces missions multiples, l'équipe est pluridisciplinaire avec notamment un cadre médico socio-éducatif, un médecin coordinateur, un infirmier psychiatrique entre autres, des accompagnants éducatifs sociaux, ainsi qu'une secrétaire.

La majorité des patients qui sont orientés vers les LHSS viennent du centre hospitalier de Limoges, ainsi que de l'EMPP et des équipes qui maraudent. Chaque entrée passe par l'étude d'un dossier d'admission par la Commission d'Admission. Le médecin coordinateur apporte une expertise sur la nécessité de la prise en charge médicale du patient. Il estime également si les soins peuvent être assurés par la structure. En effet, les LHSS n'acceptent

pas les patients sous soins palliatifs ou avec des traitements inadaptés à la structure. Toutefois, l'absence de Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) dans le département amène le LHSS à accepter certaines pathologies lourdes.

En 2018, 73% des demandes formulées ont été admises. Dix personnes ont vu leurs demandes refusées par la commission, et sept personnes n'ont pu être accueillies faute de place. Une liste d'attente a été créée pour la première fois. Sur 55 personnes acceptées, 19 ont été du côté « Halte » et 36 du côté « Soins ».

Au total, 64 personnes ont été accueillies. Le taux d'occupation est de 94%. La majorité sont des hommes. Les tranches d'âges 18-25 ans, 36-45 ans et 46-55 ans sont majoritaires.

La majeure partie des patients sont étrangers, avec une situation administrative précaire : sans couverture sociale, en cours de demande d'asile, de régularisation, etc.

En 2019, l'ARSL a reçu 108 demandes d'admissions et a eu un taux d'occupation de 69%. (64)

#### **VI.2.2.1.1. Le soin**

Les pathologies rencontrées sont majoritairement psychiatriques (18 personnes), d'où l'importance du lien avec l'EMPP pour la prise en charge psychiatrie des nombreux patients. Ces derniers sont fréquemment des nouveaux arrivants ayant vécu des parcours migratoires particulièrement traumatique (esclave, viol, tortures ...).

En 2018, on retrouve également d'autres pathologies chroniques (13 personnes), gynécologie obstétrique (11 personnes), traumatologique-orthopédie (6 personnes) ou encore oncologique (5 personnes).

Le partenariat avec la PASS est également essentiel car si un résident a besoin d'un soin spécifiquement réalisé par un médecin, il y sera orienté.

Le médecin coordinateur n'effectue pas de soins dans la structure. Il peut néanmoins orienter les résidents vers son cabinet médical pour ceux ayant une couverture sociale.

Une évaluation par toute l'équipe est faite chaque mois pour chaque résident. La durée moyenne d'hébergement est de 48 jours pour le « Soins ».

La majorité des sortants des LHSS ne sont pas à la rue, mais tous sont dans une situation de précarité (CADA, hébergement d'urgence, logé chez un tiers). Seulement six ont trouvé un logement.

En 2019, la durée moyenne de séjour est de 58 jours et la halte a accompagné 67 personnes. (64)

### VI.2.2.1.2. La halte

Les personnes bénéficiant de la Halte sont des personnes qui ont une pathologie plutôt équilibrée, mais qui sont extrêmement fragilisées nécessitant de faire une « pause », de faire un point sur leur état de santé. Dans son rapport annuel de 2018, l'ARSL fait un retour d'expérience très positif :

*« La possibilité de se reposer, de se renforcer, de rompre l'isolement et d'éventuellement définir des perspectives aussi bien médicales que sociales permet d'affronter un possible retour à la rue avec plus de force et parfois d'espoir »<sup>19</sup>*

Contrairement aux soins, l'évaluation se fait toutes les semaines.

La durée moyenne d'hébergement est de 32 jours pour la Halte, elle est de deux mois au maximum.

Sur les 19 personnes accueillies, seulement deux sont retournées à la rue. (64)

D'autres structures associatives proposent un logement avec un accompagnement social et médical.

### VI.3. Le logement associatif à Limoges

À la suite d'une demande au SIAO, les demandeurs peuvent être amené à loger de manière plus durable que l'hébergement dans une structure associative.

A Limoges, il existe les pensions de familles avec deux maisons relais. Il y a la résidence Montplaisir créée en 1993 à Couzeix ayant 20 places (65) et la résidence Les Clarisses créée en 2007 ayant 20 places. (66)

Les pensions de famille sont des logements destinés à des personnes de faible niveau de ressources en situation d'exclusion sociale. Ils peuvent présenter des troubles psychologiques voire psychiatrique les empêchant d'accéder à un logement autonome.

Ces résidences présentent des locaux privatifs et des locaux communs pour la vie collective. Ces derniers permettent la sensibilisation aux règles relatives à l'occupation d'un logement autonome et favorise la convivialité pour rompre l'isolement.

Il existe également des résidences accueils. Ils sont destinés au même public que les pensions de famille mais ciblent des personnes qui nécessite un suivi renforcé sur l'état de santé. (58)

Ils s'associent ainsi avec le secteur hospitalier et libéral pour assurer la continuité des soins. A Limoges, l'association PRISM a une résidence d'accueil avec 30 places (67) et l'association UDAF a une résidence 20 places pour des personnes en situation d'exclusion et handicap psychique.

Dans toutes ces structures, l'accompagnement se réalise afin d'intégrer un environnement social pour d'aider les résidents à accéder à un logement autonome.

---

<sup>19</sup> ARSL. <http://www.arsl.eu/rapport-dactivites-2018/>. Consulté le 27 mars 2021.

#### **VI.4. Les résidences sociales à Limoges**

A Limoges, il existe les résidences sociales portées par ADOMA. Cette entreprise est le premier bailleur du logement et de l'hébergement accompagné. Ces résidences ont des logements privatifs meublés avec des parties communes. Le public accueilli présente des difficultés financières, sociales ou d'autonomie les empêchant d'accéder à un logement ordinaire.

De la même manière que l'expérience « Un chez soi d'abord », les logements sont conventionnés à l'Aide Personnalisée au Logement (APL). ADOMA perçoit les APL calculée en fonction des ressources du locataire puis le déduit des charges. Le locataire s'acquitte d'un « reste à payer » chaque mois. Il y a également un accompagnement social.

En général, l'accueil dure jusqu'à deux ans. (68)

Ainsi, même s'il n'y a pas de limitation de durée de séjour, le nombre de place est limité et le but de ses structures est d'accompagner vers un logement conventionnel pour (ré)intégrer la société.

En attendant un logement, le patient sans domicile fixe atteint de pathologie chronique doit prendre son traitement. Quelques solutions ont été émises afin d'améliorer son observance médicamenteuse quel que soit son cadre de vie

## VII. Pistes d'amélioration de l'observance médicamenteuse chez les sans abris

---

Le parcours du patient sans domicile fixe pour avoir des médicaments se fera par deux possibilités.

Si le patient a des droits ouverts, il pourra aller en officine.

S'il n'a pas de droit à un régime de protection de santé, il pourra être orienté par les structures vers l'hôpital à la pharmacie d'usage intérieur. Il pourra également se fournir dans une association humanitaire comme au CASO de Lyon mais cela concerne une minorité de patients sans abri.

Même si l'organisation des structures aptes à fournir les médicaments aux sans-abris est différente, la dispensation pharmaceutique est le même acte pour chacune d'elle.

Différentes expérimentations ont eu lieu dans ces endroits pour étudier leurs solutions sur l'observance thérapeutique chez les patients précaires.

### VII.1. En officine

La place du pharmacien d'officine est essentielle dans la prise en charge des patients les plus démunis.

En effet, dans la thèse d'exercice de Médecine du Dr Christelle Kieffer, les patients disent accorder leur confiance au pharmacien d'officine. (31)

D'autres parts, en 2005, le Dr Nadia Perrot a réalisé une enquête auprès des pharmaciens d'officines sur les difficultés rencontrées auprès des patients en situation de précarité dans le cadre de sa thèse d'exercice de Pharmacie en association avec ATD Quart Monde en Meurthe et Moselle. (69)

Les principales difficultés rencontrées lors de la délivrance sont celles cités précédemment : l'absence ou le non-renouvellement des droits sociaux, les médicaments non remboursés et les problèmes de communication liés à l'illettrisme ou le langage.

Les solutions qu'apportent les pharmaciens d'officine sont la relation étroite avec la sécurité sociale concernant la situation sociale du patient ou la mise en attente la facturation de l'ordonnance en attendant l'ouverture des droits. Concernant les médicaments non remboursés, ils cherchent un médicament équivalent remboursé avec l'accord du médecin. Les pharmaciens peuvent servir de relais entre toutes les structures prenant en charge le patient comme les services sociaux, les professions médicales et paramédicales.

En plus de la relation de confiance qui existe entre la population générale et les officines, le maillage territorial des officines, leur plage d'ouverture et la gratuité des conseils sont des atouts pour toute la population mais en particulier pour les plus précaires.

Les pharmaciens doivent comprendre que les personnes en précarité viennent pour leur ordonnance et pour les conseils associés, et non pour acheter. Ils doivent également comprendre que, comme démontré dans cette thèse, le recours aux soins est moins fréquent et ils peuvent présenter des états de santé graves. Le rôle du pharmacien sera d'insister et d'orienter vers les structures appropriées pour se soigner au plus tôt.

Un argument de plus sur l'importance du pharmacien d'officine concerne, la dispensation des antiviraux à action directe qui sont disponibles depuis 2018, en officine rendant le pharmacien d'officine un maillon important pour l'observance dans la prise en charge de l'hépatite C. (24) Un outil permettant de lever l'illettrisme ou la barrière de la langue est l'ordonnance visuelle. Créée en 2012 au sein du Centre Communal d'Action Sociale de la Voulte sur Rhône, elle permet de traduire visuellement une ordonnance classique. (70) Ainsi, le soignant peut plus facilement expliquer le traitement afin d'améliorer la communication vers le soigné. Cela permet de limiter le nombre d'erreurs de prise ou de confusion avec les génériques. Cet outil permet également de développer l'autonomie et la confiance en soi du patient par son aspect d'aide-mémoire visuel. Le patient sera plus observant car il comprend l'intérêt du traitement.

Comme le montre l'annexe 13 (70), c'est un livret en format A4 avec trois pages. La page de garde est une notice d'utilisation de l'ordonnance visuelle, la première page est le tableau de prise et les deux dernières sont des gommettes de couleurs et des représentations des formes galéniques.

Le tableau de prise se présente en cinq colonnes. On colle une gommette de couleur sur le médicament, et une deuxième de la même couleur sur la première colonne. Puis, dans les colonnes suivantes (matin/midi/soir), elles permettent d'expliquer le nombre de prises à l'aide des gommettes des formes galéniques. Il est possible de surligner l'heure de prise. Enfin, la dernière colonne permet d'indiquer la durée de traitement en surlignant le calendrier.

Un autre outil intéressant peut être le pilulier. En effet, une étude en 2003 a montré que les aides comme le pilulier, les calendriers, les rappels améliorent l'observance. (31)

Enfin, il existe d'autres outils pour lever la barrière de la langue. Des applications pour smartphone comme Traducmed<sup>®</sup> ou Mediglot<sup>®</sup>. Elles fournissent des phrases toutes faites concernant la santé dans plusieurs langues. L'application des hôpitaux de Paris Medipicto<sup>®</sup> aide le patient à expliquer sa situation par des pictogrammes. Ou à l'inverse, le soignant pourra questionner le patient, expliquer la prise en charge et le traitement.

Ainsi, pour améliorer l'observance des patients les plus précaires au sein de l'officine, il faut essayer d'instaurer une relation de confiance avec le patient pour le garder le plus longtemps possible en contact avec un professionnel de santé. Il faudra être compréhensif sur les ruptures de droits et mettre en attente la facturation de l'ordonnance pour éviter un arrêt de son traitement chronique. Il s'agira également de se mettre en relation avec la Sécurité Sociale ou avec les organismes sociaux prenant en charge le patient pour faire des mises au point sur ses droits. Pour d'autres situations, il s'agit d'accepter de prendre le temps d'appeler le médecin pour trouver un équivalent remboursé dans le cas de difficultés financières. Enfin, dans le cas d'un patient ne parlant pas français, de prendre le temps de bien communiquer par exemple avec l'outil de l'ordonnance visuelle, ou plus simplement à l'aide de dessin ou de gestes.

## **VII.2. A l'hôpital**

Un patient sans droits sociaux à l'hôpital pourra avoir ses médicaments à la pharmacie d'usage intérieur (PUI) qu'il se soit présenté à la PASS ou aux urgences. Le financement des médicaments délivrés fait partie de la dotation annuelle.

Afin d'estimer les solutions pour améliorer l'observance médicamenteuse à l'hôpital, une évaluation des pratiques professionnelles au sein de la PUI de l'hôpital universitaire Henri

Mondor est pertinente à étudier. (71) En 2014, cette évaluation s'intéresse à « l'implication du pharmacien hospitalier dans l'amélioration de la prise en charge des patients en précarité. »

Après avoir fait un état des lieux des difficultés rencontrées, ils ont mis en place des améliorations pour la prise en charge des patients démunis, surtout au sein de la PUI.

Ils ont créé un nouveau lieu d'accueil pour améliorer la confidentialité. Près de là, un stock physique a été installé avec 89 spécialités et des fiches explicatives ont été faites pour chaque médicament les plus dispensés. Celle-ci présente la composition, l'indication, la posologie et à l'aide de pictogramme, le mode d'administration et les effets indésirables.

Ils ont également réalisé des ordonnances types contenant une liste de médicaments les plus prescrits avec une zone de prescription libre. Deux ordonnances types ont été créées, une pour la PASS buccodentaire et une dite commune pour les autres services de l'hôpital (exception pour la psychiatrie à cause du risque de falsification). Enfin, ils ont réalisé deux livrets thérapeutiques spécifiquement pour les consultations buccodentaires et la psychiatrie. La mise en place de ces deux dernières actions avait pour ambition de limiter l'appel des médecins afin de substituer les médicaments qui n'étaient pas inscrits au livret thérapeutique de l'hôpital.

Les résultats sont mitigés. Six mois après la mise en place des actions, les résultats ont montré une nette augmentation du nombre moyen d'ordonnance dispensés par jour. Or, le temps de délivrance a été divisé par deux. Étant donné que les dispensations augmentent au fil des années mais qu'aucun moyen supplémentaire n'a été alloué, il y a eu donc une amélioration de l'organisation et de l'activité de dispensation à la PUI.

Concernant les autres indicateurs comme l'appel aux médecins pour les substitutions, ils sont restés comparables aux résultats précédents. En effet, le parcours PASS du patient implique tellement d'acteur qu'il est compliqué d'harmoniser tout le monde. Ils incitent ainsi à former à ce nouveau mode de fonctionnement auprès de plus d'acteurs possibles de la PASS.

Pour recueillir l'avis des patients, ils ont réalisé une enquête de satisfaction dont 20 personnes ont apporté des réponses. Concernant l'instauration du nouveau lieu d'accueil, ils sont globalement satisfaits. Pour le respect de la confidentialité, et les conseils associés aux médicaments, ils sont moyennement satisfaits.

Cette évaluation a permis l'amélioration de l'organisation pour la dispensation auprès des plus démunis. Mais il reste encore à développer des moyens pour améliorer la compréhension du traitement par les patients pour améliorer leur observance.

## Conclusion

---

La santé des sans domiciles fixes est plus mauvaise que celle de la population générale.

De plus, l'absence d'une domiciliation administrative est un frein à l'accès aux droits sociaux. Cette absence de droit conduit à un parcours différent du parcours classique de soins.

Les pouvoirs publics ont donc mis en place différentes structures prenant en charge les personnes dénuées de droits. Il existe les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pour la médecine générale, mais également les Equipe Mobile de Précarité Psychiatrique (EMPP) permettant la prise en charge des troubles psychiatriques. D'autres services s'occupent de l'accompagnement dans la réduction des risques et l'usage de drogue comme les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Ces deux dernières offrent une prise en charge de l'hépatite C. Enfin, la tuberculose peut être prise en charge dans les Centres de Lutte Antituberculeuses (CLAT).

Ces structures font face à des difficultés pour la prise en charge de leurs patients à cause de l'absence de logement. Certaines solutions existent comme les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) mais pour une durée temporaire.

La force associative vient pallier les difficultés des services publics, comme Médecin du Monde qui propose au sein de sa mission France les Centres Accès aux Soins et d'Orientation (CASO). D'autres structures proposent également des solutions d'hébergement temporaires liées aux problèmes de santé comme les Lits Halte et Soins de Santé (LHSS).

Le but de toutes ces structures est d'amener leur patient dans le droit commun.

L'observance médicamenteuse est difficile pour les patients précaires. En plus des freins rencontrés dans la population générale, d'autres viennent s'ajouter liés à leur condition de vie comme l'aspect financier ou la rupture des droits sociaux.

Ainsi, l'absence de logement est un facteur déterminant pour espérer tendre vers une bonne santé avec une bonne observance médicamenteuse. Toujours et encore, le collectif les Morts de la Rue ont recensé 659 décès de personne sans chez soi en 2019. (72)

Par ailleurs, l'expérimentation « un chez soi d'abord » prouve que l'attribution d'un logement avant même l'instauration d'un traitement permet de tendre vers un état de bien-être. La situation des sans domicile fixe a d'autant plus été mise en lumière avec la pandémie COVID 19.

Au-delà de les considérer humainement quand on les rencontre dans la rue, le rôle du professionnel de santé est de les aider, de savoir les orienter et de comprendre leur problématique. Il sera intéressant de suivre les résultats du plan quinquennal lancé par le gouvernement en 2017 qui a pour ambition de diminuer le nombre de sans domicile fixe d'ici 2022.

## Références bibliographiques

---

1. Damon, Julien. « Les « S.D.F. », de qui parle-t-on ? » *Population*, vol. Vol. 57, n° 3, 2002, p. 569-82.
2. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>. Consulté le 22 février 2021.
3. « 25e rapport sur l'état du mal-logement en France 2020 ». *Fondation Abbé Pierre*, <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/25e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2020>. Consulté le 22 février 2021.
4. « Pyramide des besoins ». *Wikipédia*, 2 février 2021. *Wikipedia*, [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pyramide\\_des\\_besoins&oldid=179503404](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pyramide_des_besoins&oldid=179503404).
5. *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/>. Consulté le 22 février 2021.
6. « Existe-t-il une culture de la pauvreté ? » France Culture, <https://www.franceculture.fr/emissions/les-idees-claires-de-clementine-autain/existe-t-il-une-culture-de-la-pauvrete>. Consulté le 10 avril 2020.
7. *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2019*. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/observatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-2019>. Consulté le 22 février 2021.
8. *Rapport de l'Observatoire 2017 | Médecins du Monde*. <https://medecinsdumonde.lu/fr/articles/dans-le-monde/15062020/rapport-de-lobservatoire-2017>. Consulté le 22 février 2021.
9. « Guide Comede ». Comede, 15 juillet 2016, <http://www.comede.org/guide-comede/>
10. *Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019 - Tendances 142 - décembre 2020 - OFDT*. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/profils-et-pratiques-des-usagers-recus-en-caarud-en-2019-tendances-142-decembre-2020/>. Consulté le 28 mars 2021.
11. *Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017) Tendances 121 - décembre 2017 - OFDT*. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/substances-psychoactives-usagers-et-marches-les-tendances-recentes-2016-2017-tendances-121-decembre-2017/>. Consulté le 27 mars 2021.
12. *Hépatite C*. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/hepatite-c>. Consulté le 11 avril 2021.
13. « Recommandations AFEF ». *AFEF - Société Française d'Hépatologie*, <https://afef.asso.fr/recommandations/recommandations-afef/>. Consulté le 11 avril 2021.

14. *RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) - OFDT.* <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/>. Consulté le 6 avril 2021.
15. SPF. *Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecins du Monde en France. Numéro thématique. Hépatites B et C, données épidémiologiques récentes. /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/limiter-les-opportunités-manquées-de-dépistage-des-hepatites-b-et-c-chez-les-migrants-en-situation-de-precarite-le-programme-de-medecins-du-monde.* Consulté le 11 avril 2021.
16. *Prévalence de l'hépatite C. /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-c/articles/prevalence-de-l-hepatite-c.* Consulté le 11 avril 2021.
17. *Tuberculose. /maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/tuberculose.* Consulté le 20 avril 2021.
18. DGS\_Anne.M, et DGS\_Anne.M. « La feuille de route tuberculose 2019-2023 ». *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 5 avril 2020, <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/feuille-de-route-tuberculose-2019-2023>.
19. Evidal2020, consulté le 5 Avril 2020
20. R.Gervais et G.Willoquet , « Guide Pharmacoclinique – 5ème édition », Puteaux, Le moniteur des pharmacies, 2017,1753p.
21. *Académie Nationale de Pharmacie - Accueil.* <https://www.acadpharm.org/divers/recherche.php?search=observance&sniv1=40&sniv2=40>. Consulté le 24 mars 2021.
22. « WHO | ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION ». *WHO*, [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/). Consulté le 24 mars 2021.
23. Moussalli, Joseph, et al. « Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues ». *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, vol. 31, n° 8, Part 3, septembre 2007, p. 51-55. *ScienceDirect*, doi:10.1016/S0399-8320(07)92564-6.
24. Aurélien Farge. *Évaluation de l'observance médicamenteuse des patients traités pour une hépatite C par les Antiviraux à Action Directe : analyse de la cohorte du CHU de Grenoble.* Sciences pharmaceutiques. 2018. (dumas-02746858)
25. *Rapport national OFDT 2020 - OFDT.* <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2020/>. Consulté le 28 mars 2021.
26. SPF. *Favoriser l'observance thérapeutique des patients en situation de grande précarité atteints de tuberculose-maladie : l'expérience de l'Équipe mobile de lutte contre la tuberculose du Samusocial de Paris, 2015-2018. /import/favoriser-l-observance-therapeutique-des-patients-en-situation-de-grande-precarite-atteints-de-tuberculose-maladie-l-experience-de-l-equipe-mobil.* Consulté le 30 mars 2021.

27. *Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ?* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>. Consulté le 23 mars 2021.
28. *Complémentaire santé solidaire : qui peut en bénéficier et comment ?* <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment>. Consulté le 23 mars 2021.
29. *Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ?* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>. Consulté le 23 mars 2021.
30. « Témoignages autour des refus de soins en 2020 ». *Fédération des acteurs de la solidarité*, <https://www.federationsolidarite.org/actualites/temoignages-autour-des-refus-de-soins-en-2020/>. Consulté le 24 mars 2021.
31. Christelle Kieffer. *Observance médicamenteuse et précarité. Identification des obstacles rencontrés et des stratégies mises en oeuvre par les personnes en situation de précarité face à une prescription médicamenteuse. Étude qualitative réalisée en Meurthe-et-Moselle*. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. (hal-01732017)
32. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37144>. Consulté le 2 mai 2021.
33. Les permanences d'accès aux soins de santé. <http://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>. Consulté le 31 juillet 2019.
34. « Rapport 17-05. Précarité, pauvreté et santé ». Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps, 19 juin 2017, <http://www.academie-medecine.fr/precarite-pauvrete-et-sante/>.
35. La protection maternelle et infantile (PMI) - Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>. Consulté le 21 août 2019.
36. Données issues sur la conférence d'accès aux soins organisé par ERENA le 14 mars 2018
37. DGOS. 2020. « Précarité : accès aux soins ». Ministère des Solidarités et de la Santé. 15 avril 2020. <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>.
38. *Première lecture de PIRAMIG*. [www.youtube.com, https://www.youtube.com/watch?v=WYoJ5OkMD\\_0](http://www.youtube.com/watch?v=WYoJ5OkMD_0). Consulté le 25 avril 2021.
39. Institut Repère 2020-78 avenue du Général Michel Bizot- 75012 Paris-. s. d. « Qu'est-ce que l'Approche Narrative de Michael White ». Institut Repère. Consulté le 15 avril 2020. <https://www.institut-repere.com/Institut-Repere/qu-est-ce-que-l-approche-narrative.html>.

40. « Les contrats locaux de santé ». s. d. Consulté le 15 avril 2020. <http://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>.
41. « Les conseils Locaux de Santé Mentale – Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM ». s. d. Consulté le 15 avril 2020. <http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>.
42. « Des Conseils locaux de santé mentale pour optimiser les parcours ». s. d. Consulté le 15 avril 2020. <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/des-conseils-locaux-de-sante-mentale-pour-optimiser-les-parcours>.
43. « Réduction des risques - le rapport d'enquête est paru ». *Fédération Addiction*, 21 janvier 2016, <https://www.federationaddiction.fr/reduction-des-risques-parution-du-rapport-denquete/>.
44. CSST, *Centre de soins spécialisés aux toxicomanes - Définition - BNDS*. <https://www.bnnds.fr/dictionnaire/csst.html>. Consulté le 6 avril 2021.
45. « LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ». 2002-2. Consulté le 6 avril 2021.
46. CSST *Bobillot*. <http://www.centrebobillot.fr/index.php?location=accueil&pageld=15>. Consulté le 6 avril 2021.
47. « Le dispositif médicosocial d'addictologie de Nouvelle-Aquitaine en 2018. Analyse des rapports d'activité des CSAPA avec hébergement ». *ORS Nouvelle Aquitaine*, <https://www.ors-na.org/publications/le-dispositif-medicosocial-daddictologie-de-nouvelle-aquitaine-en-2018-analyse-des-rapports-dactivite-des-csapa-avec-hebergement-2/>. Consulté le 11 avril 2021.
48. *Les unités du Pôle d'Addictologie en Limousin du Centre Hospitalier Esquirol | CERJeP*. <http://cerjep.fr/test-de-dependance-a-internet/>. Consulté le 10 avril 2021.
49. « Le dispositif médicosocial pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques de Nouvelle-Aquitaine en 2018. Analyse des rapports d'activité des appartements de coordination thérapeutiques ». *ORS Nouvelle Aquitaine*, <https://www.ors-na.org/publications/le-dispositif-medicosocial-pour-les-personnes-confrontees-a-des-difficultes-specifiques-de-nouvelle-aquitaine-en-2018-analyse-des-rapports-dactivite-des-appartements-de-coordination-therapeu-2/>. Consulté le 10 avril 2021.
50. « Le dispositif médicosocial d'addictologie de Nouvelle-Aquitaine en 2017. Analyse des rapports d'activité des CAARUD ». *ORS Nouvelle Aquitaine*, <https://www.ors-na.org/publications/le-dispositif-medicosocial-daddictologie-de-nouvelle-aquitaine-en-2017-analyse-des-rapports-dactivite-des-caarud/>. Consulté le 30 mars 2021.
51. « Le dispositif médicosocial d'addictologie de Nouvelle-Aquitaine en 2018. Analyse des rapports d'activité des CAARUD ». *ORS Nouvelle Aquitaine*, <https://www.ors-na.org/publications/le-dispositif-medicosocial-daddictologie-de-nouvelle-aquitaine-en-2018-analyse-des-rapports-dactivite-des-caarud-2/>. Consulté le 30 mars 2021.

52. SPF. *La Santé en action*, Mars 2020, n°451 Antilles, Guyane. *Périnatalité : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant*. /import/la-sante-en-action-mars-2020-n-451-antilles-guyane.-perinatalite-promouvoir-la-sante-de-la-mere-et-de-l-enfant. Consulté le 10 avril 2021.
53. « Le programme expérimental “Un chez-soi d’abord” - principaux résultats 2011-2015 (Avril 2016) ». *Académie de Paris*, [https://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p2\\_1365783/le-programme-experimental-un-chez-soi-d-abord-principaux-resultats-2011-2015-avril-2016?details=true](https://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p2_1365783/le-programme-experimental-un-chez-soi-d-abord-principaux-resultats-2011-2015-avril-2016?details=true). Consulté le 10 avril 2021.
54. *Les addictions dans le programme « Un chez soi d’abord » - Tendances 134 - septembre 2019 - OFDT*. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-addictions-dans-le-programme-un-chez-soi-d-abord-tendances-134-septembre-2019/>. Consulté le 12 avril 2021.
55. ARSL. <http://www.arsl.eu/acces-au-logement-pour-les-sans-abri-un-chez-soi-d-abord/>. Consulté le 14 avril 2021.
56. *Médecins du Monde*. <https://www.medecinsdumonde.org/fr>. Consulté le 19 avril 2021.
57. *Accueil*. <http://www.phi.asso.fr/>. Consulté le 19 avril 2021.
58. l’aménagement, Outils de. *PRATIQUE - Le Guide des dispositifs d’hébergement et de logement adapté*. 10 septembre 2020, <http://outil2amenagement.cerema.fr/pratique-le-guide-des-dispositifs-d-hebergement-et-a2102.html>.
59. ARSL. <http://www.arsl.eu/pole-urgence/>. Consulté le 10 avril 2021.
60. « Hestia - Accueil, migrants, sans-abri ». *Hestia*, <https://hestia87.fr/>. Consulté le 10 avril 2021.
61. « “Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble”, le guide est paru! »(p.37) *Fédération Addiction*, 10 décembre 2015, <https://www.federationaddiction.fr/addictions-lutte-contre-les-exclusions-travailler-ensemble-le-guide-est-paru/>.
62. *Les Lits halte soins santé (LHSS) - Le site du CNLE*. <https://www.cnle.gouv.fr/les-lits-halte-soins-sante-lhss>. Consulté le 27 mars 2021.
63. Santé, Ministère des Solidarités et de la, et Ministère des Solidarités et de la Santé. « Lits halte soins santé et lits d’accueil médicalisés ». *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 27 mars 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-sociales-et-medico-sociales/article/lits-halte-soins-sante-et-lits-d-accueil-medicalises>.
64. ARSL. <http://www.arsl.eu/rapport-dactivites-2018/>. Consulté le 27 mars 2021.
65. *COUZEIX : MAISON RELAIS MONTPLAISIR - Maisons relais - Pensions de famille - Contacts et Informations*. <https://annuaire.action-sociale.org/?p=maison-relais-montplaisir-870014701&details=caracteristiques>. Consulté le 12 avril 2021.

66. *LIMOGES : MAISON RELAIS LES CLARISSSES - Maisons relais - Pensions de famille - Contacts et Informations*. <https://annuaire.action-sociale.org/?p=maison-relais-les-clarisses-870016284&details=caracteristiques>. Consulté le 12 avril 2021.
67. « Missions de la Résidence accueil ». *PRISM87*, 1 octobre 2015, <https://www.prism87.com/missions-des-residence-accueil>.
68. « Résidences sociales ». *Adoma*, <https://www.adoma.cdc-habitat.fr/adoma/L-entreprise/Les-residences-Adoma/p-74-Residences-sociales.htm>. Consulté le 12 avril 2021.
69. « Le pharmacien et la prise en charge des personnes en situation de précarité à l'officine, à partir d'une enquête réalisée en 2005 ». *ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde*, 12 novembre 2008, <https://www.atd-quartmonde.fr/le-pharmacien-et-la-prise-en-charge-des-personnes-en-situation-de-precarite-a-lofficine/>.
70. Lorelei Provot. *L'ordonnance visuelle : évaluation d'un outil d'aide à la dispensation pour améliorer la prise en charge à l'officine des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé*. Sciences pharmaceutiques. 2017. (dumas-01469797)
71. « Évaluation Des Pratiques Professionnelles : Implication Du Pharmacien Hospitalier Dans l'amélioration de La Prise En Charge Des Patients En Précarité ». *Annales Pharmaceutiques Françaises*, vol. 75, n° 2, mars 2017, p. 121-30. [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com), doi:10.1016/j.pharma.2016.06.003.
72. *Dénombrer & décrire la mortalité et les parcours - Collectif Morts de la Rue*. <http://mortsdelarue.org/spip.php?article320>. Consulté le 27 avril 2021.

## Annexes

---

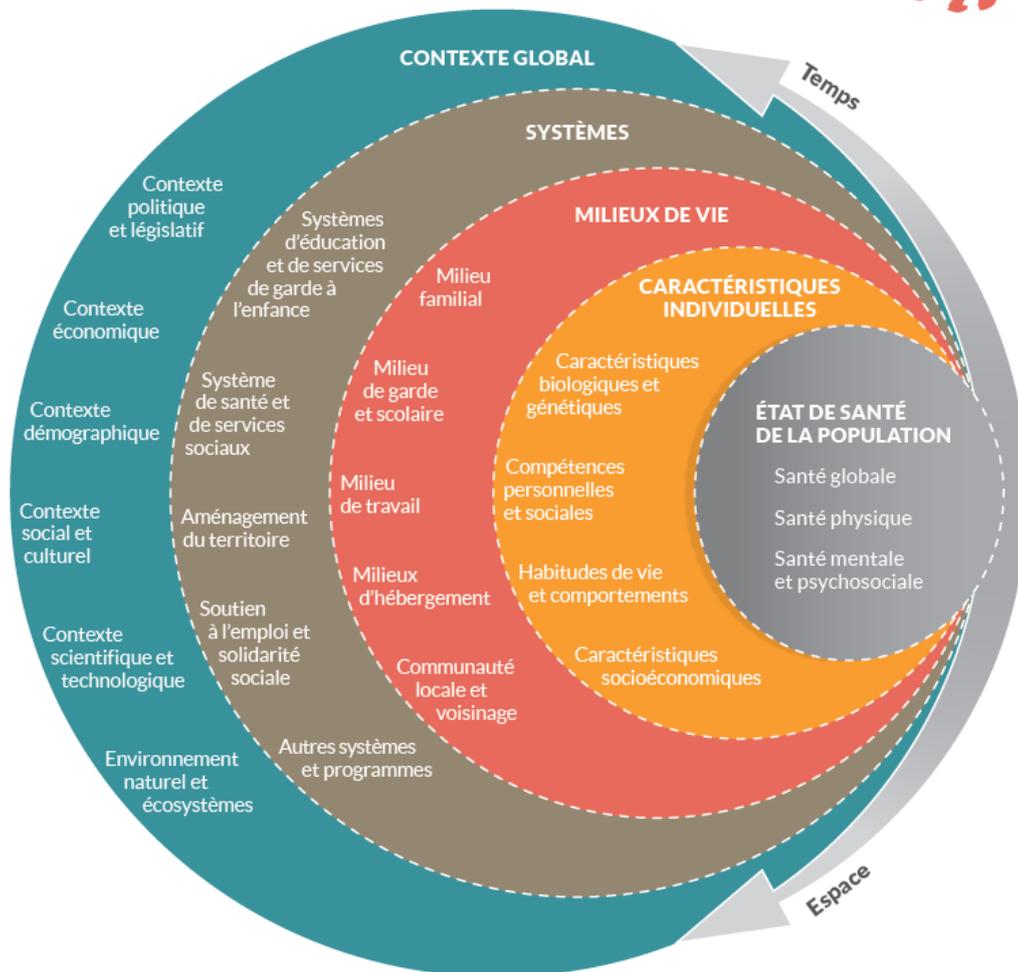
Annexe 1. Pyramide de Maslow.....	68
Annexe 3. Troubles généraux au CASO .....	70
Annexe 4. Troubles psychiatriques rencontrés aux CASOS en 2019.....	71
Annexe 5. Tuberculose et logement.....	72
Annexe 6. Situation VHC aux CAARUD en 2019 .....	73
Annexe 7. Obstacles accès aux droits aux CASO.....	74
Annexe 8. Sites délocalisés du CSAPA Bobillot.....	75
Annexe 9. Documentations données au CAARUD.....	76
Annexe 10. Contexte de diagnostic de la tuberculose.....	77
Annexe 11. Résultats de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » .....	78
Annexe 12. Activité du CASO de Lyon.....	79
Annexe 13. Ordonnance visuelle .....	80

## Annexe 1. Pyramide de Maslow



**Pyramide des besoins**

## Annexe 2. Carte de la santé et de ses déterminants



## Annexe 3. Troubles généraux au CASO

### 02 - ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO EN 2019 / LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ACCUEILLIES

TABLEAU 10 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET PAR DIAGNOSTICS DÉTAILLÉS SELON LA CISP, 2019.

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	n	%
<b>Système digestif</b>	<b>2 684</b>	<b>23,7</b>
Symptômes et plaintes du système digestif	1 692	14,9
<b>Affections dents-gencives</b>	<b>504</b>	<b>4,5</b>
Autres diagnostics du système digestif	365	3,2
Hépatite virale	152	1,3
Infections gastro-intestinales	124	1,1
Pathologies ulcéreuses	28	0,3
<b>Ostéoarticulaire</b>	<b>2 226</b>	<b>19,7</b>
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	958	8,5
Symptômes et plaintes du rachis	547	4,8
<b>Syndromes dorsolombaires</b>	<b>460</b>	<b>4,1</b>
Autres diagnostics locomoteurs	351	3,1
<b>Respiratoire</b>	<b>2 203</b>	<b>19,5</b>
<b>Infections respiratoires supérieures</b>	<b>722</b>	<b>6,4</b>
Toux	392	3,5
Infections respiratoires inférieures	364	3,2
Autres diagnostics du système respiratoire	303	2,7
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	240	2,1
Asthme	217	1,9
Symptômes et plaintes nez-sinus	143	1,3
<b>Peau</b>	<b>1 591</b>	<b>14,0</b>
Symptômes et plaintes cutanés	407	3,6
Parasitoses/Candidoses	389	3,4
Autres pathologies cutanées	266	2,4
Dermatites atopiques et contact	215	1,9
Infections cutanées	211	1,9
Éruptions cutanées/Tuméfactions	201	1,8
<b>Général et non spécifié (1)</b>	<b>1 297</b>	<b>11,5</b>
<b>Symptômes et plaintes généraux</b>	<b>945</b>	<b>8,3</b>
Diagnostics non classés ailleurs	166	1,5
Tuberculoses	20	0,2
<b>Cardiovasculaire</b>	<b>1 074</b>	<b>9,5</b>
<b>Hypertension artérielle</b>	<b>705</b>	<b>6,2</b>
Pathologies vasculaires	152	1,3
Cardiopathies, troubles du rythme	142	1,3
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	91	0,8
Autres diagnostics cardiovasculaires	43	0,4
<b>Psychologique</b>	<b>927</b>	<b>8,2</b>
<b>Angoisse/ Stress/ Troubles psychosomatiques</b>	<b>691</b>	<b>6,1</b>
Syndromes dépressifs	133	1,2
Autres problèmes psychologiques	70	0,6
Psychoses	46	0,4
Usage de substances psychoactives (alcool)	18	0,2
Usage de substances psychoactives (tabac-médicaments)	10	0,1
Usage de substances psychoactives (drogues)	9	0,1
<b>Métabolisme, nutrition, endocrinien</b>	<b>626</b>	<b>5,5</b>
<b>Diabète (insulino et non insulino-dépendant)</b>	<b>426</b>	<b>3,8</b>
Autres diagnostics métaboliques	151	1,3
Excès pondéral-Obésité	38	0,3
Symptômes et plaintes métaboliques	34	0,3

## Annexe 4. Troubles psychiatriques rencontrés aux CASOS en 2019

**TABLEAU 12 : TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE  
OU PSYCHIATRIQUE DIAGNOSTIQUÉS CHEZ LES PERSONNES  
REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE  
DANS LES CASO, 2019.**

	n	%
<b>Troubles psychiatriques ou psychologiques diagnostiqués</b>	<b>926</b>	<b>8,2</b>
Angoisse/Stress/Troubles psychosomatiques	691	6,1
Syndromes dépressifs	133	1,2
Autres problèmes psychologiques	70	0,6
Psychoses	46	0,4
Usage abusif de substances psychoactives	34	0,3

Taux de réponse : 82,9 %.

## Annexe 5. Tuberculose et logement

### TYPE DE RÉSIDENCE DES CAS DÉCLARÉS DE TUBERCULOSE MALADIE, FRANCE ENTIÈRE, 2019



Type de résidence	N	%
<b>En collectivité</b>	916	21,1% *
<i>Centre d'hébergement collectif</i>	549	12,6%
<i>Etablissement pour personnes âgées</i>	27	0,6%
<i>Etablissement pénitentiaire</i>	41	0,9%
<i>Autre</i>	257	5,9%
<i>Sans information</i>	42	0,9%

Personnes sans domicile fixe	
Nombre de cas	318
Pourcentage	7,3% **
Taux (/100 000)	222

\* Parmi les cas avec information renseignée (916 / 4346)

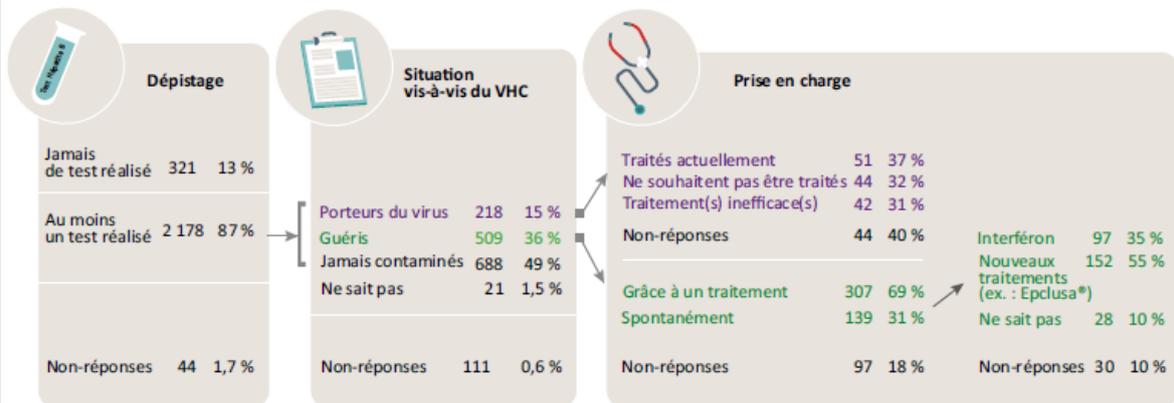
\*\* Parmi les cas avec information renseignée (318 / 4355)

Source: Santé publique France, déclaration obligatoire de tuberculose  
Nombre de personnes sans domicile, source : Fondation Abbé Pierre

9

## Annexe 6. Situation VHC aux CAARUD en 2019

Figure 1. Le VHC, photographie de la situation à travers ENa-CAARUD 2019



Note : Pour chaque question, les pourcentages sont calculés par rapports aux seuls répondants. Le taux de non-réponse est, lui, calculé sur l'ensemble des sujets concernés.

Source : ENa-CAARUD 2019, OFDT

## Annexe 7. Obstacles accès aux droits aux CASO

**TABLEAU 19 - PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS CITÉS PAR LES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2019.**

(Plusieurs réponses possibles)	n	%
Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité, absence de preuve de présence en France, etc.)	3 773	29,9
Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès au droit, médecin traitant)	3 501	27,8
Barrière linguistique	2 129	16,9
Difficultés financières (complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraire, soins non pris en charge, etc.)	1 917	15,2
Aucun droit possible (résidence < 3 mois, visa touristique, ressource > plafond, etc.)	1 869	14,8
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	790	6,3
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (refus guichet, demande de pièces abusives, etc.)	239	1,9
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	187	1,5
Éloignement des structures administratives ou de soins	91	0,7
Droits ouverts dans un autre pays européen	75	0,6
Autre raison exprimée (refus officine, Pass non fonctionnelles, etc.)	324	2,6

Taux de réponse : 54,7 %.

## Annexe 8. Sites délocalisés du CSAPA Bobillot

Des **consultations délocalisées** ont lieu sur différents sites :  
 Pour toute prise de RDV sur les sites délocalisés autre que Limoges,  
**appeler le 06 08 22 62 44.**

### Bellac

**BELLAC Pôle de consultations**  
**Hôpital Intercommunal du Haut Limousin**  
 Avenue Charles de Gaulle.  
 2ème et 4ème mercredis du mois 11h30-18h30  
 Les consultations peuvent également être réalisées à l'hôpital de **Magnac Laval** ou au **Dorat**.

### Saint Junien

**SAINTE JUNIEN**  
 Cité administrative  
 Martial Pascaud, Place Auguste Roche  
 Tous les jeudis 14h30-17h30

### Aixe sur Vienne

**APSAH Aixe Sur Vienne Puy de Mont.**  
 bi-mensuelle 2h le matin

### Saint Yrieix

**SAINTE YRIEIX LA PERCHE** Maison Médicale, rue du 8 mai 1945.  
 1er et 3ème mercredis du mois 11h30-18h30  
**SAINTE YRIEIX LA PERCHE** Maison Médicale, rue du 8 mai 1945.

### Limoges

**CSAPAAddictologie Bobillot**  
 05 55 34 43 77  
 entrée 4, rue du Clos Londetx. Limoges  
 lundi: 11h-12h30/14h-17h  
 mardi, jeudi, vendredi: 9h-12h30/14h-17h  
 mercredi: 9h à 17h

Prendre rendez-vous à **Limoges**  
 unité de liaison 05 55 43 12 08 ou  
 unité de prévention 05 55 43 11 87

**C.H Esquiroi bâtiment Henri Ey haut 15, rue du Dr. Marcland.87025 Limoges**  
 Sur rendez-vous du lundi au vendredi 9h-12h/14h-17h  
 et le samedi matin de 9h-12h

**Foyer AFPA 63 rue BAYLONÉ, Limoges ou au Dorat.** 1er et 3ème jeudis du mois 9h30-12h00

**Base tertiaire AFPA ROMANET** rue Léonard Samis Limoges 2ème et 4ème jeudis du mois 9h30-12h00

### Saint Léonard

**SAINTE LEONARD de NOBLAT**  
 Ancienne Mairie, Place de la collégiale  
 2ème et 4ème mardis du mois 9h30-12h30

### Eymoutiers

**EYMOUTIERS**  
 Bureaux des permanences, Mairie, 2ème étage  
 1er et 3ème mardis du mois 13h30-16h30

### Chateaufort

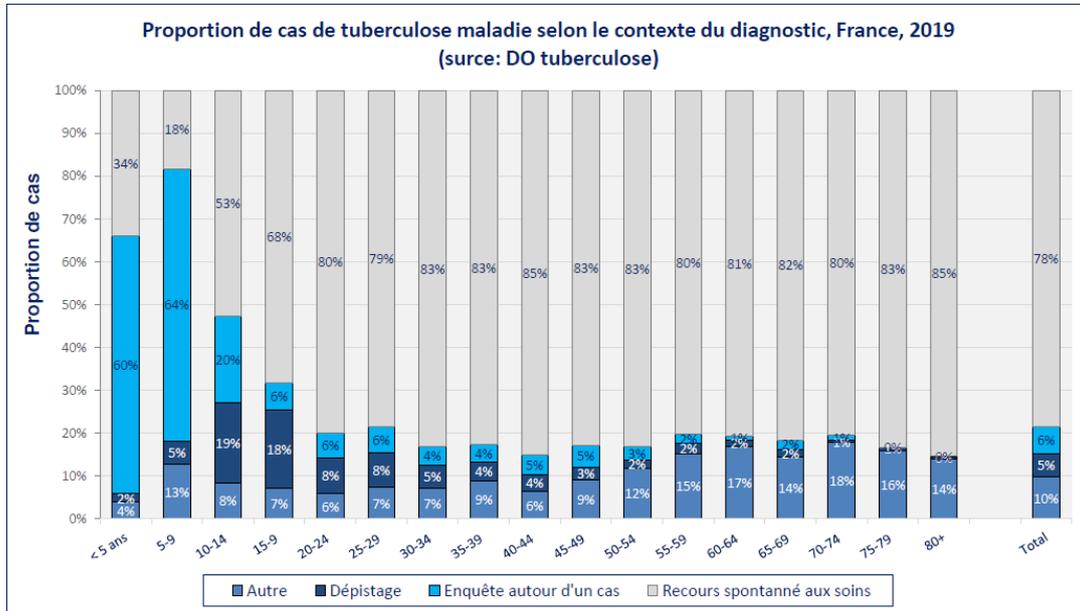
**CHATEAUFORT LA FORÊT** Bureaux des permanences place de la Mairie  
 1er et 3ème mardis du mois 9h30-12h30

11



## Annexe 10. Contexte de diagnostic de la tuberculose

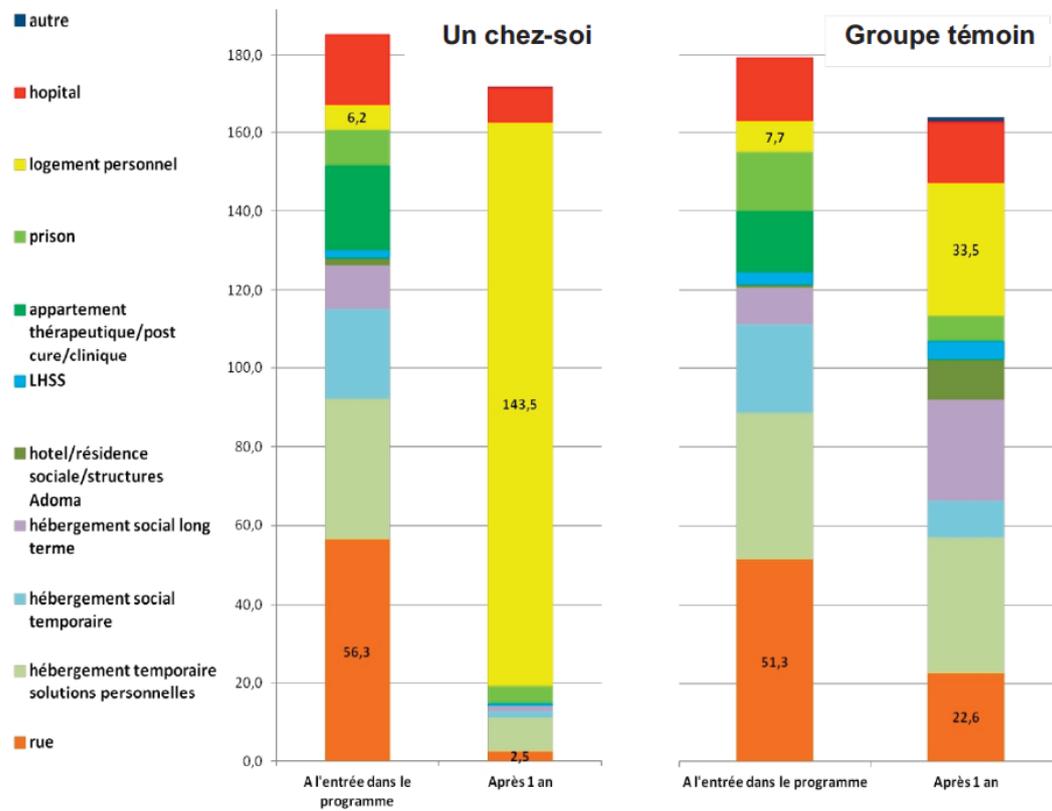
### CONTEXTE DE DIAGNOSTIC PAR GROUPE D'ÂGES, CAS DE TUBERCULOSE MALADIE DÉCLARÉS, FRANCE, 2019



15

## Annexe 11. Résultats de l'expérimentation « Un chez soi d'abord »

Nombre de jours passés dans les différentes structures dans les six derniers mois (180 jours)



## Annexe 12. Activité du CASO de Lyon

04 - ANNEXES /  
ANALYSES PAR CASO



### ACTIVITÉ 2019

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 587	6,9	1 801	0	361	576

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

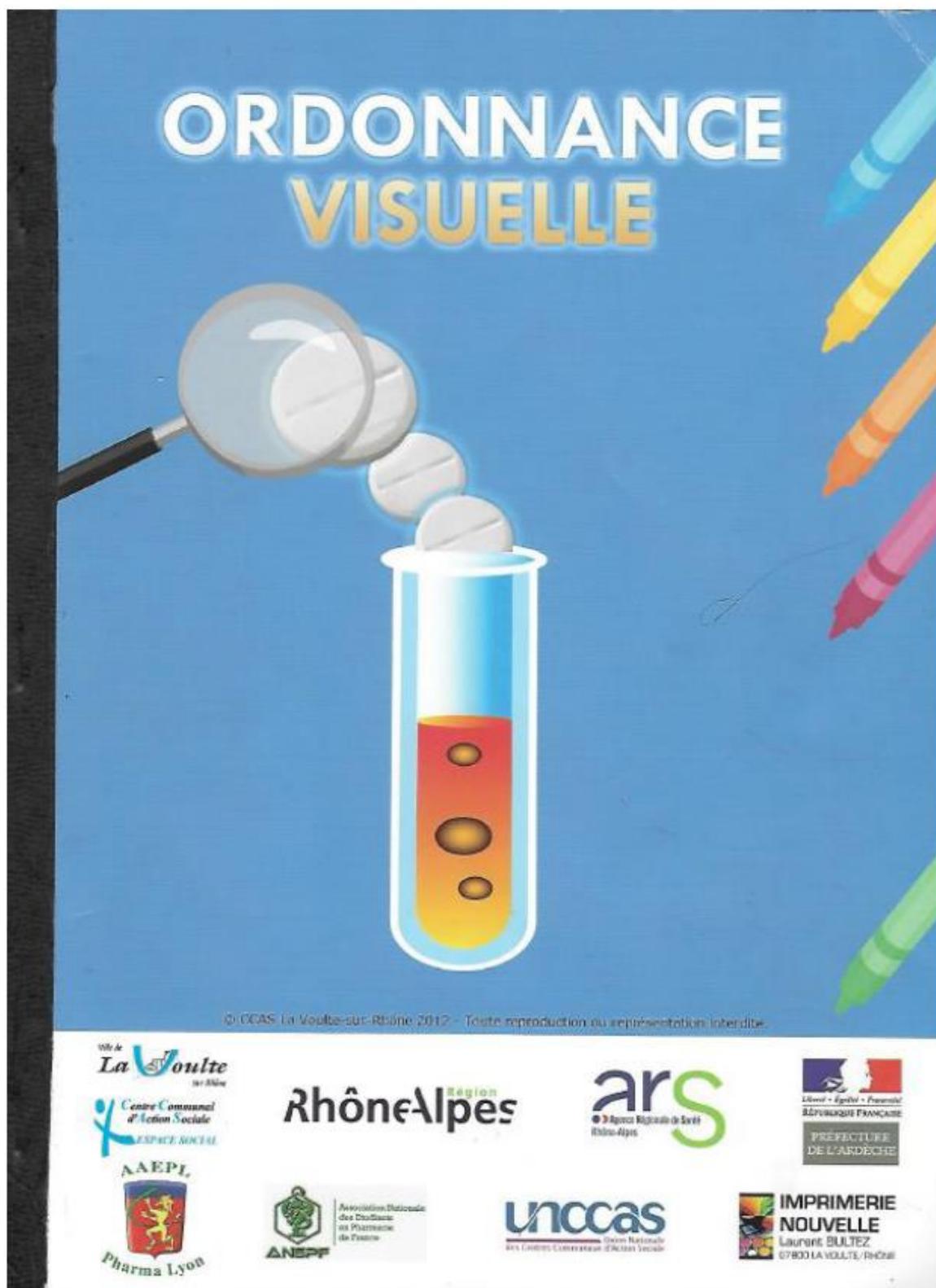
### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Lyon		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : Femmes	37,4	594	36,6	7 846	36,6	8 440
Âge moyen (années)		28,9		33,1		32,8
Classes d'âge						
< 18 ans	25,6	406	11,3	2 427	12,3	2 833
18-29 ans	30,3	481	31,9	6 836	31,8	7 317
30-39 ans	21,8	346	28,9	6 179	28,4	6 525
40-49 ans	9,9	157	14,2	3 042	13,9	3 199
≥ 50 ans	12,3	195	13,6	2 921	13,6	3 116
Ressortissants étrangers	96,8	1 537	97,3	20 882	97,3	22 419
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	16,0	253	9,7	2 077	10,1	2 330
Europe (hors UE)	14,6	232	8,2	1 755	8,6	1 987
Afrique subsaharienne	44,3	702	48,0	10 290	47,7	10 992
Maghreb	21,4	340	25,0	5 358	24,7	5 698
Proche et Moyen-Orient	2,5	39	4,2	892	4,0	931
Asie	0,4	6	3,6	779	3,4	785
Océanie et Amériques	0,9	14	1,4	295	1,3	309
Nationalités les plus représentées						
Algérie	15,1	240	14,2	3 039	14,2	3 279
Roumanie	11,2	177	2,7	586	3,3	763
Guinée	9,3	147	4,7	999	5,0	1 146
Albanie	8,1	129	1,9	408	2,3	537
Côte d'Ivoire	4,4	70	13,4	2 878	12,8	2 948
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	68,8	1 063	47,6	8 087	49,4	9 150
Situation irrégulière	31,2	481	52,4	8 905	50,6	9 386
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	28,1	423	14,0	2 882	14,9	3 305
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	48,3	724	37,5	7 378	38,3	8 102
[ 3 mois - 12 mois [	25,2	377	25,7	5 060	25,7	5 437
[ 1 an - 3 ans [	16,8	252	20,1	3 947	19,8	4 199
[ 3 ans - 10 ans [	8,2	123	13,3	2 624	13,0	2 747
≥ 10 ans	1,5	22	3,4	671	3,3	693
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	2,9	44	6,7	1 102	6,3	1 146
Hébergé	49,2	753	61,3	10 151	60,3	10 904
Squat ou bidonville	16,6	254	6,5	1 073	7,3	1 327
Sans logement ou hébergement d'urgence	30,3	464	24,4	4 048	24,9	4 512
Autre situation	0,9	14	1,1	187	1,1	201
Besoin d'une domiciliation administrative	33,3	482	31,6	4 837	31,7	5 319
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	16,9	198	21,5	2 366	21,1	2 564
Droits non ouverts	83,1	973	78,5	8 635	78,9	9 608

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

## Annexe 13. Ordonnance visuelle



## NOTICE EXPLICATIVE DE L'ORDONNANCIER

Il se veut pratique, fonctionnel, facile d'utilisation, favorise sa compréhension par les patients et maintien au mieux leur autonomie face à leur santé.

L'ordonnancier se compose de trois documents :

- un tableau détachable
- des gommettes de couleur
- des gommettes imagées

### Le tableau

Un par personne et nominatif (**surtout le PRENOM**) et permet de visualiser facilement les différents traitements prescrits par le Médecin. C'est un tableau à double entrée avec une colonne verticale appelée « Référence couleur du médicament » ainsi que trois autres colonnes correspondant à la posologie (matin, midi, soir).

A droite de chaque ligne se trouve une grille mensuelle permettant d'indiquer à l'aide d'un surligneur la durée du traitement. Le patient aura simplement à cocher chaque jour sur le surligneur, au bout du trait de couleur le traitement sera terminé.

Dans chaque case, des heures sont indiquées afin de répondre à une posologie correspondant à une prise de médicament toutes les 2, 3 ou 4 heures... Le pharmacien surlignera les heures de prise.

### Les gommettes couleurs

Il s'agit de mettre une «gommette» de même couleur sur la boîte de médicament et dans la première case verticale la « Référence couleur du médicament ».

Utiliser le même processus par médicament prescrit

### Les gommettes imagées

Elles représentent les formes de médicaments: gélules, cachets, spray, etc. Elles sont à coller dans les cases correspondantes aux périodes de la journée avec leur nombre à chaque prise.

### Exemple : Mme Dupond Aline :

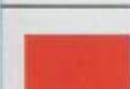
« sirop AAA » : 2 cuillères matin, midi et soir pendant 10 jours

« cachets B » : 1 comprimé toutes les 4 heures pendant 5 jours

« cachets C » : 1 comprimé matin, et ½ comprimé le soir pendant 3 jours

« collyre A L'OEIL » : 3 gouttes le matin à 8h, 1 à midi et 3 le soir pendant 15 jours.

Prénom : .....**ALINE**.....

Référence couleur du médicament	Matin	Midi	Soir																																				
	 7h 8h 9h 10h 11h 12h 	 13h 14h 15h 16h 17h 18h 	 19h 20h 21h 22h 23h 	 (Surligner la durée du traitement) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	 7h 8h 9h 10h 11h 12h 	 13h 14h 15h 16h 17h 18h 	 19h 20h 21h 22h 23h 	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	 7h 8h 9h 10h 11h 12h 		 19h 20h 21h 22h 23h 	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	 7h 8h 9h 10h 11h 12h 	 13h 14h 15h 16h 17h 18h 	 19h 20h 21h 22h 23h 	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					

© CCAS La Voulte-sur-Rhône 2012 - Toute reproduction ou représentation interdite.

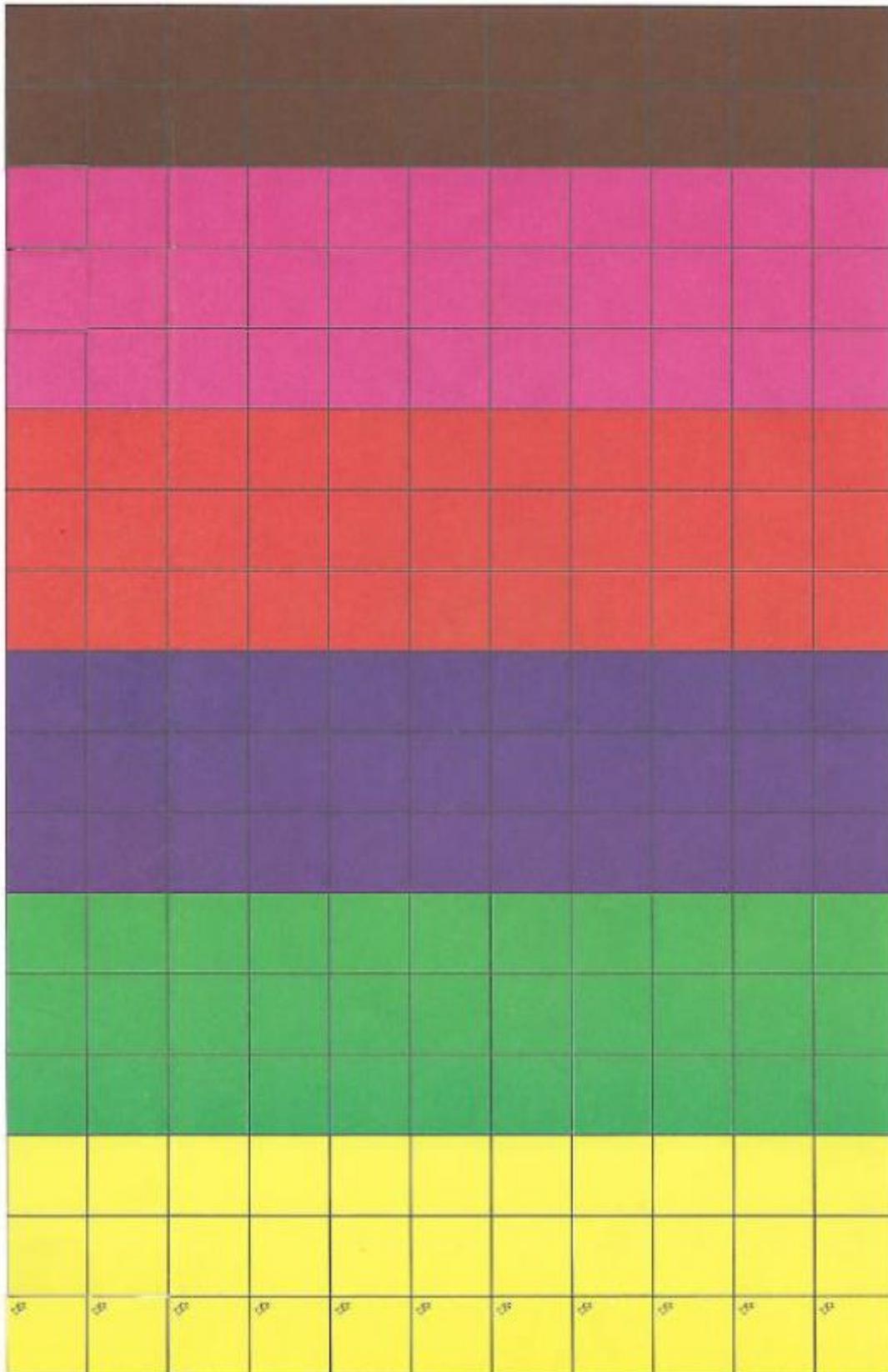
Prénom : .....

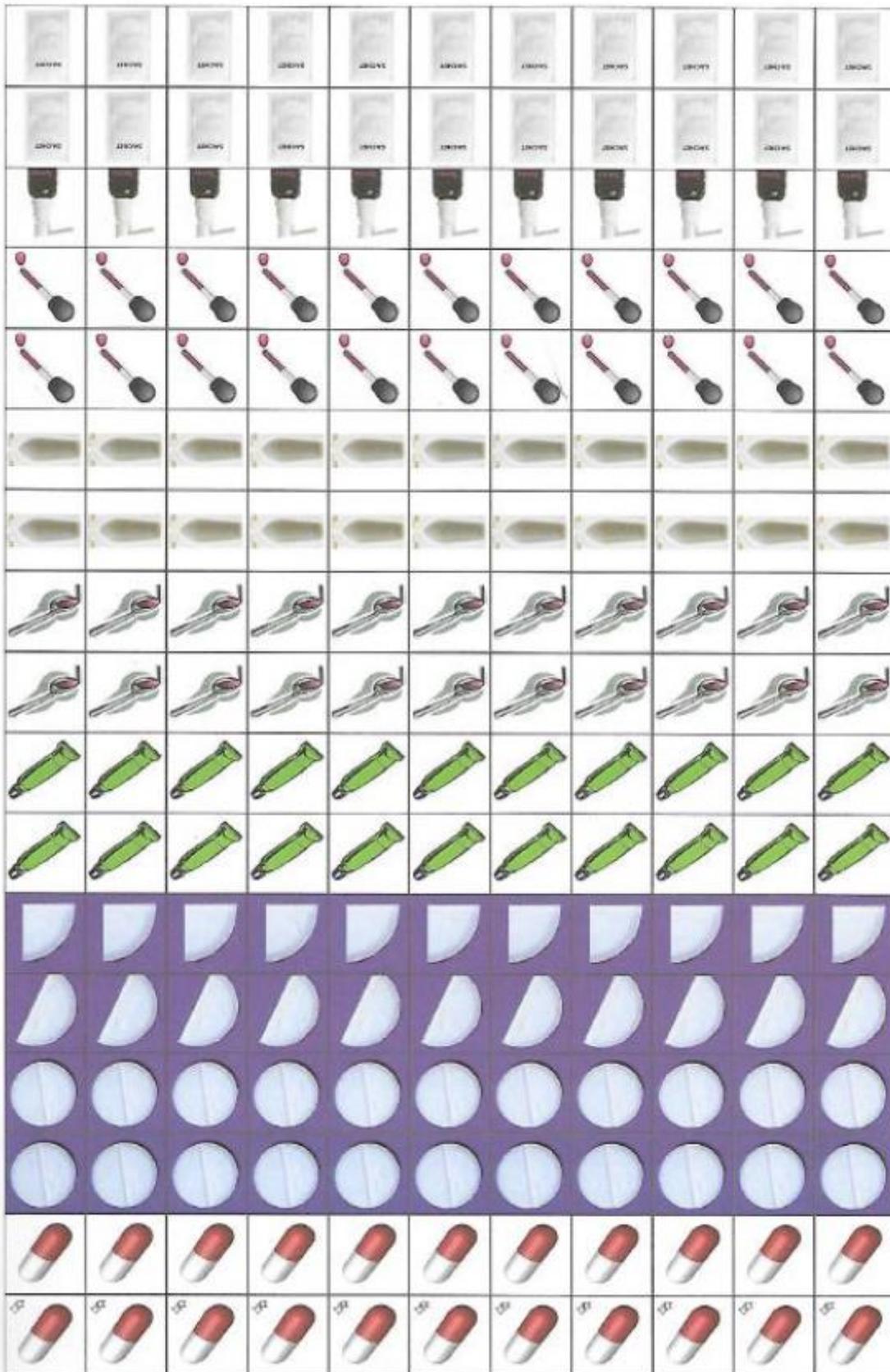
Référence couleur du médicament	Matin	Midi	Soir
			
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h



(Surligner la durée du traitement)

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				





## Serment De Galien

---

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

## [Prise en charge médicale et observance thérapeutique chez les sans domiciles fixes]

---

L'absence de logement est un déterminant pour la santé. Il est dur d'estimer le nombre de sans domicile fixe mais cela concernerait environ 250 000 personnes en France. La santé est sans domicile est plus mauvaise que la population générale dû à leur condition de vie précaire. Ils sont atteints de troubles généraux notamment de troubles psychiatriques ou des addictions. Cependant, ils sont touchés par des pathologies touchant les plus précaires comme l'hépatite C et la tuberculose. Sans adresse administrative, il est compliqué d'avoir accès aux droits sociaux empêchant de recourir au parcours classique de soin. Les services publics ont mis en place des structures permettant une prise en charge médicale pour les personnes sans droits. Cette thèse se base sur les structures existantes à la ville de Limoges où il existe la PASS pour la prise en charge des troubles généraux qui peut être une porte d'entrée dans le système de soin. De là, ils peuvent être orientés vers d'autres structures spécialisées comme l'EMPP pour les troubles psychiatriques ; le CSAPA et le CAARUD pour les troubles liés aux addictions ; le CLAT pour la prise en charge de la tuberculose. Pour aider faces aux difficultés de ces structures, Médecin du Monde a mis en place des CASO qui travaille avec PHI pour la fourniture de médicaments. L'observance thérapeutique est compliquée mais des solutions existent en officine comme retarder la facturation dans l'attente de la (ré)ouverture des droits ou un aide-mémoire comme l'ordonnance visuelle.

---

**Mots-clés :** SDF, santé, observance thérapeutique, déterminant, pauvreté, pathologies, grossesse, psychiatrie, hépatite C, tuberculose, addictions, précarité, droits sociaux, freins, domiciliation, rupture, Limoges, PASS, EMPP, CSAPA, ACT, CAARUD, CLAT, « un chez soi d'abord », Médecin du Monde, CASO, Lyon, PHI, LHSS, hébergement, officine, PUI.

## Medical care and therapeutic compliance for homeless people

---

Lack of housing is a determinant of health. It's complex to estimate the number of homeless people, around 250,000 people are concerned. The health of the homeless is worse than the general population due to their precarious living condition. They suffer from general illnesses, in particular psychiatric disorders or addictions. They are however affected by pathologies affecting the most precarious such as hepatitis C and tuberculosis. Without an administrative address, it is complicated to have access to social rights preventing recourse to the classic care path. The public authorities have put in place structures allowing medical care for people without rights. This thesis is based on the present structures in the city of Limoges where the "PASS" for the management of general disorders can be a gateway into the care system. From there, they can be referred to other specialized structures like the "EMPP" for psychiatric disorders; "CSAPA" and "CAARUD" for addiction-related sicknesses; "CLAT" for the treatment of tuberculosis. To help confront the difficulties of these structures, "Médecin du Monde" has set up "CASO" which work with "PHI" for the supply of their drugs. Therapeutic compliance is complicated, but solutions like billing pending the (re) opening of rights or a visual reminder such as the visual prescription.

---

**Keywords :** homeless, health, therapeutic adherence, determinant, poverty, pathologies, pregnancy, psychiatry, hepatitis C, tuberculosis, addictions, precariousness, social rights, brakes, domiciliation, break, Limoges, PASS, EMPP, CSAPA, ACT, CAARUD, CLAT, "housing first", Médecin du Monde, CASO, Lyon, PHI, LHSS, accommodation, pharmacy, PUI

