

Améliorer la santé des personnes sans chez-soi :
vers quelles innovations organisationnelles en soins primaires ?

Maéva JEGO SABLIER

Thèse présentée pour obtenir le grade universitaire de docteur

Discipline : Pathologie Humaine

Spécialité : Recherche clinique et santé publique

ECOLE DOCTORALE 62 – Sciences de la Vie et de la Santé

Unité de recherche EA3279, CEReSS

Soutenue le Jeudi 6 Juin 2019 devant le jury :

Monsieur le Dr Pierre CHAUVIN (Sorbonne Université)	Rapporteur
Monsieur le Pr Laurent RIGAL (Université Paris Sud)	Rapporteur
Madame le Pr Isabelle AUBIN AUGER (Université Paris Diderot)	Examineur
Monsieur le Pr Jean DELMONT (Aix-Marseille Université)	Examineur
Monsieur le Dr Gaétan GENTILE (Aix-Marseille Université)	Examineur
Madame le Pr Stéphanie GENTILE (Aix-Marseille Université)	Directeur de thèse

Résumé

Introduction : les personnes sans chez-soi (PSCS) souffrent d'une morbidité plus importante et d'une mortalité plus précoce que la population générale. Elles présentent des besoins de santé complexes, associant pathologies somatiques, psychiatriques et difficultés sociales. Parallèlement, elles font face à des difficultés d'accès aux soins et suivent souvent des itinéraires de soins inadaptés. Ce travail de thèse a pour objectif d'identifier de nouvelles formes d'organisation et des adaptations à développer en soins primaires pour améliorer la prise en charge des PSCS.

Méthode : l'ensemble de ce travail a consisté, à l'aide d'une recherche par méthodes mixtes, à obtenir une vision holistique de notre objet d'étude. Une première phase a exploré, à l'aide d'études qualitatives et descriptive, les ressentis des médecins généralistes (MG) sur leur place dans la prise en charge des PSCS. La seconde phase a consisté à décrire, par une revue de la littérature, les principales composantes des programmes de soins primaires prenant en charge les personnes sans chez-soi, et identifier celles qui étaient les plus pertinentes. La dernière phase a exploré le vécu et les représentations des PSCS vis-à-vis des soins premiers, à travers deux études qualitatives, auprès des bénéficiaires de l'Aide médicale d'état et des PSCS.

Résultats : l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire a été soulevée par l'analyse des ressentis des médecins généralistes, qui relevaient la complexité des prises en charge et le besoin d'une coordination médico-psycho-sociale renforcée. Le Dossier médical partagé était perçu comme pouvant améliorer la continuité des soins, sa qualité et sa sécurité pour les PSCS. Cependant, il restait mal connu des MG, qui craignaient un détournement et une sécurisation insuffisante du stockage des données. L'analyse de la revue de la littérature a montré que la quasi-totalité des programmes prenant en charge les personnes sans chez-soi privilégiaient cette approche pluridisciplinaire coordonnée et proposaient parfois sur les mêmes lieux des soins de santé mentale, santé physique, et un accompagnement social. Les caractéristiques associées à des impacts positifs pour les personnes sans chez-soi de ces programmes étaient : la spécialisation dans la prise en charge des PSCS, l'accompagnement, les approches en équipe et multidisciplinaire, l'implication d'infirmières dans la prise en charge, l'intégration de services d'aide sociale, et l'engagement dans la santé communautaire. Les entretiens auprès des personnes sans chez-soi ont relevé l'importance des attentes relationnelles de ces patients : plus qu'une réponse médicale, ou sociale, ils attendent d'être écoutés, considérés et compris de leur médecin généraliste. Ils ont mis en exergue la nécessité pour les praticiens les prenant en charge de proposer une approche centrée-patient, prenant en compte et s'adaptant aux besoins et problématiques spécifiques rencontrées dans les parcours de vie et la condition sociale de chaque patient.

Conclusion : les programmes de soins primaires souhaitant prendre en charge mieux les personnes sans chez-soi devraient privilégier une approche pluridisciplinaire et décloisonnée des soins de santé physique, mentale, et de la prise en charge sociale de ces patients. L'approche centrée-patient, intégrant la prise en compte de leur condition sociale, et favorisant une relation médecin-patient de qualité, apparaît justifiée pour améliorer l'expérience des soins de ces patients.

Mots clés : Personnes sans chez-soi, soins primaires, organisation des soins, accès aux soins, méthodes mixtes

Abstract

Introduction: Homeless people (HP) suffer from higher morbidity and earlier mortality than the general population. They have complex health needs, due to associated psychiatric, somatic troubles, and social difficulties. In addition, they encounter obstacles in accessing care. This thesis aims to identify new forms of organization and adaptations to develop in primary care to improve the care of HP.

Method: this whole work, based on a research by mixed methods, consisted on obtaining a holistic understanding of our research subject. The first phase integrated qualitative and descriptive studies, in order to explore the views of general practitioners (GPs) about how they can provide care to HP. In the second phase we led a literature review, to describe the main characteristics of the primary care programs that take care of homeless people, and to identify which could be most relevant. In the third phase, qualitative studies led on HP and migrants explored the experience and views of HP about primary care.

Results: GPs expressed the need to develop medical and psychosocial approach with closer relationship with social workers. They felt that a Shared medical record could improve the continuity, the quality and the safety of the health care for HP. Meanwhile, GPs had a poor knowledge about the French Shared medical record, they felt that HP were vulnerable and wanted to protect their patients; they worried about security of data storage. The literature review showed that almost all homelessness programs favored this coordinated multidisciplinary approach and / or offered co-located mental health, physical health and social services. Some characteristics of these programs were associated with significant positive outcomes: tailored primary care organizations, clinic orientation, multidisciplinary team-based models which included primary care physicians and clinic nurses, integration of social support, and engagement in the community's health. The interviews with HP showed that they had central relational expectations from their general practitioner. More than a medical or social response, they expected to be listened to, considered and understood. They emphasized the need for general practitioners to propose a patient-centered approach, considering and adapting to the specific needs and problems encountered in the life course and social condition of each patient.

Conclusion: Primary care programs that wish a better care for homeless people should develop a multidisciplinary, medico-psycho-social approach. The patient-centered approach, integrating the consideration of their social condition, and fostering a quality doctor-patient relationship, appears warranted to improve the care experience of these patients.

Keywords : homeless people, Health Care Economics and Organizations, primary health care, health services accessibility, mixed methods

Remerciements

A Monsieur le Docteur Pierre Chauvin,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vos travaux concernant l'accès aux soins des plus démunis et la santé des personnes sans chez-soi ont inspiré ce travail, et je suis donc particulièrement honorée de votre présence pour sa soutenance. Votre expertise dans le domaine de l'épidémiologie sociale et de la santé des personnes sans chez-soi m'apparaît particulièrement pertinente pour critiquer et éclairer les conclusions de ce travail.

A Monsieur le Professeur Laurent Rigal,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Votre expertise dans le domaine de la prévention en soins premiers, l'organisation des pratiques en soins premiers, et les inégalités sociales de santé, sera particulièrement intéressante pour critiquer et éclairer les conclusions issues de ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et l'intérêt que vous porter à ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean Delmont,

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury. Vous avez suivi ce travail avec beaucoup de bienveillance. Vous avez aussi probablement influencé mon regard plus particulièrement envers la prise en charge des migrants déjà lors de mes premières années de médecine, à travers vos interventions passionnantes. Je tenais à vous remercier pour vos conseils et relectures extrêmement pertinentes de mon dernier article et de mon manuscrit de thèse.

A Madame le Professeur Isabelle Aubin-Auger,

Merci de me faire l'honneur et le plaisir d'être membre de ce jury. Ta rencontre et celle de tous les membres du GROUM-F a été un moteur pour la suite de mon engagement dans la recherche. Tu m'as accompagnée, avec beaucoup de bienveillance, dans l'acquisition de mes compétences et ma passion pour la recherche qualitative en médecine générale. Je suis particulièrement heureuse que tu sois présente pour cette dernière étape de ma thèse.

A Monsieur le Docteur Gaétan Gentile,

Vous me faites l'honneur et le plaisir de juger ce travail. Vous avez suivi et soutenu mes travaux depuis leurs débuts, avec beaucoup de bienveillance. Vous avez ouvert la voie de l'universitarisation de la médecine générale sur Marseille, et je suis fière de suivre vos pas à travers cette thèse d'université.

A Madame le Professeur Stéphanie Gentile,

Vous m'avez soutenue et accompagnée pour l'ensemble de cette thèse d'université, avec beaucoup de bienveillance et de pertinence. Vous m'avez permis de laisser s'exprimer mes postulats et approches, tout en étant présente et disponible pour m'encadrer et me conseiller dans les moments clés de ce travail. Merci pour votre soutien et votre confiance.

Au Docteur Hubert Balique,

Vous êtes à la source de mes travaux de recherche auprès des personnes sans chez-soi. A travers votre rencontre, puis les personnes et expériences que vous m'avez fait découvrir, j'ai pu trouver ma voie à la fois dans mon exercice de médecin généraliste, et dans les orientations en recherche qui me passionnent.

Au Professeur Sambuc, pour votre soutien infaillible, vos précieux conseils, et votre accueil toujours chaleureux. C'est un plaisir et une grande richesse de pouvoir travailler à vos côtés.

Au Professeur Pascal Auquier, pour votre soutien et votre confiance. Je suis extrêmement fière et heureuse de pouvoir poursuivre, grâce à vous, mon activité au sein de l'unité de recherche CEReSS et auprès des personnes en situation de grande précarité en soins premiers avec le projet EFFI-PASS.

Au Professeur Nicolas Tanti-Hardouin, merci pour votre confiance, et votre intérêt pour mon travail.

A Alexandre Daguzan, tu m'as apporté un appui certain à la construction de ce travail, et des outils bibliographiques et méthodologiques fort utiles.

A Anderson Loundou, tu m'as généreusement donné de ton temps pour un appui méthodologique au niveau statistique extrêmement précieux.

A toute l'équipe du laboratoire de santé publique, pour leur accueil bienveillant.

A Diana-Elena Stefan, merci pour ton aide toujours pertinente et efficace, et ta disponibilité sans faille, pour relire et corriger mon anglais, même en plein concours blanc !

A Noura Payan, pour m'avoir donné des éléments de réflexion et documents précieux pour la conduite de cette étude.

A Delphine et Simon, de Médecins du monde Marseille, notre rencontre a donné encore plus de sens aux travaux que je mène, et je suis heureuse de poursuivre l'aventure avec vous !

Au Docteur Serge Cini, tu as fait naître chez moi la passion de la médecine générale. Nos chemins ont continué de se croiser à la fois dans nos exercices, et autour de ce travail de recherche, et je suis heureuse de continuer à travailler en collaboration avec toi dans le cadre du projet EFFI-PASS.

A Stéphan Touati, Sébastien Vergan, Julien Abcaya, Marie Vermersch, et Charlotte de Quillacq, vous m'avez fait confiance pour diriger vos

thèses ou mémoire de médecine. Vous avez permis à ce travail d'avancer avec dynamisme, engouement, et passion, et avez apporté beaucoup de profondeur et pertinence aux analyses qui en découlent.

A mes collègues du département de médecine générale de Marseille : Ludovic, Hélène, Noémie, Malika, Eva, Céline, Jacques, Pierre-andré, Pierre, Raphaëlle, Simon, Sébastien, Aurélie, Nasrine et Yannick. Travailler et avancer avec vous entretient ma passion pour la médecine générale. L'engouement qui règne entre chefs de clinique me motive tous les jours à m'engager toujours plus pour notre filière universitaire. Céline, animer des enseignements avec toi est un pur plaisir. Ludovic, ton humour et ton énergie positive sont des moteurs qui donnent envie de déplacer des montagnes !

A Nicolas, toujours à mes côtés pour me soutenir. Tu n'as pas craqué, même dans les moments les plus difficiles. Tu me donne les moyens de faire l'exploit de mener dans la même journée à bien mes quatre « métiers » (médecin, chercheuse, enseignante, et maman). Merci pour tous les jours passés avec toi, merci pour ton amour, merci pour ton soutien, merci pour tout.

A Elise et Martin, mes rayons de soleil. Votre amour et votre innocence sont des sources de motivation et d'inspiration pour continuer à prendre soin de vous, et des autres.

A ma mère, qui m'a toujours encouragée à donner le meilleur de moi-même. Tu es malheureusement partie trop tôt, mais les valeurs que tu m'as données, et les expériences que j'ai pu vivre étant enfant avec toi, l'association Musicart et ses artistes, se retrouvent dans ce travail.

A mon père et mes frères et sœur, pour m'avoir soutenue depuis tant d'années, avoir écouté mes doutes, et supporté mes coups de gueule.

A ma famille, Isabelle, Christian, François-Xavier, Marie-Joe, les cousins et cousines, et mes amis.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de donner de leur temps pour ce travail, ainsi qu'aux *personnes qui ont aidé et soutenu la mise en œuvre de ces études, en particulier Claire Fornaro, et Didier Théry.* Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

A tous les patients qui ont accepté de donner de leur temps et de livrer leurs ressentis et émotions pour cette étude. J'espère que les résultats de ces travaux apporteront les fruits bien mérités de votre investissement, et permettront d'améliorer à terme votre prise en charge en soins primaires.

Table des matières

I. Introduction	9
II. Généralités	12
1. Du concept de précarité à la définition de l'absence de chez-soi : justification et enjeux du choix du terme "absence de chez-soi"	12
1.1. <i>La précarité : un concept complexe et multidimensionnel</i>	12
1.2. <i>L'absence de chez-soi comme reflet quantifiable du processus dynamique de précarisation</i>	14
2. Chiffres et enjeux de l'absence de chez-soi en France et dans le monde	17
2.1. <i>Une problématique croissante en France et à l'international</i>	17
2.1. <i>Itinéraires de soins des personnes sans chez-soi en France, une place insuffisante des soins premiers</i>	18
2.2. <i>Marseille, une ville particulièrement touchée par la précarité et l'absence de chez-soi</i>	20
3. Santé et recours aux soins des personnes sans chez-soi : des besoins de soins complexes	22
3.1. <i>Une vulnérabilité sanitaire : morbidité et mortalité des personnes sans chez-soi</i>	22
3.2. <i>Des barrières à l'accès aux soins et un non-recours aux soins trop fréquents</i>	24
4. La prise en charge des personnes sans chez-soi en soins primaires: des réponses à préciser	32
4.1. <i>Définition et enjeux des soins primaires dans la prise en charge des personnes sans chez-soi</i>	32
4.2. <i>Organisation des soins primaires et prise en charge des personnes sans chez-soi au niveau international</i>	33
4.3. <i>Prise en charge des personnes sans chez-soi en médecine générale dans le système de santé français</i>	34
III. Hypothèses	39
IV. Objectifs	41
V. Stratégie de recherche	42
VI. Résultats	45
1. Le médecin généraliste face à la prise en charge des personnes sans chez-soi : problématiques et solutions	45
1.1. <i>Améliorer l'accès et la continuité des soins des personnes sans chez-soi : comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer ?</i>	45

1.2. <i>Développer le Dossier Médical Partagé : point de vue et acceptabilité des médecins généralistes dans le cadre de la prise en charge des personnes sans chez-soi</i>	64
2. Repenser l'organisation du système de soins primaires pour améliorer la santé et les parcours de soins des personnes sans chez-soi : l'apport de la littérature	81
2.1. <i>Introduction et contexte</i>	81
2.2. <i>Résumé de l'article</i>	82
2.3. <i>Article 3 - Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review</i>	85
3. Représentations et expériences des soins des personnes sans chez-soi : confronter les données auprès des usagers du système de santé	107
3.1. <i>Patients bénéficiaires de l'Aide médicale d'état</i>	108
3.2. <i>Patients sans chez-soi</i>	130
VII. Discussion	149
1. Penser des innovations en soins primaires pour améliorer la prise en charge des personnes sans chez-soi : les enseignements d'une approche holistique	149
2. Une nécessaire adaptation des professionnels de santé dans la prise en charge des personnes sans chez-soi	151
3. Evolutions de l'organisation des soins primaires en France et réponses aux besoins d'adaptation	153
4. Construire un modèle collaboratif pour résoudre le débat entre structures « spécialisées » et « non spécialisées » de la précarité ?	156
VIII. Conclusion et perspectives	165
IX. Bibliographie	167
X. Abréviations	186
XI. Annexes	187

I. Introduction

L'exclusion liée au logement, dont nous pouvons regrouper les différentes formes dans la notion d'« absence de chez-soi »^a, a augmenté dans les pays développés ces trente dernières années (1). En France, le rapport de la Fondation Abbé Pierre produit en 2017 estime à **900 000** le nombre de personnes ne bénéficiant pas d'un logement personnel, et à environ **4 millions** le nombre de personnes vivant dans des conditions de logement précaires (2). Il s'agit d'un problème particulièrement fréquent à Marseille, où plus de 14 000 personnes se sont retrouvées au moins une fois en situation de sans-abrisme durant l'année 2016 (3), et où le nombre de personnes sans chez-soi est probablement beaucoup plus conséquent si l'on s'en tient aux tendances nationales en guise de comparaison (4).

L'identification et la prise en charge des personnes sans chez-soi est actuellement une priorité de santé publique, en France mais aussi dans les programmes nationaux de réforme des Etats membres de l'Union Européenne (5,6). **En effet, ces personnes souffrent d'un moins bon état de santé physique et psychique, associé à une mortalité plus précoce que la population générale (1,7–16). Les barrières qu'elles rencontrent dans leur accès aux soins (17,18) ainsi que l'inadaptation des parcours de soins dans lesquels elles entrent (19–22), renforcent les inégalités sociales de santé dont elles souffrent et reflètent des carences dans l'organisation du système de soins.**

Il apparaît indispensable d'améliorer l'accès aux soins primaires et la qualité des parcours de soins des personnes sans chez-soi (23). Une prise en charge de premier recours de qualité permettrait à terme d'éviter l'ancrage dans des parcours de soins inadaptés, réduire les retards aux soins, et limiter l'aggravation de pathologies nécessitant par la suite une prise en charge coûteuse (24–27).

^aHomelessness, définie selon la typologie européenne de l'exclusion liée au logement (ETHOS)

Les structures dédiées à la prise en charge des patients les plus précaires (comme par exemple les Permanences d'accès aux Soins de Santé ou des structures associatives comme Médecins du monde), permettent de « poser des rustines » sur les carences du système de santé français, mais il est nécessaire de réfléchir aux moyens de favoriser un retour vers le droit commun de l'ensemble de ces patients dans la diversité des situations sanitaires et sociales qu'ils rencontrent.

En 2009, en réponse à une demande exprimée par le Samu Social sur l'augmentation des problèmes d'accès aux soins des personnes sans abri, et dans un contexte de précarité grandissante, la ville de Marseille, sa Direction de la Santé Publique et des Handicapés et l'Agence Régionale de la Santé (ARS) ont commandité une étude pour identifier et renforcer le processus de coordination autour de l'accès aux soins et la continuité des soins des personnes sans abri. Ce travail, réalisé à Marseille de Juin 2010 à Mars 2011, a confirmé l'existence chez les personnes sans chez-soi de nombreux obstacles à l'accès aux soins sur la ville (5). A la suite de ce travail, le projet ASSAb (Accès aux Soins des personnes Sans-Abri sur Marseille) a donc été mis en place en 2011, avec pour objectif principal l'amélioration de l'accès et de la continuité des soins des personnes sans-abri à Marseille.

Ce travail, qui s'inscrit dans la continuité de mon mémoire de master 2 recherche en Santé publique (28), s'ancre dans les réflexions initiées par le projet ASSAb. **Il doit permettre d'apporter des pistes pour développer des organisations nouvelles en soins primaires dans le but d'améliorer l'accès aux soins, la continuité des soins et la prise en charge des personnes sans chez-soi.**

Pour répondre à ce besoin, ce travail s'organise autour de trois grandes phases, dans le cadre d'une recherche par méthodes mixtes :

- La première a consisté à explorer les ressentis des médecins généralistes sur leur place dans la prise en charge, et leur acceptabilité à utiliser un dossier partagé (le Dossier Médical Partagé, DMP) pour les personnes sans chez-soi.
- La seconde a consisté à décrire les programmes en soins primaires qui prennent en charge les personnes sans chez-soi, et en dégager les caractéristiques associées à des

impacts positifs en termes d'accès aux soins, continuité des soins, expérience des soins ou santé des personnes sans chez-soi.

- La troisième a consisté à retourner au terrain d'étude et ainsi explorer en miroir des représentations des médecins généralistes, et à la lumière des données de la littérature, les représentations, le vécu et les attentes des patients eux-mêmes envers les soins premiers.

II. Généralités

1. Du concept de précarité à la définition de l'absence de chez-soi : justification et enjeux du choix du terme "absence de chez-soi"

1.1. *La précarité : un concept complexe et multidimensionnel*

1.1.1. Histoire et évolution du concept de précarité

Progressivement construit et précisé plus récemment dans le champ des sciences sociales, le concept de précarité reflète un processus dynamique, où sur une fragilité, le cumul de plusieurs facteurs de vulnérabilité (sanitaires ou sociaux) aboutira à une précarisation, puis à l'extrême l'exclusion. **L'histoire de ce concept illustre bien sa complexité et les difficultés à le définir de façon précise et homogène.**

Ainsi le terme « précarité » vient du latin « precarius », qui signifie obtenu par la prière (qui n'est pas assuré). On le retrouve ensuite au moyen-âge, avec le terme precoire (1336) : « qui ne s'exerce que grâce à une autorisation révocable » (29,30). Il reflète déjà ainsi la notion de fragilité, d'incertitude, d'instabilité. Le concept de « précarité » dans le champ sanitaire et social est plus récent. Il apparaît en 1976, parallèlement à un durcissement du contexte social en France, marqué par la montée du chômage et la fragilisation des conditions de travail. La notion de précarité est introduite pour décrire ces phénomènes (31).

La notion de précarité est précisée par le père Wresinski, fondateur du mouvement « ATD Quart Monde », lors de son rapport au conseil économique et social français en 1987. Selon lui : *"La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à*

la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible" (32).

En 1998, le Haut Comité de Santé Publique reprend la définition du Père Wresinski et affirme que « la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale » (33,34).

C'est dans les années 2000 que les sciences humaines et sociales s'approprient ce concept de précarité. Le sociologue Serge Paugam la décrit initialement comme un prolongement de la pauvreté, renvoyant aux travailleurs précaires (35). Plusieurs sociologues s'intéressent à ces nouvelles formes de pauvreté, et ramènent le concept de précarité au centre de la régulation sociale. La précarité est alors associée au délitement des liens sociaux, et, plus largement, aux mutations de la société ; elle intègre pour Ulrich Beck la « perspective de la société du risque, où chacun a le sentiment d'être vulnérable » (36,37).

1.1.2. Une mutation du concept : vers la notion de vulnérabilité

Aujourd'hui, plus que de précarité, ou d'exclusion, les sociologues préfèrent utiliser la notion de vulnérabilité, sanitaire et sociale, qui désigne une « incertitude de situation, liée non seulement au développement propre d'une pathologie [...] mais également à ses différentes répercussions (financières, matérielles, relationnelles), susceptibles de mettre en péril autant l'organisation de la vie quotidienne que les relations et l'identité des personnes et de leur famille ». Il ne s'agit donc plus d'une « simple zone de bascule [...], mais d'une relation non linéaire de fragilité, [...] où s'enchevêtrent incertitude de l'individu, de son accompagnement, des traitements, des politiques publiques et du regard social »(38). **La notion de vulnérabilité permet de mieux illustrer la précarité comme un processus dynamique.** Car comme l'explique Pierre Larcher grâce à la parabole du trampoline (où chacun des élastiques reliant la toile à son cadre constitue une sécurité) : à chaque rupture, la personne rebondit moins bien, chaque rupture ébranlant un peu plus la solidité du trampoline, jusqu'au risque de rupture (39).

1.1.3. Le concept précarité en recherche : complexité et limites

Le sociologue Régis Pierret décrit la précarité comme « *une notion éminemment subjective ; un sentiment qui ne recouvre pas forcément une réalité économique* » (36). **Il s'agit d'un concept complexe, polysémique, difficilement mesurable du fait de la diversité des champs qui le composent et la difficulté d'en définir les limites.** A l'inverse de la pauvreté, définie et mesurable par de multiples indicateurs, ce concept est difficilement mesurable et quantifiable (40).

Il existe un indicateur de la mesure de la précarité et de la « santé sociale » validé en France : le score EPICES ((Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé). Ce score, composite, repose sur 11 questions qui explorent les différentes dimensions de la précarité, retenues parmi une première liste de 42 questions (41–43). Certaines études françaises s'appuient maintenant sur ce score pour identifier dans leurs critères d'inclusion les personnes en situation de précarité.

Au niveau de la recherche internationale, ce concept reste peu utilisé dans les travaux anglo-saxons (comme peut en témoigner l'inexistence de terme Mesh pour le définir), et n'a pas fait l'objet d'une définition uniformisée au niveau international.

1.2. *L'absence de chez-soi comme reflet quantifiable du processus dynamique de précarisation*

Les définitions relatives à l'exclusion liée au logement sont elles aussi diverses. Mais **récemment une définition a été élaborée au niveau européen sous la forme de la catégorisation ETHOS** (typologie européenne de l'exclusion liée au logement), qui propose une définition plus opérationnelle, et regroupe les diverses notions de sans-abrisme, sans logement, logement précaire, et logement inadéquat (44–46). Cette typologie se base sur une

définition conceptuelle de l'absence de chez-soi regroupant ces 4 catégories définies selon 3 domaines dont le manquement constituerait l'absence de chez-soi. **La catégorisation ETHOS de l'exclusion liée au logement offre ainsi une définition harmonisée au niveau européen de l'absence de chez-soi (46).**

Elle considère quatre conditions pour les personnes sans chez-soi (47) (tableau 1) :

- Les personnes sans-abri : il s'agit des personnes vivant dans la rue ou en hébergement d'urgence ;
- Les personnes sans-logement : qui regroupe les personnes vivant dans des foyers d'hébergement, sortant d'institution ou bénéficiant d'un accompagnement au logement à plus long terme ;
- Les personnes en logement précaire : qui regroupe les personnes vivant en habitat précaire, menacées d'expulsion ou menacées de violences domestiques ;
- Les personnes en logement inadéquat : il s'agit par exemple des personnes vivant dans des structures non conventionnelles ou provisoires (caravanes, squats), dans des logements indignes ou dans des situations de surpeuplement sévère.

A travers ces quatre grandes conditions, elle reflète bien le processus dynamique de la précarisation.

Tableau 1 - Synthèse de la typologie européenne du sans-abrisme et de l'exclusion liée au logement (ETHOS)

Situation	Catégorie	Catégorie opérationnelle
Sans-abrisme	Sans-abri	1- Personnes vivant dans la rue
		2- Personnes en hébergement d'urgence
	Sans-logement	3- Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile
		4- Personnes en foyer d'hébergement pour femmes
		5- Personnes en hébergement pour immigrés
		6- Personnes sortant d'institution
		7- Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme
Exclusion liée au logement	Logement au précaire	8- Personnes en habitat précaire
		9- Personnes menacées d'expulsion
		10- Personnes menacées de violences domestiques
	Logement inadéquat	11- Personnes vivant dans des structures provisoires / Non conventionnelles
		12- Personnes en logement indigne
		13- Personnes vivant dans des conditions de surpeuplement sévère

Ce terme de personnes « sans chez-soi », validé lors de la conférence de consensus de 2007 (comment sortir de la rue) et repris lors de la conférence européenne de consensus à Bruxelles en 2010 (48), avait déjà été employé par des acteurs marseillais du champ de la précarité, en particulier Vincent Girard dans un rapport sur la santé des personnes sans chez-soi rendu à Mme Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé (49). Il nous est paru important de s'y référer, afin de nous inscrire dans la continuité de la dynamique lancée sur Marseille autour de cette question. S'il avait été initialement prévu de choisir le terme de personnes « sans-abri » pour l'étude, le choix du terme « sans chez-soi » s'est justifié d'une part par la mise en évidence lors d'un premier groupe de travail incluant des généralistes de la diversité des catégories à envisager, et la pertinence plus importante du rôle de ces acteurs de soins primaires dans la prise en charge des patients vivant des situations de vulnérabilité, considérés comme « en

haut du toboggan »^b: Il paraissait nécessaire de ne pas restreindre la conceptualisation aux personnes les plus exclues, mais de concevoir les autres types d'absence de chez-soi, pour rentrer dans la notion de vulnérabilité.

C'est en ce sens que j'ai choisi pour mon travail de doctorat de me centrer sur une composante de la précarité, celle liée au logement, et de mener des travaux autour des « personnes sans chez-soi ».

2. Chiffres et enjeux de l'absence de chez-soi en France et dans le monde

2.1. *Une problématique croissante en France et à l'international*

Le nombre de personnes concernées par l'absence de chez-soi a augmenté ces dernières années (50). Actuellement environ **4 millions** de personnes vivent une situation de sans-abrisme en Europe chaque année, et plus de 2.5 millions aux USA (1). La stratégie Europe 2020 compte parmi ses 5 objectifs celui de réduire d'au moins 20 millions le nombre de personnes confrontées à la pauvreté. Une de ses priorités est le sans-abrisme, identifié par la commission européenne comme « *l'une des formes les plus extrêmes de pauvreté* » (6,51).

En France en 2016, la pauvreté concerne 5 millions de personnes si l'on retient le seuil de 50% du revenu médian pour la définition de la pauvreté (moins de 855 euros par mois pour une personne seule), avec une augmentation de 628000 du nombre de personnes pauvres en 10 ans (52).

Concernant plus particulièrement l'exclusion liée au logement, l'INSEE avait estimé en 2012 à 81000 le nombre total de personnes sans-domicile^c dans les villes de 20 000 habitants et

^b Terme énoncé par un médecin lors de la première réunion du groupe de travail, pour illustrer les patients rencontrant des premiers facteurs de fragilité.

^c Les personnes sans logement personnel sont définies par l'INSEE comme étant des personnes ayant passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid)

plus (53,54). Dans l'étude SAMENTA, la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide a été estimée à 21 176 personnes (IC95 % [17 582 ; 24 770]) (55). **Le dernier rapport de la fondation Abbé Pierre estime à 900,000 le nombre de personnes sans logement personnel** (les personnes sans abri, vivant dans des foyers d'hébergement, chez de la famille ou des amis, ou dans des structures inadaptées ou non conventionnelles), **et à environ 4 millions le nombre de personnes sans chez-soi** si l'on retient la définition large de l'absence de chez-soi (2). En 2012 en France, près de la moitié des personnes sans-domicile étaient des migrants selon l'INSEE, et plus d'un tiers vivaient avec moins de 300 euros par mois (56).

Le constat est d'autant plus alarmant qu'il s'agit, d'une part, d'une population plutôt jeune, avec une part importante de 18-24 ans (20% de la population ayant sollicité le 115 en 2010, avec comme principale cause une rupture familiale ou conjugale dans 26% des cas) (57), et qu'une part croissante des familles^d (58) et des femmes (2 personnes sans domicile sur 5 étaient des femmes en 2012(54)) sont concernées. Lors d'une enquête menée en Ile de France en 2013, 10280 familles en situation d'absence de chez-soi étaient recensées, dont la quasi-totalité (94%), vivaient en dessous du seuil de pauvreté (59).

2.1. Itinéraires de soins des personnes sans chez-soi en France, une place insuffisante des soins premiers

Les parcours de soins des populations les plus précaires sont marqués par des ruptures et des recours inadaptés, dont les taux de recours supérieurs aux urgences sont un des témoins encore aujourd'hui (60–64).

Les personnes sans chez-soi s'ancrent fréquemment dans des parcours de soins inadaptés, marqués par un recours surreprésenté aux urgences ou au système hospitalier (21,22,65), et où les soins primaires sont trop souvent décentralisés.

^d Partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée soit d'un couple vivant au sein du ménage, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage, soit d'un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (INSEE).

Les services d'urgences sont ainsi trop souvent utilisés à tort, pour des pathologies qui n'auraient pas nécessité de consultations aux urgences mais auraient pu être prise en charge en ville, ou du fait de vraies urgences qui auraient pu être évitées par une prise en charge et un suivi ambulatoire précoces. Cette surreprésentation est plutôt le reflet d'erreurs dans le parcours de soins de ces patients et doit questionner l'organisation actuelle des offres de premier recours dans le système de santé français. Plusieurs articles ont en effet montré qu'un recours plus important aux urgences dans les populations précaires plus largement témoigne avant tout d'une rupture des soins et non pas d'un besoin réel d'un plateau technique (66,67).

Plusieurs études ont quantifié l'exposition des médecins généralistes à la prise en charge des personnes sans chez-soi dans leur exercice : dans une étude publiée par l'INSEE en 2003, 84% des personnes en situation d'exclusion liée au logement avaient consulté un médecin généraliste dans l'année (13); dans une autre étude Canadienne publiée en 2011, 43% des personnes sans chez-soi avaient désigné un médecin de famille (19).

Pourtant, les médecins généralistes français sont peu identifiés comme une solution de premier recours par les personnes sans chez-soi lorsqu'elles ressentent un problème de santé, comme le suggère l'étude TREPSAM (Trajectoires de soins des personnes sans abri à Marseille), menée entre 2013 et 2014 sur Marseille auprès de 129 personnes sans chez-soi (68). Sur 243 épisodes de santé identifiés, le recours au médecin généraliste arrivait seulement en 5ème position (après « ne rien faire » pour 37% des épisodes, l'automédication, le recours au soignant de la structure où se trouve la personne, puis le recours aux urgences), et concernait seulement 16 épisodes de santé (soit 6.6% de ces épisodes). Parmi les personnes qui avaient eu en premier lieu recours aux urgences et dont le problème de santé n'avait pas été résolu, aucune n'a consulté un généraliste en second recours (68). Ce phénomène peut mettre en évidence des carences en termes de coordination entre l'hôpital et la ville avec des échecs dans la réorientation vers le parcours de droit commun des personnes sans-abri lors d'un passage aux urgences.

La littérature a par ailleurs mis en évidence l'existence de nombreuses difficultés ressenties par les médecins généralistes dans cette prise en charge, ainsi qu'un taux de refus de soins dans le premier recours significatif pour les personnes en grande précarité (69–73). La plupart

de ces études examinant les opinions des généralistes en France ciblaient des patients précaires ou migrants ; elles utilisaient principalement une approche descriptive ou ciblaient des généralistes « spécialisés » ou « impliqués » dans la prise en charge de ces patients.

Bien qu'il soit une solution de recours, le médecin généraliste est ainsi très rarement identifié par les personnes sans chez-soi comme premier recours à envisager, et reste encore trop peu proposé par les personnels ayant été amenés à recevoir ces patients.

Il faut donc s'interroger sur les raisons de ce non-recours ou de ce renoncement massif lors des prises en charge auprès des généralistes de ville. Quels facteurs empêchent la satisfaction de ces critères de prise en charge en médecine de ville ? Comment donner aux médecins généralistes les moyens de s'adapter et devenir de réels aidants dans cette prise en charge ?

2.2. Marseille, une ville particulièrement touchée par la précarité et l'absence de chez-soi

Marseille fait partie des communes les plus inégalitaires du territoire national. Les données publiées par l'INSEE en Juin 2015 font état d'un taux de pauvreté sur Marseille de 25,1%, particulièrement concentré dans les 1er, 2ème, 3ème, 14ème et 15ème arrondissements (39 à 51%) (74). La part d'allocataires dont le revenu dépend à 100 % de prestations sociales est plus importante : 34% sur le Grand centre-ville et 25% sur Marseille (75). En reflet, la part des logements potentiellement indignes est très importante surtout dans le quartier prioritaire du Grand Centre-Ville avec un taux de 28,3% contre 10,2% pour Marseille et 7% sur Aix-Marseille Provence (75).

Le dénombrement des personnes sans-abri réalisé en 2011 puis en 2016 à Marseille a révélé une augmentation du nombre de personnes s'étant trouvé dans l'année au moins une fois en

situation d'être sans-abri dans l'urgence et d'accéder à un lieu d'accueil ou de soins dédié (avec 14063 personnes concernées en 2016 contre 12648 en 2011) (3,76). La ville de Marseille apparaît ici comme particulièrement touchée par l'exclusion liée au logement.

3. Santé et recours aux soins des personnes sans chez-soi : des besoins de soins complexes

3.1. *Une vulnérabilité sanitaire : morbidité et mortalité des personnes sans chez-soi*

L'état de santé des personnes sans chez-soi, exploré dans la littérature le plus souvent à travers le prisme des catégories des personnes sans-logement et/ou sans-abri, est globalement plus dégradé que celui de la population générale. Leur santé perçue est moins bonne que la population générale (13), ce que viennent confirmer les données de morbi-mortalité.

Ainsi ces personnes présentent une plus forte prévalence des pathologies chroniques somatiques, dominées par :

- Les pathologies infectieuses (avec par exemple une prévalence de l'hépatite C entre 4 et 36% pour les personnes sans chez-soi, contre 0,5 à 2% dans la population générale) (77),
- Les troubles métaboliques et pathologies cardio-vasculaires : morbidité favorisée par une prévalence plus importante de la consommation de tabac (78), et un moins bon contrôle des pathologies hypertensives ou diabétiques bien que leurs taux restent similaires avec la population générale (1,79,80)
- Les blessures aiguës et séquelles d'accidents graves (81,82), dont les traumatismes crâniens pouvant atteindre des taux de 8 à 53% selon les études chez ces patients (83)
- Les pathologies respiratoires, les pathologies articulaires et osseuses, les pathologies digestives, et les pathologies dermatologiques (13).

Une étude réalisée à Marseille en 2014 qui a évalué de manière transversale l'état de santé des femmes hébergées à l'UHU^e de l'école Saint-Louis, en se référant aux scores de CIRS^f, a retrouvé des scores comparables à ceux retrouvés en gériatrie chez des patients hospitalisés (84). Dans une seconde étude, menée sur Marseille en 2016 auprès de 247 hommes en unité d'hébergement d'urgence (l'UHU de la Madrague) (soit 88% des personnes hébergées lors de l'enquête), l'ensemble des personnes interrogées cumulaient 671 problèmes de santé. Parmi les principaux troubles représentés, 30% des personnes souffraient de problèmes neurologiques, près de la moitié présentaient des troubles ostéoarticulaires, 38,5% déclaraient des troubles ophtalmologiques, et près d'un tiers déclaraient des troubles de la sphère respiratoire. Seuls 8% des problèmes de santé déclarés étaient traités. Presque un tiers des personnes avaient déclaré avoir ressenti le besoin de voir un médecin sans avoir pu le consulter (85).

Les pathologies psychiatriques représentent une part importante des troubles de ces patients. La prévalence des troubles de santé mentale dans cette population atteint 30 à 60%, et plus de la moitié d'entre eux voient leurs troubles associés à des problématiques d'addiction (86–88). L'étude SAMENTA réalisée sur Paris en 2010 a estimé qu'un tiers des personnes sans-abri souffraient de troubles psychiatriques sévères (55). Dans l'étude menée sur l'UHU de la Madrague en 2016, des problèmes psychiatriques étaient évoqués par 28% des patients, et traités dans seulement 7% des cas. Des idées suicidaires étaient verbalisées par un hébergé sur cinq (85).

Les enfants des familles qui vivent des situation d'absence de chez-soi présentent eux aussi une prévalence plus élevée des troubles de santé somatique et psychiatrique : dans l'étude ENFAMS (Enfants et familles sans logement) menée sur Paris en 2013, 38% des enfants étaient anémiés, 26% étaient en situation de surpoids ou d'obésité, et 20% présentaient des signes

^e L'unité d'hébergement d'Urgence est une structure d'accueil de nuit pour les femmes, située à l'école Saint-Louis

^f Cumulative Illness Rating Scale : il s'agit d'un score cumulant les niveaux d'atteinte de chaque grand groupe d'organe (de « aucun problème » à « problème très grave »). Ce score est principalement utilisé en gériatrie, et est corrélé au niveau d'autonomie des patients. Il est adéquat pour l'évaluation des patients présentant plusieurs pathologies.

de possibles troubles mentaux (59,89). Dans les Bouches-Du-Rhône, l'étude ESPPER ASE 13 a exploré l'état de santé physique et psychique des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'enfance (en maison d'enfant à caractère social, ou en famille d'accueil) en 2014. Il s'agit d'une population particulière d'enfants sans chez-soi, marquée par des antécédents de maltraitance ou négligences ayant conduit à leur placement. Cette étude a retrouvé des résultats presque aussi alarmants que ceux des enfants qui vivaient une situation d'absence de logement sur Paris, en termes de santé mentale et de développement staturo-pondéral, avec la présence de troubles de santé mentale chez près d'un quart (22%) des enfants, 18% d'enfants en surpoids ou en obésité, et 13% d'enfants en insuffisance pondérale (75,76).

Conséquences de ces problématiques intriquées de santé physique et psychiques chez les personnes sans chez-soi, les données relatives à la mortalité des personnes sans chez-soi sont particulièrement frappantes : l'âge moyen au décès est estimé entre 40 et 50 ans pour les personnes sans-abri (1), et les ratios de mortalité standardisés de ces patients dans les pays développés sont 2 à 5 fois supérieurs que dans la population générale au même âge (7,92).

Ainsi, l'ensemble des pathologies somatiques et psychiatriques dont ces patients souffrent, souvent intriquées et cumulées, auxquelles s'associe un retard aux soins et un moins bon contrôle des troubles, surajoutés aux problématiques sociales majeures qu'ils vivent, complexifie leur prise en charge (1,5,8,9,13).

3.2. Des barrières à l'accès aux soins et un non-recours aux soins trop fréquents

Alors que les personnes sans chez-soi ont des besoins de soins complexes, **ils font face à de multiples barrières à l'accès aux soins** et reçoivent moins de soins de prévention que la population générale (93,94).

3.2.1. Les réalités de l'accès aux droits

Depuis le 1er janvier 2016, avec la protection universelle maladie (PUMa), toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. La PUMa a entraîné la disparition de la Couverture Maladie Universelle de base qui s'adressait auparavant aux personnes ne travaillant pas ou n'étant pas ayant-droit de personnes travaillant. Elle permet une prise en charge des dépenses de santé dans sa part obligatoire (c'est-à-dire par exemple, 16 euros 50 pour une consultation auprès d'un médecin généraliste d'une valeur de 25 euros) (95). Si la création de la PUMa a permis de supprimer progressivement le statut d'ayant droit et a simplifié les démarches pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie, elle n'a pas modifié la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé et de fait les barrières financières à l'accès aux soins pour les plus pauvres. En France, plusieurs dispositifs ont été progressivement développés avant la création de la PUMa et ont été maintenus pour tenter de réduire ces barrières financières à l'accès aux soins :

- **La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-c)** : elle concerne les personnes résidant en France de manière stable et régulière ayant des ressources inférieures à un plafond défini selon la composition du ménage (en 2018, revenus inférieurs à 734 euros par mois pour une personne seule en France métropolitaine). La CMU-c a concerné environ 5,5 millions de bénéficiaires en 2017 (96). Elle donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé de façon à atteindre 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Le forfait hospitalier est pris en charge. Les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations ne sont pas demandées et les professionnels de santé ont l'obligation, hors exigence particulière du patient, de respecter les tarifs opposables et de proposer au patient le tiers-payant sur les soins effectués (97). Une des limites de ce dispositif est l'effet seuil dans son accès engendré par des plafonds de ressources limitant l'accès à une part non négligeable des populations les plus précaires.

- **L'aide à la complémentaire santé (ACS)** : créée par la loi du 13 Août 2004, elle a permis de palier à l'effet seuil que constituait la CMU-c. Elle a concerné en 2017 environ 1,5 million de bénéficiaires effectifs (96). Cette aide consiste en une réduction forfaitaire sur le montant de la cotisation annuelle à payer à un organisme complémentaire de santé, grâce à une attestation-chèque remise par la caisse primaire d'assurance maladie à l'assuré, dont la valeur dépend de l'âge du bénéficiaire. Cet organisme déduit alors l'aide obtenue du montant de la cotisation. Le bénéficiaire doit résider en France de manière stable et régulière et ses ressources doivent être comprises entre le plafond de la CMU-c et ce même plafond majoré de 35 %, soit 12084 euros par an pour une personne seule en métropole au 1er Janvier 2019. Depuis le 1er juillet 2015, de nouveaux avantages sont accordés aux bénéficiaires de l'ACS, dont l'exonération du paiement de la franchise médicale et de la participation forfaitaire (tiers payant intégral) (98). Cependant, cette aide souffre toujours d'un non-recours encore trop important. Dans une enquête menée à Lille en 2009 auprès de bénéficiaires potentiels de l'ACS, les principales causes de non-recours évoquées par les personnes interrogées étaient le manque d'information, la croyance de ne pas être éligible, la complexité des démarches, ou le prix du reste à charge éventuel après le chèque santé (99). En 2016, moins de 50% des personnes éligibles à ce dispositif y ont eu recours (96), ce qui est toutefois encourageant au regard des taux extrêmement faibles retrouvés quelques années après la création du dispositif (seulement 18% de recours en 2009 (99)).
- **L'Aide Médicale d'Etat (AME)** : héritière de l'aide sociale pour la santé, l'Aide Médicale de l'Etat (AME), est directement financée par l'Etat. L'AME concerne environ 300 000 bénéficiaires chaque année, pour un budget national annuel de 700 à 800 millions d'euros (soit environ 0,5 à 1% des dépenses annuelles de l'assurance maladie) (100). Elle assure la prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière pouvant prouver leur résidence de manière stable en France depuis au moins trois mois, sous certaines conditions de ressources (30). Cependant, le panier de soins offert par l'AME reste limité : il ne permet pas une prise en charge des prothèses dentaires, des lunettes ou des indemnités journalières, contrairement à la CMU-c, et les bénéficiaires de l'AME

devant recourir à des soins hospitaliers jugés coûteux doivent obtenir un accord préalable pour la prise en charge de ces soins par l'AME. Par ailleurs le dispositif prévoit que les migrants bénéficiaires de l'AME ne bénéficient pas du parcours médecin traitant (101). Outre ces exclusions dans le parcours médecin traitant et dans les paniers de soins, l'histoire de l'AME reflète la stigmatisation des migrants en situation irrégulière dans leur accès aux soins lors du dernier siècle. Ainsi, en un siècle, l'assistance médicale à destination des plus pauvres est devenue une Aide médicale à destination des seuls individus en irrégularité de séjour. Précurseur de l'AME, l'assistance médicale gratuite (AMG) avait été créée par la loi du 15 juillet 1893 (102) pour permettre aux malades les plus pauvres (non cotisants à la Sécurité Sociale, donc non rattachés à l'assurance maladie) de bénéficier d'un accès gratuit aux soins de santé. Se posait alors une réflexion autour d'un "droit à l'aide sociale", une aide qui apparaissait comme un devoir de la collectivité à l'égard des plus démunis. Sur fond de solidarité, l'aide sociale (appelée assistance médicale gratuite ou AMG), remise à la charge de l'Etat, avait dès lors la particularité d'être attribuée sans contribution préalable, à toute personne qui ne bénéficiait alors pas de couverture maladie. Cent ans plus tard, la loi no 83-663 du 22 juillet 1983 organisait dans le cadre des « lois de décentralisation » le transfert de l'AMG aux départements, en instaurant l'Aide médicale départementale (AMD). Jusqu'en 1993, il n'existait aucune condition de régularité de séjour tant pour l'assurance maladie que pour l'assistance médicale gratuite devenue depuis 1983 assistance médicale départementale : les étrangers en situation irrégulière pouvaient donc en fonction de leur situation (possibilité de cotiser ou non à la Sécurité Sociale) bénéficier de l'une et/ou de l'autre. La loi 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, dite "Loi Pasqua", a bouleversé cette organisation en introduisant une condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie. En conséquence, cette loi a supprimé le droit à l'assurance maladie pour les étrangers en situation irrégulière qui n'ont alors plus eu d'autre possibilité de couverture maladie que l'aide médicale relevant de l'aide sociale (l'aide médicale départementale). La loi 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle (CMU), devait à

l'origine faire disparaître l'aide médicale départementale et unifier tous les résidents de France dans une protection maladie « universelle », égale pour tous. Mais le maintien de l'exigence de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie a conduit au maintien d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en situation irrégulière. C'est ce dispositif spécifique qui a été nommé "Aide médicale de l'Etat", reliquat de l'aide médicale départementale dorénavant réservé aux seuls étrangers en situation irrégulière (103). Les migrants en situation irrégulière sont donc désormais les seuls bénéficiaires de l'aide sociale, tous les autres bénéficiaires ayant basculé dans la couverture maladie "universelle" (financée et gérée par la Sécurité sociale). L'évolution de leurs droits s'est ainsi déroulée en deux temps : exclusion de l'assurance maladie (1993), puis isolement au sein de l'Aide Médicale de l'Etat, ex-AMD (1999).

- **Le fond pour soins urgents et vitaux** : créé par la loi de financement rectificative du 30 décembre 2003, il permet la réalisation gratuite des soins « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé ou de l'enfant à naître ». L'hôpital prend alors en charge les soins délivrés en urgences exclusivement lorsque le médecin estime que la vie du patient est en jeu ou qu'une absence de soins pourrait entraîner des conséquences graves et durables pour sa santé (101).

L'existence ou non d'une couverture maladie influence les modalités de recours aux soins, avec un recours plus important dans des structures dédiées à la prise en charge des populations les plus précaires, et moindre en médecine de ville, en l'absence de droits effectifs à une couverture maladie (9,11).

L'accès aux droits à une couverture maladie est donc un facteur essentiel de l'accès aux soins. La méconnaissance des droits ou aides sociales, le poids des contraintes administratives (complexité, lenteur ou lourdeur des démarches qui découragent les personnes), des choix

personnels (refus de dépendance vis-à-vis d'aides sociales), ou encore des échecs des demandes, pour partie liés à un phénomène discriminatoire envers les étrangers sont autant de raisons limitant cet accès (104,105). **Ainsi chez les personnes en situation de précarité il existe une différence entre « accès théorique » relevant de « droits potentiels » et « accès effectif » traduisant l'obtention de ces « droits effectifs » à une couverture maladie.** A titre d'exemple, le taux de non recours à la CMU-c était estimé à environ 30% des personnes éligibles en 2014 (106). Les personnes relevant de l'AME sont celles qui recourent le moins aux dispositifs de couverture maladie : seules 10 % des personnes concernées auraient ouvert leurs droits (107). **Ces freins à l'accès aux droits induisent en aval des retards aux soins, des modes de recours et/ou parcours inadaptés pour ces personnes** (recours répétés et inadaptés aux urgences hospitalières) (60,61,63,64,108).

3.2.2. Non-recours et renoncement aux soins

Une fois la barrière de l'accès aux droit franchise, les personnes sans chez-soi font face à de nombreuses autres barrières à l'accès aux soins, induisant un non-recours ou un renoncement aux soins (109,110). Parmi les barrières qui concernent particulièrement ces patients, on peut citer :

- **Les barrières économiques** (111) : il s'agit des raisons financières qui empêchent ou font différer le recours des patients aux soins. Cela concerne principalement le recours aux soins dentaires et d'optiques, dont la part non remboursée reste importante. Il faut aussi relever les difficultés des patients à avancer les frais de santé, mais aussi les difficultés financières à souscrire une complémentaire santé.
- **La barrière de la langue**, qui constitue un frein majeur à l'accès aux soins touchant particulièrement les populations précaires (112).
- **Les barrières professionnelles et les attitudes discriminatoires** : Médecins du Monde a retrouvé dans son enquête multicentrique réalisée en 2006 auprès des généralistes, un taux de refus déclaré de 37% pour les patients bénéficiaires de l'AME et 10% pour

les bénéficiaires de la CMU-c (111,113). Certaines discriminations sont aussi fondées sur des critères ethniques : ainsi les minorités ethniques rencontrent plus de difficultés à l'accès aux soins de santé (114), mais aussi aux droits, avec des barrières relatives aux démarches administratives pour l'entrée dans le droit commun (105)^g.

- **La perte ou le vol réitéré des papiers et les délais de recouvrement** : les personnes sans chez-soi, en particulier celles qui vivent à la rue, dans des foyers d'hébergement d'urgence ou dans des foyers d'hébergement à plus long terme, doivent faire face à des vols fréquents ou perdent souvent leurs papiers. Pour les personnes les plus exclues, sorties du système administratif français depuis longtemps, les démarches peuvent devenir particulièrement longues et complexes pour réussir à recouvrir alors des droits.

- **Les facteurs géographiques** : les difficultés retrouvées ici sont liées à l'inégale densité géographique de l'offre de soins ou du réseau de transports, l'éloignement des médecins limitant ainsi l'accès aux soins, en particulier aux soins spécialisés. Si cette limite est souvent évoquée pour les zones rurales ou péri-urbaine, en secteur urbain, certains quartiers sont particulièrement concernés par le phénomène de « désertification » médicale (116).

- **Les facteurs sociologiques et comportementaux traduisant le « renoncement-refus »** (112) :
 - Interprétations de la maladie et de la santé et leur décalage avec les explications médicales (93, 98);
 - Attentes à l'égard des professionnels de santé et la relation de soins (insatisfaction, non-adhésion au discours médical, ou autres formes d'opposition ou de résistance à la médecine) (112);

^gUne étude récente menée à Paris auprès de patients migrants d'Afrique sub-saharienne a relevé un taux de refus de soins de 6% pour ces patients, et qui était 2 fois plus élevé chez ceux qui présentaient une infection par VIH ou Hépatite B., alors que ces patients ont encore plus besoin de soins (115).

- Modification du rapport au corps avec répression des besoins ou développement de stratégies alternatives « profanes » (112);
- Mésestime de soi ou faible valeur attribuée à sa propre existence (112);
- Mauvaises expériences passées ou des craintes vis-à-vis des institutions pour les personnes les plus exclues (118,119). La notion de confiance envers le médecin ou le système de soins prend ici toute son importance (111) ;
- Le poids des autres priorités consistant à pourvoir aux besoins de base, ou, pour les personnes les plus exclues, simplement relatives à leur survie (120). La satisfaction de ces besoins simples au premier abord peut devenir dans un contexte de vie à la rue particulièrement complexe, envahissant, et chronophage (68). Le recours aux soins aura alors lieu uniquement lorsqu'il devient indispensable, en général par l'entrave au maintien des activités quotidiennes nécessaires à la survie que produit l'altération de l'état de santé du patient. Ce recours sera d'autant plus diminué pour les personnes les plus exclues, qui, souffrant de ce que Jean Furtos nomme le « *phénomène d'auto-exclusion* », ne sont plus à l'écoute de leur corps (121).

On peut supposer que le médecin généraliste en tant que médecin traitant, sorti des lieux institutionnels, s'il est identifié comme médecin référent et enclin à construire une relation de confiance dans une attitude d'accueil envers les patients sans chez-soi, pourrait être un levier pour améliorer le recours aux soins de ces patients.

4. La prise en charge des personnes sans chez-soi en soins primaires: des réponses à préciser

4.1. *Définition et enjeux des soins primaires dans la prise en charge des personnes sans chez-soi*

Il apparaît indispensable d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours de soins des personnes précaires souffrant de carences d'accès aux soins, notamment dans l'accès aux soins primaires, afin d'améliorer leur parcours de soins dès les premiers signes cliniques et retarder ainsi, voire éviter, l'arrivée des personnes précaires en premier recours dans les services d'urgences et ou hospitaliers (23). Les soins primaires ont été défini au niveau international par l'OMS lors de la conférence d'Alma-Ata comme « *des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays* » (122).

En France, les soins primaires sont représentés par les soins de premier recours, ou soins premiers (123), dont le médecin généraliste est un acteur central. La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) a donné une définition des soins de premier recours dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité ». Ainsi, offre de soins de premier recours s'entend des structures ou intervenants du système de santé assurant le premier contact du parcours de soins, autour de quatre types de missions essentielles notamment pour les plus démunis :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé (23).

En proposant aux patients des soins de santé globaux, dans une approche centrée-patient, les médecins généralistes, de par les compétences qui les définissent, peuvent logiquement répondre aux besoins de soins complexes de ces patients (intriquant problématiques de santé physique, mentale et besoins sociaux) (124,125). En tant que porte d'entrée du système de soins en France, ils sont en première ligne pour prendre en charge l'ensemble des patients, et permettent un accès facilité aux soins (122).

L'intérêt de mener des actions s'appuyant sur les soins primaires pour réduire les inégalités sociales de santé a déjà été souligné (126,127). Il a de même été démontré que l'intégration des soins primaires dans la prise en charge des personnes les plus exclues, en particulier les personnes sans chez-soi, améliorerait la prise en charge des maladies chroniques, l'expérience des soins, et réduisait les recours aux urgences et hospitalisations de ces patients (8,128).

4.2. Organisation des soins primaires et prise en charge des personnes sans chez-soi au niveau international

Au niveau international, différents cadres ont été décrits pour les prises en charge des personnes sans chez-soi, qui renvoient à divers degrés de spécialisation (129,130) :

- Une prise en charge dans le cadre de la médecine générale étendue, avec intérêt particulier pour les soins primaires des sans-abris. Il s'agit de proposer des soins tournés vers les personnes sans chez-soi au sein de services de santé traditionnels. Pour y parvenir, du personnel paramédical spécialisé est mobilisé, qui participera à initier une prise en charge spécifique associée (actions spécifiques, visites sur les lieux de vie...).
- Une médecine générale « spécialisée » dans les soins aux sans-abris : il s'agit en général de consultations de médecine générale proposées au sein de réseaux ou structures dédiées (par exemple, généralistes dans les abris nocturnes, ou encore dans des services exclusifs, séparés et adaptés aux sans-abris
- Des prestations de soins de santé primaires aux populations sans-abri dans les soins secondaires hospitaliers : ce modèle se rapproche de celui des PASS développé en France et que nous développerons dans le chapitre suivant, qui associent soins de premier recours, pour la plupart au sein d'une structure hospitalière, et prise en charge

sociale. Nous pouvons citer l'unité hospitalière d'accès aux soins de l'hôpital de Rochester, dont le programme intitulé « Health Care for the Homeless program » (HCHP) veut améliorer l'accès à des soins médicaux complets de la personne sans-abri, tout en offrant simultanément un accès individuel aux services nécessaires pour obtenir un emploi rémunéré, un logement permanent ou d'autres ressources pouvant être bénéfiques aux personnes. Le service dispose d'une unité mobile de soins, et propose des soins médicaux et dentaires, ainsi qu'un service de suivi de diabète avec éducation à la nutrition (131).

A l'instar de l'existence de ces divers modèles, le débat persiste entre proposer des soins dans des filières « spécialisées » pour les personnes sans chez-soi, ou tenter de les ramener vers le droit commun.

4.3. Prise en charge des personnes sans chez-soi en médecine générale dans le système de santé français

En France, pour les personnes sans chez-soi, à l'instar de la dichotomie rencontrée à l'international dans les filières de soins des personnes sans chez-soi, la prise en charge de premier recours par un médecin généraliste peut se faire dans le système de droit commun, ou dans des filières plus spécialisées de la précarité.

4.3.1. Prise en charge dans le système de droit commun

Les médecins généralistes peuvent être amenés à prendre en charge des personnes sans chez-soi sous trois grandes formes d'organisation :

- La première est celle de cabinets médicaux, structures conventionnelles de la médecine générale, en exercice isolé ou de groupe.
- La seconde, qui s'est plus récemment développée, consiste en des structures d'exercice regroupées et coordonnées de médecine ambulatoire : il s'agit principalement des maisons de santé pluriprofessionnelles, qui ont l'obligation de se doter d'un projet de

santé témoignant d'un exercice coordonné (132). La facilitation de l'accès de tous aux soins fait partie des recommandations formulées pour la construction de leurs projets de santé. Cependant, la sénatrice Aline Archimbaud, dans son rapport sur l'accès aux soins des plus démunis, a pu constater que cet aspect était trop peu développé dans les projets de ces structures (23).

En France, le modèle des microstructures, intégrant au sein d'un cabinet de médecine générale des vacations de psychologue et assistante sociale rémunérées par l'ARS s'est développé pour la prise en charge des patients précaires et présentant des addictions. Ces structures ont fait la preuve d'une efficacité dans l'amélioration de l'accès et de la continuité des soins des patient concernés (133,134). Malgré un projet qui a fait ses preuves dans les diverses régions et est reconnu au niveau national, il existe une hétérogénéité dans son portage au niveau des ARS : le désengagement provisoire de l'ARS dans leur portage dans les Bouches-Du-Rhône a été un frein au développement du dispositif. Dans les Bouches-Du-Rhône en 2018, seules 3 microstructures sur les 12 qui existaient auparavant fonctionnent toujours, grâce aux subventions du conseil départemental, de la ville de Marseille et de l'engagement du bus 31/32 (un CSAPA sur Marseille) (135).

- La dernière forme d'organisation est représentée par les centres de santé : il s'agit de structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, et proposant souvent des soins de second recours. Leurs dispositions légales semblent répondre particulièrement aux besoins des populations en situation de précarité, que ce soit par l'application des tarifs opposables, la dispense d'avance de frais au moins sur la partie assurance maladie de base, ou la mise en œuvre d'actions de santé publique, de prévention, d'éducation et de coordination des soins^h. Bien que leur utilité médico-sociale ait été récemment confirmée ces centres ont pour limite leur fragilité économique (136).

^h cf Article L.6323-1 du code de la santé publique, et articles L.162-32-1 et suivants du code de la sécurité sociale

4.3.2. Prise en charge dans les filières dédiées de la précarité

- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) :

L'offre institutionnelle de soins gratuits généraux en France repose majoritairement sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les objectifs de ces dispositifs sont de proposer aux patients qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins, quelles que soient ces difficultés, un accompagnement social renforcé, étape primordiale pour leur prise en charge et un retour vers des dispositifs de droit commun. Les PASS sont principalement implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques (service de radiologie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie...) (137).

A Marseille, il existe 6 PASS hospitalières dont une seule PASS médico-sociale généraliste ciblant plus particulièrement les personnes nécessitant un plateau technique (PASS Rimbaud Hôpital Timone), une PASS dentaire, une PASS médicale généraliste pour les personnes avec des troubles de la santé mentale (Edouard Toulouse), 2 PASS sociales (Hôpital Conception et Hôpital Nord) incluant les PASS mère enfant, et la PASS mobile gynécologique (PASS Colette) (138). Ces dispositifs, souvent surchargés, ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins des populations précaires (139). Par ailleurs la population précaire n'a qu'une connaissance limitée du système de soins sur le territoire et a souvent du mal à repérer ces dispositifs (140). Seule la PASS Colette à orientation gynécologique portée par l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, permet d'aller vers les populations précaires au plus près de leurs lieux de vie.

- Autres solutions de soins au sein de l'offre institutionnelle

L'offre de soins institutionnelle gratuite est enrichie de nombreux autres dispositifs institutionnels non payants, donnant accès à des soins gratuits mais tournés vers les dimensions de la prévention ou du dépistage, et souvent sectorisés. Nous pouvons citer pour exemples : le CLAT (Centre de Lutte Antituberculeux), l'Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité (EMPP), les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), les Centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les Centres de vaccination et les Centres Gratuits d'Information,

de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) ainsi que les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) (141).

- Offre au sein des structures bénévoles

Certaines structures associatives proposent des soins ambulatoires et un accompagnement pour les personnes en situation de grande précarité dont les personnes sans chez-soi. Médecins du Monde (MDM) est une structure associative de premier rang dans ce domaine ayant mis en place des Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO), proposant des consultations de médecine générale et spécialisée ainsi qu'un accompagnement social à destination des populations précaires.

Sur Marseille, plusieurs dispositifs associatifs permettent ainsi un accès aux soins gratuits aux personnes les plus précaires :

- le Centre d'Accueil et de Soins de Médecins du Monde dispense soins médicaux, généralistes et infirmiers, soutien social, et offre une délivrance gratuite de médicaments ;
- au sein de l'Hôpital Saint-Joseph, le « Point Santé », dispositif géré par le Secours catholique, propose des consultations gratuites avec généralistes ou spécialistes, et, lorsque la situation médico-sociale le nécessite, peut offrir un accès au laboratoire ou à la radiologie ;
- à l'accueil de jour Béthanie, association gérée par le secours catholique, 4 médecins bénévoles effectuent chacun une demi-journée de consultations par semaine (141).

Ces structures « spécialisées de la précarité » engendrent une meilleure expérience des soins pour les personnes très précaires par rapport aux structures non spécialisées (142,143). Cependant, l'ancrage dans des filières « spécialisées de la précarité » peut renforcer le sentiment d'exclusion des patients les plus précaires (144). La prise en charge des patients précaires au sein d'un dispositif spécifique tend à la stigmatisation des patients précaires et pourrait implicitement rompre le principe éthique d'équité par la mise en œuvre involontaire d'une médecine à deux vitesses (145).

Il semble légitime de permettre à ces patients de se soigner dans le système de droit commun et ne pas s'ancrer dans des filières dédiées pouvant amener un parcours stigmatisant.

Dans ce contexte, le CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation) de Médecins du Monde Marseille a récemment mis en place une PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de ville ayant pour objectif de réorienter directement vers les soins primaires, dans le système de droit commun, les patients consultant à Médecins du Monde et pouvant bénéficier d'une telle réorientation. Cette PASS de ville permet ainsi aux patients d'être pris en charge par des médecins de ville sans en avancer les frais. Le médecin de ville accepte alors d'être payé de façon différée, une fois faite l'ouverture des droits à la sécurité sociale obtenue. Il s'agit de permettre l'accès immédiat aux soins en ville des personnes qui n'ont pas encore de couverture médicale, et d'obtenir, en 15 jours, leurs droits à l'assurance maladie (146).

III. Hypothèses

Ce travail de thèse s'est fondé sur l'hypothèse qu'une meilleure intégration des soins primaires dans la prise en charge des personnes sans chez-soi était un levier pour améliorer leur accès aux soins, leurs parcours de soins et leurs expériences de soins. Certaines études ont en effet montré les effets positifs de l'intégration des soins primaires pour le dépistage, le traitement des maladies chroniques et les expériences de soins des personnes sans chez-soi (8,128).

Le constat a cependant été fait des barrières à l'accès aux soins auxquelles sont confrontés ces patients, et d'une identification insuffisante des médecins généralistes, principaux acteurs des soins primaires à l'international, et plus particulièrement acteurs des soins premiers en France.

Il est donc apparu nécessaire de penser des adaptations ou innovations dans l'organisation des soins primaires, et plus particulièrement des soins premiers en France, qui pourraient permettre d'améliorer le recours aux soins et la prise en charge des personnes sans chez-soi dans le système de droit commun.

Nous avons émis l'hypothèse que la participation de médecins généralistes « non spécialisés » pourrait améliorer la santé des personnes sans chez-soi, en permettant un meilleur accès et une continuité des soins globaux et centrés-patients, si nous pouvions adapter leurs conditions d'exercice et les organisations en soins primaires pour la prise en charge des personnes sans chez-soi.

Ces évolutions organisationnelles pourraient par ailleurs être une réponse adaptable et pertinente pour améliorer la continuité des soins de manière plus globale pour des patients en situation de vulnérabilité sociale ou sanitaire, en particulier des patients atteints de handicap, de pathologie chronique, etc., en population générale.

La réussite d'une telle organisation, qui évoluera au sein d'un système que l'on peut qualifier de « complexe », nécessite de mettre en œuvre une approche systémique pour tenir compte des déterminants matériels mais aussi immatériels, en particulier sociologiques, qui influenceront la qualité de la communication entre les professionnels et les usagers du système de soins, mais aussi entre les différents professionnels intervenant dans le soin de ces patients.

IV. Objectifs

L'objectif général de ce travail était de dégager des adaptations et innovations organisationnelles pertinentes pour améliorer la prise en charge des personnes sans chez-soi en soins primaires.

Pour y répondre, plusieurs travaux complémentaires ont été menés, organisés autour des objectifs suivants :

- Comprendre les représentations, postures et difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes sans chez-soi, et étudier leur acceptabilité à utiliser un outil de coordination, le Dossier Médical Partagé (DMP) dans leur prise en charge ;
- Décrire les programmes et actions en soins primaire existants pour la prise en charge des personnes sans chez-soi et en dégager les composantes efficaces ;
- Explorer les logiques de recours, représentations et vécu de la prise en charge en soins premiers des patients sans chez-soi, selon différentes typologies de patients (patients migrants bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, patients sans-abri ou sans-logement)

V. Stratégie de recherche

Ce travail de thèse s'est construit de manière séquentielle, inspiré de la démarche de théorisation ancrée. Il a fait intervenir plusieurs travaux, dans le cadre d'une recherche par méthodes mixtes, intégrant études qualitatives, descriptives, et une revue de la littérature. La méthodologie de chaque étude est détaillée dans les articles relatifs à ces différentes études, présentés dans la section résultats.

Nous avons ainsi engagé un processus de recherche itératif, où des décisions de départ influencent les suivantes, en maintenant une cohérence au sein des différentes étapes de l'étude, et prenant en compte plusieurs paradigmes, mêlant approches qualitative et quantitative (147).

La recherche par méthodes mixtes s'est récemment développée dans le domaine de la santé, en particulier dans le domaine de la santé publique et des soins primaires (147–150). Ces méthodes consistent à combiner collecte et analyse de données quantitatives et qualitatives dans une seule étude portant sur un même phénomène, afin d'obtenir plus de compréhension, profondeur et de richesse dans l'analyse des données (151,152). Ces approches reposent sur une vision pragmatique du monde et présentent un intérêt particulier pour des domaines complexes ou multidisciplinaires, tels que ceux qui sont concernés par ce travail (organisation des systèmes et précarité) (153).

Dans ce travail, il s'agissait de comprendre des phénomènes complexes que sont les interrelations entre individus, évoluant au sein de systèmes complexes (le système de santé), et dans un contexte particulier, celui de la grande précarité (153–155).

Une approche systémique, s'intéressant à la fois aux professionnels et usagers du système de soins, apparaissait pertinente. Combinée à une méthodologie mixte, elle devait permettre d'obtenir une vision plus globale et holistique de la réalité du phénomène étudié (151,152).

Ainsi, ce travail de thèse a été découpé en trois grandes phases :

- La première a consisté à l'exploration des ressentis des médecins généralistes sur la place du médecin généraliste et d'un dossier partagé (le DMP) dans la prise en charge des personnes sans chez-soi. Une analyse du champ bibliographique relatif à l'absence de chez-soi en soins primaires et aux dossiers de santé partagés au niveau national et international a précédé l'enquête. Elle devait permettre de préciser les éléments pertinents de la recherche à mener, sans toutefois faire basculer le chercheur dans une démarche hypothético-déductive, afin de respecter la démarche inductive de cette première phase.

Cette première phase a mené à la formulation d'hypothèses, dont la participation des facteurs attendus aux médecins généralistes et à l'organisation du système de soins dans la réussite d'une relation de soins de qualité avec les personnes sans chez-soi. Ce constat a fait émerger le besoin de mieux comprendre les stratégies et organisations des structures prenant en charge les personnes sans chez-soi.

- Ainsi, la seconde phase de ce travail a consisté à décrire les organisations en soins primaires développées pour la prise en charge des personnes sans chez-soi, et identifier les composantes de ces organisations qui ont un impact positif sur la santé, l'accès ou la continuité des soins des personnes sans chez-soi.

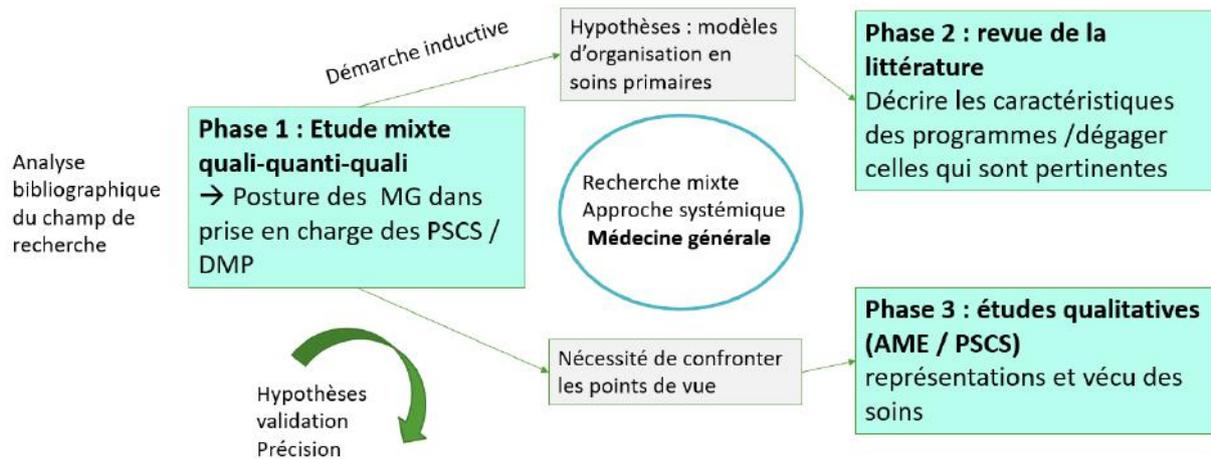
Parallèlement, il est apparu nécessaire de confronter le point de vue des médecins généralistes et les hypothèses émergentes de la littérature au point de vue des personnes sans chez-soi elles-mêmes.

- Ainsi, une troisième phase a été menée parallèlement à cette revue de littérature puis s'est poursuivie à son issue. Elle a consisté à retourner au terrain d'étude et explorer les expériences et rapport des personnes sans chez-soi aux soins premiers, pour étayer alors la pertinence des solutions envisagées précédemment.

L'analyse globale et progressive de ce travail a été menée dans une démarche de théorisation ancrée, faisant intervenir par ailleurs la triangulation des méthodes et des données (156).

La stratégie de recherche est résumée dans le schéma explicatif ci-dessous :

Stratégie de recherche



MG : Médecin généraliste
PSCS : Personnes sans chez-soi
DMP : Dossier médical partagé
AME : Aide médicale d'Etat

VI. Résultats

1. Le médecin généraliste face à la prise en charge des personnes sans chez-soi : problématiques et solutions

1.1. *Améliorer l'accès et la continuité des soins des personnes sans chez-soi : comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer ?*

Ce travail a fait l'objet d'une publication dans la revue BMJ open : Jego M, Grassineau D, Balique H, et al. **Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study.** BMJ Open 2016;6:e013610. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013610.

Il a par ailleurs fait l'objet d'une communication orale (Congrès de la Médecine Générale de France, CMGF 2016, annexe 1) et de posters (Collectif Permanences d'Accès aux Soins -PASS- 2016, Colloque Ecole Doctorale des Sciences de la Vie et de la Santé -EDSVS- 2016, Congrès National des Généralistes Enseignants -CNGE- 2016, annexe 2)

1.1.1. Résumé de l'étude

Objectif : explorer le point de vue des médecins généralistes sur la manière dont ils peuvent fournir des soins aux personnes sans chez-soi et explorer les mesures qui pourraient influencer ces points de vue.

Méthode : nous avons mené entre Novembre 2013 et Mars 2015 une étude mixte, séquentielle, associant approches qualitative et quantitative, auprès de médecins généralistes marseillais (médecins « experts » de la précarité dans la première phase, puis médecins ayant une pratique classique de la médecine générale dans la seconde phase).

Principaux résultats :

Dans la première phase qualitative, les **médecins interrogés ont rappelé à plusieurs reprises la variété des situations étudiées**. Toutefois, ils insistaient particulièrement sur les situations renvoyant à une grande précarité ou une extrême exclusion (personnes sans-abri, personnes sans logement, ou encore les spécificités des migrants en situation irrégulière ou demandeurs d'asile).

Ainsi, un médecin explique : *« dans les sans chez-soi il y a déjà plusieurs catégories de sans chez-soi, on ne peut pas dire qu'il n'y a pas de sans chez-soi moyen, en tous les cas il y a plusieurs profils de sans chez-soi. Si on entend par sans chez-soi, le grand marginal qui a toujours vécu à la rue, ... le vagabond, l'image d'Épinal ou le grand marginal, bon il est clair que vue la marginalité,... c'est un patient qui va se retrouver sans papiers, sans ressources, sans accès aux soins, sans contact avec le système médical de droit commun, donc tout ce que devra faire le médecin, en tous les cas s'il en a les moyens, [...], ça va être de... d'encourager le patient à reprendre contact avec le système de santé... et en même temps à s'occuper de lui, et de son corps, et de ses pathologies éventuelles, etc, etc. [...] Mais il y a des tas de gens qui n'ont pas ce profil-là, qui se retrouvent quand même dans la rue, de manière accidentelle, ou du fait de leurs conditions de statut, je parle notamment des étrangers sans titre de séjour, des demandeurs d'asile etc. ... et qui eux n'ont pas du tout le profil de la marginalité, c'est-à-dire qu'ils vont être comme un patient standard, sauf qu'ils n'ont pas les éléments du patient standard pour être à l'abri, pour mener des conditions de vie décentes, mais du coup, par rapport au système de soins il n'y a pas de décalage, c'est-à-dire que ça va embrayer très vite. Les seuls pour lesquels y a une action qui pourrait être spécifique à mener c'est quand même les grands marginaux. »* (Médecin N° 1)

La majorité (79%) des 105 médecins généralistes « classiques » interrogés par questionnaire ont estimé avoir déjà reçu une personne sans chez-soi en consultation. Les difficultés dans la gestion des questions sociales étaient les plus intensément ressenties par les médecins « classiques » (moyenne = 3.95/5, IC95 [3.74-4.17] sur échelle de Likert), avec mise en évidence d'une méconnaissance des relais, et d'un manque d'appui social lors de l'éclairage qualitatif.

Trois principales conditions à ce que le médecin généraliste puisse contribuer à la prise en charge des personnes sans chez-soi ont été mises en évidence :

- **Le maintien d'une relation de soins stable avec le patient** : la réussite d'une relation de soins stable semblait liée à la fois aux caractéristiques et comportements des patients eux-mêmes, mais aussi à l'organisation du système de soins, et à des facteurs liés aux médecins généralistes ;
- **La nécessité d'une collaboration étroite entre médecins généralistes et travailleurs sociaux** ;
- **L'influence des connaissances des médecins sur la problématique de l'absence de chez-soi.**

Discussion et conclusion :

L'analyse combinée des trois phases de cette étude a montré l'influence des conditions de l'exercice sur les postures des médecins généralistes vis-à-vis de leur contribution potentielle à la prise en charge des personnes sans chez-soi. Ainsi, plusieurs pistes sont proposées pour améliorer l'accès et la continuité des soins en soins premiers des personnes sans chez-soi :

- Développer les exercices pluridisciplinaires et d'équipe
- Favoriser l'approche médico-psycho-sociale, en favorisant des relations de proximité entre médecins et travailleurs sociaux
- Repenser les modes de rémunération, afin de considérer le temps de travail non médical dans la gestion globale de ces patients.
- Améliorer les connaissances des médecins généralistes de la prise en charge des patients en situation de grande précarité
- Développer des partenariats entre structures spécialisées de la grande précarité et cabinets de médecine générale standards.

Les médecins généralistes peuvent contribuer à l'amélioration de la santé des personnes sans chez-soi, si les conditions organisationnelles et matérielles sont réunies pour rendre la prise

en charge acceptable et efficiente. L'importance d'un travail en équipe, pluriprofessionnel, intégrant prise en charge médico-psycho-sociale est ici envisagée. L'approche médico-psycho-sociale devrait servir l'ensemble de la population générale, en particulier les patients dont les pathologies ou la situation sont considérés comme « complexes », et peut laisser préjuger de l'évolution future de notre système de santé.

1.1.2. Article 1 : Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study.

Jego M, Grassineau D, Balique H, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. BMJ Open 2016;6:e013610. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013610.

BMJ Open Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study

Maeva Jego,^{1,2} Dominique Grassineau,^{3,4} Hubert Baliqeu,¹ Anderson Loundou,¹ Roland Sambuc,^{1,3} Alexandre Daguzan,⁵ Gaetan Gentile,² Stéphanie Gentile¹

To cite: Jego M, Grassineau D, Baliqeu H, *et al*. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open* 2016;**6**:e013610. doi:10.1136/bmjopen-2016-013610

► Prepublication history and additional material is available. To view please visit the journal (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013610>).

Received 10 August 2016
Revised 4 October 2016
Accepted 27 October 2016



CrossMark

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to

Dr Maeva Jego;
Maeva.jego@univ-amu.fr

ABSTRACT

Objectives: To analyse the views of general practitioners (GPs) about how they can provide care to homeless people (HP) and to explore which measures could influence their views.

Design: Mixed-methods design (qualitative → quantitative (cross-sectional observational) → qualitative). Qualitative data were collected through semistructured interviews and through questionnaires with closed questions. Quantitative data were analysed with descriptive statistical analyses on SPPS; a content analysis was applied on qualitative data.

Setting: Primary care; views of urban GPs working in a deprived area in Marseille were explored by questionnaires and/or semistructured interview.

Participants: 19 GPs involved in HP's healthcare were recruited for phase 1 (qualitative); for phase 2 (quantitative), 150 GPs who provide routine healthcare ('standard' GPs) were randomised, 144 met the inclusion criteria and 105 responded to the questionnaire; for phase 3 (qualitative), data were explored on 14 'standard' GPs.

Results: In the quantitative phase, 79% of the 105 GPs already treated HP. Most of the difficulties they encountered while treating HP concerned social matters (mean level of perceived difficulties=3.95/5, IC 95 (3.74 to 4.17)), lack of medical information (mn=3.78/5, IC 95 (3.55 to 4.01)) patient's compliance (mn=3.67/5, IC 95 (3.45 to 3.89)), loneliness in practice (mn=3.45/5, IC 95 (3.18 to 3.72)) and time required for the doctor (mn=3.25, IC 95 (3 to 3.5)). From qualitative analysis we understood that maintaining a stable follow-up was a major condition for GPs to contribute effectively to the care of HP. Acting on health system organisation, developing a medical and psychosocial approach with closer relation with social workers and enhancing the collaboration between tailored and non-tailored programmes were also other key answers.

Conclusions: If we adapt the conditions of GPs practice, they could contribute to the improvement of HP's health. These results will enable the construction of a new model of primary care organisation aiming to improve access to healthcare for HP.

Strengths and limitations of this study

- Using mixed methods permitted us to have a deeper analysis of a complex phenomenon.
- We obtained a high quantitative participation rate (73%), compared with similar other studies conducted on general practitioners (GPs).
- Qualitative analyses were performed by only one data coder. However, to enhance the accuracy of our interpretation process, we discussed our analysis process and conclusions with different actors (directors of this study, interviewed GPs, external actors) on critical times of the interpretation of data.
- During the quantitative phase, to satisfy our operational objectives, we selected only GPs working in the poorest areas of Marseille: extrapolation of our results should be limited to GPs working in urban area, in low-income suburbs and in countries with similar social policies as in France.

INTRODUCTION

The number of homeless people (HP) increased by 50% between 2001 and 2012 in France,¹ with a similar rate in Europe during the same time frame.² In 2012, in France, almost 900 000 people lacked personal housing, and almost 3 000 000 lived under poor-quality housing conditions.³ This situation continues to affect a growing number of households and young people.⁴ European Federation of organisations working with the people who are homeless (FEANTSA) has recently developed a European Typology of Homelessness and housing exclusion (ETHOS), to improve the understanding and measurement of homelessness in Europe, and provide a common language for transnational exchanges on homelessness.⁵ This typology considers four operational categories of homelessness:

- ▶ *Roofless*: people living rough, or in emergency accommodations;
- ▶ *Houseless*: people living in homeless shelters or receiving longer term support (due to homelessness);
- ▶ *Insecure*: people living in insecure accommodations or under threat of eviction;
- ▶ *Inadequate*: people living in temporary/non-conventional structures, in unfit housing or under conditions of extreme overcrowding.⁶

Given the increase of homelessness in the past years, improving the health and social conditions of the homeless has become a priority for European social politics;^{2 7} it is more important than ever to explore the effectiveness and feasibility of a scheme in which ambulatory general practitioners (GPs; family doctors) play a central role in the primary care for the homeless. Indeed, HP have complex healthcare needs, accompanied by somatic, psychiatric and social troubles.^{8 9} These people suffer from higher morbidity^{9–11} and earlier mortality compared with people with stable housing. The average age of death is between 40 and 50 years^{12 13} and the standardised mortality ratios in high-income countries is typically reported from 2 to 5 times the age-standardised general population.⁹

They face difficulties in accessing primary care^{14–16} and go through inadequate therapeutic itineraries, with multiple visits to emergency services.^{17 18} We know that GPs see a significant proportion of the homeless population: 84% of HP declared that had been consulted by a GP within a year of a study performed in France in 2001;¹⁹ a Canadian study shows that 43% of HP had a designated family doctor.²⁰ Family doctors are generally viewed positively by precarious patients which includes HP: they build a confident relationship and are seen as a support for these patients.²¹ However, GPs are not identified by HP as the first person to turn to for medical assistance whenever they feel ill.^{22 23}

The debate between developing specialised structures for HP or adapting ‘non-specialised’ general practice for HP has not yet been resolved.²⁴ According to a recent literature review, primary healthcare programmes specifically tailored to homeless individuals might be more effective than standard primary healthcare.²⁵ Such programmes could also yield more appropriate care and give the homeless patient a better experience in their care.²⁶ But tailored programmes have many limitations: these programmes (particularly associative or humanitarian programmes) often have insufficient resources to meet such high-level care needs;²⁷ furthermore, such programmes could reinforce the feeling of exclusion of the homeless, and enhance ghettoisation of their care.²⁸

It has been described that GPs felt multiple difficulties in caring for and ensuring continuity of care for precarious or homeless patients. Most of the studies examining views of GPs in France targeted precarious patients or

migrants; they mostly used a descriptive approach or targeted ‘specialised’ or ‘involved’ GPs.^{29–33}

We made the hypotheses that, involving ‘non-specialised’ GPs could improve the health of the homeless, by permitting better access and continuity of global care and patient-centred care, if we can adapt their practice conditions for managing HP’s care.

Our first objective was to analyse the views of GPs about how they can provide care to HP and to explore which measures could influence these views. Second, we aimed to:

- ▶ Quantify the exposure of GPs working in a poor area restricted to homelessness,
- ▶ Describe the knowledge of GPs working in a poor area about homelessness,
- ▶ Identify and quantify the difficulties and barriers that GPs face in taking care of HP.

METHODS

We performed an explanatory sequential study (qualitative, then quantitative, then qualitative phases), in Marseille (France), between November 2013 and March 2015.

Research by mixed methods was recently developed in the healthcare field, especially in public health and primary care.^{34–37} These methods involve integrating quantitative and qualitative data collection and analysis in a single study of one phenomenon, in order to obtain wealth, breadth and depth in the analyses of the data collected.^{38 39} These approaches rely on a pragmatic worldview and are of particular interest in complex or multidisciplinary areas, like systems organisations, precariousness⁴⁰ or homelessness.^{41 42}

In the present study, qualitative and quantitative data complement each other:

- ▶ Phase 1 was qualitative and aimed to get a better understanding about the way GPs care for the homeless. For this phase we recruited GPs who were involved with the homeless. Our results highlighted relevant propositions to construct a closed questionnaire for phase 2.
- ▶ Phase 2 aimed to quantify exposure, knowledge, difficulties and involvement of GPs with a standard practice in the care of the homeless. We noticed divergent opinions about how much these GPs could contribute to the health of the homeless. It thus appeared relevant to understand why these GPs had divergent opinions, and why they seemed to be different from the involved GP’s opinion.
- ▶ That is why phase 3 aimed to characterise the views of GPs about their role in care giving to the homeless, and to explore deeper which factors could influence these views.

Last, but not least, we propose a deeper reflection by simultaneously discussing the results of both phases.

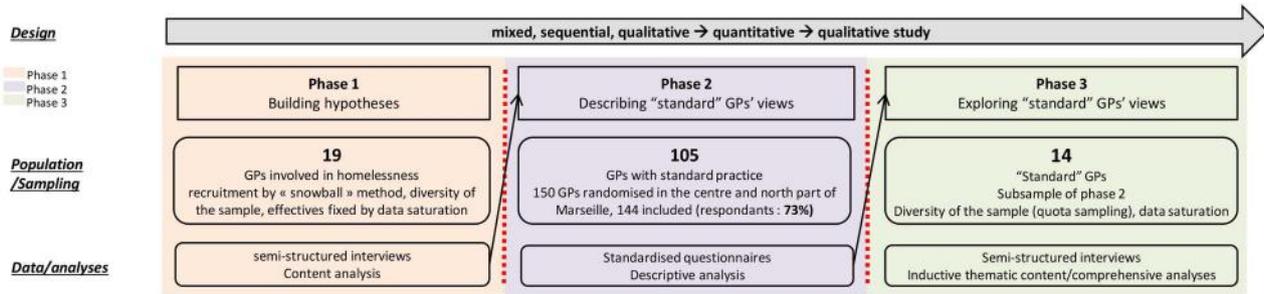


Figure 1 Study protocol. Orange—phase 1, violet—phase 2, green—phase 3. GP, general practitioner.

Figure 1 shows a description of our protocol, explained below.

Phase 1: building hypotheses with GPs involved in care giving for HP (qualitative)

Preliminary assumptions

We aimed to explore and understand practices and knowledge of GPs who already have experience in managing care for HP. At this point, we thought that GPs could be a lever to improve the health of HP. Our questions to explore the views of doctors were built on the basis of a few elements from the literature and first exchanges with several GPs particularly involved in the care of the homeless. The researcher (who performed the interviews and analysis) had no experience in taking care of HP in France, before this phase.

Population and sampling

This phase targeted the GPs who were considered as 'involved' with the homeless: GPs who were working in specialised centres for HP or precarious patients, or ambulatory GPs who considered themselves involved in and/or exposed to homelessness. First the GPs were identified working in specialised care centres for precarious or HP. Three of them had already been identified by HB to be particularly involved with the homeless, who had established contact with them before the construction of this protocol. We, then, extended the sample using a 'snowball' method. This method is justified when we want access to a specific population that is hard to find and to maximise the chance of acceptance.⁴³ We ensured the diversity of our sample by collecting data on age, sex, characteristics of GPs practice and patients. We stopped the inclusion when saturation of data had been reached.⁴³ We did not perform repeat interviews. GPs were recruited from November 2013 to February 2014.

Data collection

Semistructured interviews explored views of 'involved' GPs about:

- ▶ Health, access to healthcare and continuity of care for homeless people;
- ▶ Care giving by GPs for homeless people;

- ▶ Recovering medical histories and using shared electronic medical records for the HP (we did not develop this last part on this research; see online supplementary file 1).

The same investigator (principal author of this article, master thesis student and resident in general practice at this time and who was presented as such) contacted the GPs first by phone, agreed to an appointment with them and then conducted the interviews in places chosen by each GP. The interviews were conducted after two pilot tests. They were conducted face-to-face, recorded (only audio) and then fully transcribed. Field notes were made during and after the interviews, about attitudes of GPs, but not recorded information and the place of the interviews. All the interviews were anonymised as soon as they were concluded. An information letter was given to each GP and a written consent was obtained for publishing the results.

Analyses

We performed a content analysis on the transcriptions, using N-Vivo V.10. This software is useful for qualitative analyses, enabling enhanced validity and rigour in the qualitative analysis process.⁴⁴ Owing to time and financial constraints, only one data coder performed the analyses (MJ), but all the steps of the coding were followed and approved by HB. We did not return the transcripts to the interviewed GPs, but we asked their opinion about our interpretation of data (during a meeting where we shared the interpretation of the first five interviews, asking for their feedback when results had been written).

Phase 2: describing views of a representative sample of 'standard' GPs (quantitative)

We performed a descriptive, cross-sectional study.

Population and sampling

Phase 2 targeted GPs having a standard practice of family medicine in France. They could be exposed or involved in the health of HP, or not. In order to make the script clearer, we named these GPs 'standard GPs'. We included GPs who were working in the centre or in the northern part of Marseille (the areas which are most affected by homelessness), in private offices or health

centres, working alone or in groups. Two public databases of GPs allowed us to identify all GPs who could meet the inclusion criteria. GPs with divergent information in these databases were contacted before randomisation to confirm their eligibility. We then randomised 150 GPs. They were recruited from June 2014 to July 2014.

Data collection

We relied on our results from phase 1 (especially here: thematic about the perceived difficulties), and data from the literature, to prepare the questionnaire for phase 2. We tested the questionnaire on two GPs before the real application. The questionnaire explored GPs' general characteristics, exposures, knowledge and levels of difficulties in care giving and views about how much they can contribute to the primary care of HP (see online supplementary file 1). In order to increase the response rate, we proposed four modes of answer: phone, post mail, internet (with a secured link on SurveyMonkey) or face-to-face. An information letter was given to each GP.

Analyses

We performed descriptive analyses with SPSS V.20, with means and confident intervals. Views of GPs were explored using the Likert scale. The main variable was the opinion of GPs about how much they could contribute to the care of HP.

Phase 3: exploring views of 'standard' GPs and understanding which conditions could influence their views (qualitative)

Preliminary assumptions

At this point we had more specific assumptions, given the results of phases 1 and 2. We aimed to get a deeper understanding of the phenomenon. We wanted to explore how the involvement and the effectiveness of GPs about taking care of HP should depend on organisational or individual factors (linked to patients and/or health professional). We expected to find solutions which could be relevant for GPs when they treat HP. The researcher had work experience in two centres for the socially deprived patients before this phase.

Population and sampling

Phase 3 targeted 'standard' GPs as defined before. GPs were recruited from the list of those who responded to the questionnaire in phase 2, between December 2014 and March 2015. We used a quota sampling method to have a diversity based on age, sex, type of exercise (private/employed /mixed), having a secretariat or not, working alone or with other GPs at office and exposure to HP in their practice. We stopped inclusion when saturation of data had been reached. We did not perform repeat interviews.

Data collection

We performed semistructured interviews, exploring the views of GPs about: healthcare giving to HP, barriers and difficulties in achieving their contribution (see online supplementary file 1). The same investigator (principal author of this article, doctoral student and resident in general practice at this time, and who was presented as such) contacted the GPs first by phone, agreed to an appointment with them, then conducted the interviews in places chosen by each GP. The interviews were conducted after two pilot tests. They were conducted face-to-face, recorded (only audio) and then fully transcribed. Field notes were made during and after the interviews, about the attitudes of GPs, not recorded information, and the place of the interviews. All the interviews were anonymised as soon as they were concluded. An information letter was given to each GP and a written consent was obtained for publishing the results.

Analyses

We performed an inductive thematic content analysis, using N-Vivo V.10. Owing to time and financial constraints, only one data coder performed the analyses (MJ), but all the steps of the coding were followed and approved by HB. We did not return the transcripts to the interviewed GPs (due to a confidential policy), but we returned the results when they were written, before publication.

ETHICS

All the parts of this study were registered on CNIL (French National Commission for Data Protection and Liberties).

RESULTS

Phase 1: results from interviews on 'involved GPs'

Characteristics of the sample and interview

We interviewed 19 GPs, mostly at their office (among the others, 1 was performed at the GP's residence, 1 in a public area and 2 in the public health department). We obtained data saturation on the 18th interview, confirmed by the 19th. The average duration of the interviews was 1 hour. Five GPs refused to participate (lack of concern of homelessness by two GPs and lack of time for interview by three of them). For five other GPs, we could not obtain first contact. The sample was diversified by age, sex, type of exercise and structure of the exercise. Most of them¹³ were either employed or had mixed practice. None of them declared receiving any patient with a high or very high social level (table 1).

Coding tree

We developed three main categories on this phase (see online supplementary file 2):

- ▶ Access and continuity of healthcare for the HP;
- ▶ Sharing of medical information when having medical record of the HP;
- ▶ Care for HP by GPs.

Table 1 Characteristics of 'involved GPs' (phase 1, n=19 GPs)

'Involved' GPs' characteristics	Effectives
Age (years)	
<40	6
40–50	2
50–60	4
>60	7
Sex category	
Men	11
Women	8
Current type of exercise	
Private	6
Employed	10
Mixed	3
Experienced structure for work* (multiple choice)	
Private medical office	11
Private medical office insuring a medical permanence	3
Health centre	3
Specific centres for precarious or homeless people	10
Other	9
Social level of patients seen by GPs (multiple choice)	
Very low	13
Low	13
Medium	8
High	0
Very high	0

*Structure for work: where GPs were working or have already worked.

GP, general practitioner.

This article discussed the main themes on this last category. The themes were derived from the data.

Three categories of difficulties identified in the care of the homeless

We identified three categories of difficulties for GPs in providing care to the homeless (table 2):

1. Personal difficulties, which included practical questions (money/time/reception/management of consulting) and emotional or psychological consequences for the doctors while they care for HP;
2. Difficulties with care management: the care management was perceived as complex and heavy. GPs explained these difficulties mostly by: multiple issues for patients, difficulties in knowing medical data and overinvestment of doctors;
3. Difficulties in interacting with the homeless patients (physical appearance of HP, communication and relation with the patient, comprehension of the patient).

Personal obstacles and difficulties in healthcare management were identified by some other GPs (respectively, 18 and 16 GPs), than the difficulties in interacting with the homeless patients (14 GPs). When personal dilemmas were identified, they took an important part in the discourse of GPs (108 verbatims),

showing that it had important consequences on their view about how they treated the HP. Issues about managing social problems of the patients (social rights, life context and social condition, social rehabilitation) weren't identified as a category of difficulties during the analysis of the involved GPs' speech. This was expressed by the GPs as a limitation for the HP to have access to healthcare, or staying in a stable follow-up relationship.

All GPs spoke of their limitations and about how to correctly manage HP. They described these limitations mostly as experts rather than express their difficulties. Here, the first argument concerned limitations about coordination and follow-up (limitations due to the life context of homeless patients, unstable follow-up relationship, inappropriate answers of 'standard' GPs, difficulties to identify supports as specialised centres, limitations of relation between outpatient care and institutional care, lack of information about the medical history of the homeless patients, limitations due to their private practice or common law system). Eight GPs expressed that a proper follow-up was most of the time impossible for chronic diseases.

Strengths of GPs and conditions to improve access and continuity of care for the homeless

GPs as one of the solutions to improve access and continuity of care for the homeless

We asked the involved GPs about which of the solutions could improve the access and the continuity of care for HP. Family doctors or common law system were perceived as one of the solutions by 13 GPs (on the 19 interviewed). Fifteen GPs stated that outpatient treatment could have a positive impact on HP.

They advanced three main arguments:

1. GPs can prevent and/or get out of precariousness:

It seemed that the contribution of GPs, as family doctors, could be really important when the patients are 'on the top of the slide' (as one GP expressed in the focus group performed after the first analyses). GPs are in a good position to know life context and environment of their patients, so that they are the best ones to screen vulnerability. The involved GPs mostly empowered themselves in preventing precariousness of their patients. Some expressed that GPs could help HP to get back to a social stability, to come back in the 'system': "I'm sure...with health, taking into account health, it can be a way to get into rehabilitation and the return to socialization" said one GP (working in 'Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) psychiatrique', a specialised structure for the access to care for precarious people with psychiatric troubles), "we (the GPs) are the entrance of the system... we guide into the system" said another GP (a GP who had worked as a family doctor and was involved in medical consultations for HP into an emergency accommodation).

2. GPs as a solution for reducing stigmatisation of HP:

Much more than a simple return to common law system, GPs explained that being received in a common medical office, or experiencing hospitality and respect in

Table 2 Difficulties intended by 'involved' GPs about taking care of a homeless in general practice

Categories of difficulties	Associated themes (arguments)	Example of verbatim transcript
Personal for GPs (16 GPs/108 verbatim)	Emotional/psychological (13 GPs, 43 verbatims) (Uselessness/frustration/discouragement/ stress/weakening doctor status/ discomfort/wearing out)	"Being in a repeated failure without capacities to analyse this...Is hopeless. If we can make sense of it, working on it with partners, psychologist and social workers, it is a little bit different." "They deprive doctors from their power." "Working with homeless is a school of frustration." "For a liberal doctor... it's complicated to manage. A doctor has the duty to ensure a secure place to receive other patients." "I cannot do that in private. I cannot...in fifteen minutes."
	Practical (14 GPs, 65 verbatims) (Money/time/reception/management of consulting)	
Care management (18GPs/60 verbatim)	Complexity (11 GPs, 30 verbatims) (Multiple issues/context of homelessness/ means required)	"It's hard to put back these patients on common primary care. Even if you open social rights for them, they require more time, in terms of understanding, or because of multiple pathologies. That's why doctors have difficulties to care for them."
	Importance of care management required (5 GPs, 10 verbatims) (Over investment for doctors/lack of autonomy for patient)	"But I cannot take this patient and go with her in hospital, right?" (About a pregnant patient who need to have a follow in hospital because of risk pregnancy)
Interaction with homeless patients (14 GPs/34 verbatim)	Retrieving medical information (16 GPs, 20 verbatims)	"So here, this is very important, we often do not know, we know nothing."
	Physical appearance (10 GPs, 15 verbatims)	"When they can't physically be like a person who has a home, already they are seen differently."
	Communication/relation (8 GPs, 11 verbatims)	"When I treat a homeless person, sometimes I see from him a reaction to which I didn't expect." "We have difficulties to communicate with these persons, because of language barrier, but also because they are big outsiders."
	Comprehension of patient (5 GPs, 8 verbatims) (Observance, different views)	"They don't do what we want them to do...There are resistances from them, associated with social problems or...(other problems). Doctors can misinterpret that."

GP, general practitioner.

healthcare encounters, can improve the self-esteem of HP. It can become an integral part of care for HP. For example, a GP who works in a private medical office where he received some HP and also in a structure for treating patients of addictions, explained: "I think that it can be gratifying to be in a waiting room...with a mother and her baby, a little old lady and many other average persons".

3. GPs are a strength for beginning and manage a stable follow-up:

GPs felt they could create trust with homeless patients. This trust, combined to positive attitudes, was perceived as a solution to create a positive therapeutic relationship. Furthermore, GPs were described as referent, who can build a solid network around the patient, which can help to provide global care. GPs explained that these elements could permit a better use of care and a more stable follow-up relation for HP. However, they recalled the limits of the management of HP's healthcare for succeeding in the private activity.

A significant proportion of GPs (7 out of 19) spontaneously expressed that working with HP had a favourable impact on them too. It could be for some of them a necessary activity, for others a type of care that suited them better, a challenge they took pleasure to meet, a better relationship or a sense of accomplishment.

Some adaptations are necessary when taking care of HP

Two major adaptations appeared necessary to succeed in improving access and continuity of primary care for HP:

First, a necessary adaptation for GPs to take care of HP:

All the 'involved' GPs (19 GPs) explained in many fields how they must adapt their practice, behaviour or care setup if they want to be efficient in receiving and treating HP. We identified four categories of adaptation. Three of them reflected the difficulties identified by GPs:

1. Practical setup (19 GPs, 29 verbatim): by proposing an immediate response with no appointment for

consultations, using a secretary at office, or practising the 'third-party payment' (which means that GPs are directly paid by insurance so that patients need not pay for the consultation);

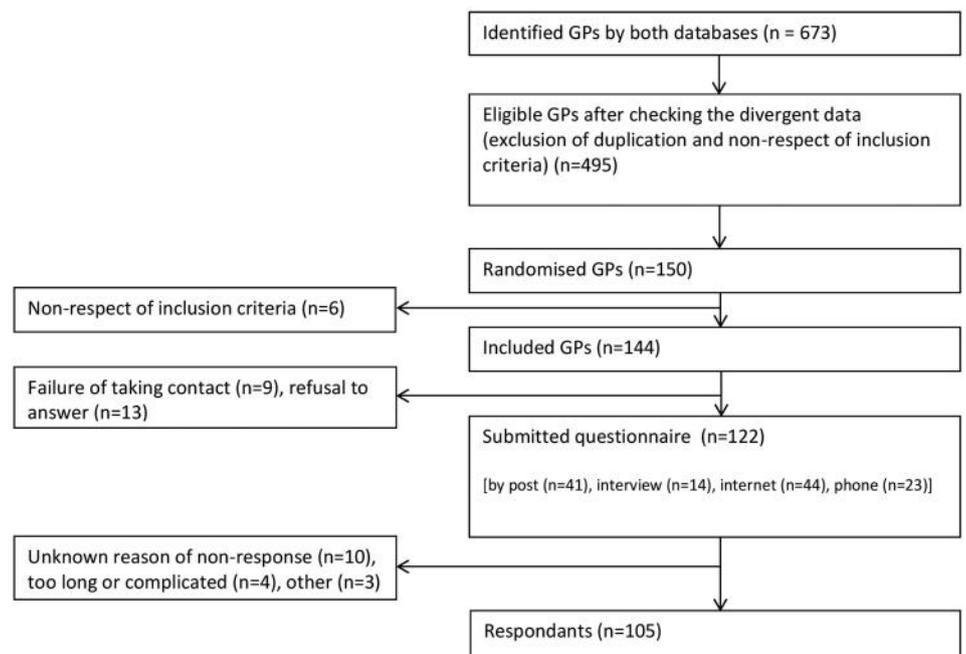
2. Interaction with homeless patients (19 GPs, 175 verbatim): by adapting GP's behaviour when treating HP (showing respect and empathy, building a trusting relationship...), understanding differences in behaviour of homeless patients or taming the patient;
3. Management of care (19 GPs, 175 verbatim): by adapting the objectives of care, or adapting the practice to homeless patient life, with an active outreach strategy ('going to' the patient).

The fourth category concerned learning about specificities of precariousness or homelessness (6 GPs, 12 verbatim).

- Second, the importance of a global, medicopsychosocial, management:

In the discussions with 15 GPs, social issues were more important than medical questions when they treated homeless patients, so that the social management became caring for the homeless. Furthermore, 14 GPs explained how the social workers played an important role, to ensure access to healthcare, but also to treat other social problems of the homeless (food, housing). Furthermore, the importance of a multidisciplinary care management was expressed by 13 GPs. They explained here interest of working with a team of different professionals, including street teams, social workers and psychologists. Eight GPs expressed the need to build a network throughout the city to connect professionals who practice with homeless.

Figure 2 Flow chart ('standard GPs', phase 2). GP, general practitioner.



Phase 2: results from 'standard' GPs who worked in area concerned by homelessness

Characteristics of the sample

Among the 150 doctors randomised, 6 were excluded because they did not meet the inclusion criteria and 38 did not respond to the questionnaire. One hundred and five questionnaires were usable; hence, the response rate was 73% (figure 2). Most of the included GPs were older than 50 years (72%), and were men (74%). Only 9% of them had an employed or mixed practice. Our sample was of a similar age and structure of practice profile to the 2014 average mix of GPs working in medical private office or health centres in France.⁴⁵ However, there were fewer women (26%) in our sample in comparison to the average (35.4%) ($p=0.04$; table 3).

Exposure and knowledge of 'standard' GPs about precarious patients

A large majority of the GPs (79%) declared having already received a homeless at office (table 4). These GPs received very few HP (almost never or few often for 79.2% of them). If they were mostly exposed to moderate homelessness (insecure or inadequate housing for 62.8% of the GPs), a significant proportion of them (37.1%) were more likely to also receive roofless or houseless patients.

Few GPs (6.1%) underwent a specific training about precariousness. Most of the 'standard' GPs had a low level of knowledge about homelessness and precariousness: only 1.2% of the sampled GPs knew the EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités Sociales de Santé dans les Centres d'Examen de Santé) score, which

Table 3 Characteristics of GPs who responded to the questionnaire and comparison with French GPs (phase 2)

GPs' characteristics	French GPs in 2014 (medical private office and health centre)*	GPs included (n=105)	
		Effectives (%)	p Value
Age (years)			
< 40	9397 (14.0%)	12 (11.4%)	0.73
40–50	12418 (18.5%)	17 (16.2%)	
50–60	25121 (37.5%)	41 (39.0%)	
>60	20000 (29.9%)	35 (33.3%)	
Sex category			
Men	43209 (64.5%)	78 (74.3%)	0.04
Women	23727 (35.4%)	27 (25.7%)	
Type of exercise			
Private	–	96 (91.4%)	0.28
Employed/mixed	–	9 (8.6%)	
Structure for the exercise			
Medical private office	64302 (96.1%)	103 (98.1%)	0.28
Health centre	2634 (3.9%)	2 (1.9%)	
Number of years passed in the structure			
<5	–	10 (9.5%)	0.56
5–10	–	14 (13.3%)	
>10	–	81 (77.1%)	
Number of GPs in the structure			
Individual exercise	30869 (46.1%)	45 (42.9%)	0.56
Grouped exercise	36067 (53.9%)	60 (57.1%)	
Secretariat			
No	–	61 (58.1%)	0.56
Yes	–	44 (41.9%)	
Number of patient seen by day			
<20	–	30 (28.6%)	0.56
20–30	–	43 (40.9%)	
>30	–	32 (30.5%)	
Medium social level of patients currently seen			
1 (very low)	–	7 (6.7%)	0.56
2 (low)	–	26 (25.0%)	
3 (middle)	–	65 (62.5%)	
4 (high)	–	6 (5.8%)	
5 (very high)	–	0 (0.0%)	

*Data concerning exercise of French GPs on 1 January 2014 (DREES).⁴⁵
GP, general practitioner.

is a standard score in France for screening precariousness in general practice,^{46 47} 28% of GPs knew the PASS system, which is the institutional system to ensure medical care and social help for people with no access to care in France; and 43% of GPs knew the telephone number for emergency housing service (Service Intégré Accueil Orientation; table 4).

Difficulties perceived by GPs in caring for HP

Social management when caring for HP emerged as the greatest difficulty for 'standard' GPs when treating the homeless (mean=3.95/5±0.98, on a Likert scale between 1 (no difficulty) and 5 (very high difficulties; table 5). Other significant difficulties were related to (in decreasing order): retrieving medical information (mean=3.78/5±1.05), management of patient's compliance (mean=3.67/5±0.99), loneliness in practice (mean=3.45/5±1.22) and

excessive time necessary for consultation (mean=3.25/5±1.12; table 5).

Divergent answers regarding how GPs could contribute to the care of HP

Views of GPs about how much they could contribute to the HP care were divergent, with a mean of 3.05/5±1.04 on Likert scale (between 1 for 'not at all' and 5 for 'very much'). Some GPs gave explanations for this question: a significant part of them spoke about insufficient means, or the necessity to adapt the health system and primary healthcare organisation for permitting such a contribution for ambulatory GPs. Only two of them said that it was not a question concerning GPs or that some GPs would not accept to contribute because of their personal position.

Phase 3: explaining 'standard' GPs' views about their contribution to healthcare for HP (qualitative analysis on a subsample of 'standard' GPs)

Characteristics of the subsample and interview

We included 14 GPs, who were differentiated by sex, age, type of practice, number of doctors in the office, secretary and having, or not, and received a homeless patient in the past. Interviews were mostly conducted at their offices (except one which was passed in a public area). The average duration of the records was 29 min. GPs who refused to participate explained that their refusal was because of lack of time for the interview. We obtained data saturation on the 13th interview, confirmed by the 14th. One GP delayed the interview and was not included because data saturation had been reached.

We identified four profiles of GPs:

1. *GPs regularly involved in and who had an experience in the care management of homeless (two GPs):* they self-reported a good knowledge of homelessness and many relations to coordinate the care of homeless patients. They recruited homeless because of this profile.
2. *GPs who were exposed to homelessness and felt concerned about the problem (three GPs):* they worked on particular deprived areas, or had mixed activities concerning homelessness or precariousness.
3. *GPs who were not exposed to homelessness but felt concerned (four GPs):* they worked on suburb(s) areas and were not exposed to the roofless. They reported that they almost never received homeless patients without explaining why.
4. *GPs who were not exposed to homelessness and had negative views (five GPs):* they worked also in suburban areas. They showed negative attitudes and views which could prevent homeless patients from consulting again these doctors.

Coding tree

We developed four main categories on this phase (see online supplementary file 2):

- ▶ Health system organisation;
- ▶ View of GPs about HP;
- ▶ Role of GPs when caring for HP;
- ▶ Care for HP by GPs.

The themes were derived from the data.

Conditions for 'standard' GPs to be involved in treating the homeless

The qualitative analysis showed that maintaining a stable follow-up was a major condition for GPs to contribute effectively to the care of HP (11 GPs, 26 verbatim; figure 3):

- ▶ For some GPs, the presence of stable follow-up was the reason why they could contribute to the care of HP, as shown in this extract: "Yes [answering the question if GP could contribute, bring something positive to the health of homeless people], because most of the time I see, as I said, finally they come back [...]"

Table 4 Exposition and knowledge of 'standard' GPs about homelessness

All GPs (n=105)	Effectives (%)
Have you already received a homeless at office?	
Yes	83 (79.0%)
No	19 (18.1%)
Don't know	3 (2.9%)
GPs who have already received a homeless and responded part 2 of the questionnaire (n=82)	
Effectives (%)	
How often do you receive homeless people?	
1 (almost never)	37 (45.1%)
2	28 (34.1%)
3	11 (13.4%)
4	3 (3.7%)
5 (daily)	3 (3.7%)
Which categories of homeless patient do you receive more often?	
Roofless	4 (5.7%)
Houseless	22 (31.4%)
Insecure	33 (47.1%)
Inadequate	11 (15.7%)
Have you already attended a formation about precariousness?	
Yes	5 (6.1%)
No	77 (93.9%)
Do you know the EPICES* score or other tools to measure precariousness?	
Yes	1 (1.2%)
No	81 (98.8%)
Are you aware of any accommodation for homeless people in Marseille?	
Yes	56 (68.3%)
No	26 (31.7%)
Do you know what is a PASS†?	
Yes	23 (72.0%)
No	59 (28.0%)
What is the telephone number of SIAO‡?	
Correct answer	35 (43.2%)
Wrong or unknown answer	46 (56.8%)

*EPICES score is a valid screening tool for precariousness, which explore various dimension of precariousness by 11 questions and can be used in general practice.^{46 47}

†PASS is a social or medicosocial centres developed in order to facilitate access to care for socially deprived persons. These centres offer free medical aid for primary care and social support for these people in public hospital.

‡SIAO is an integrated area-based service for the reception and orientation of people facing homelessness. They were created in France in each department with the France's national strategy 2009–2012.

EPICES, Evaluation de la Précarité et des Inégalités Sociales de Santé dans les Centres d'Examen de Santé; GP, general practitioner; PASS, Permanence d'Accès aux Soins de Santé; SIAO, Service Intégré Accueil Orientation.

They come back to see me [...] they choose me as a family doctor".

- ▶ For other GPs, a stable follow-up was the most cited condition to enable participation in the care of HP: "it would be necessary to develop a kind of coercion which led them to a little loyalty. Here we can build something".

Table 5 Quantification of the levels of difficulties felt on Likert scale by 'standard' GPs who have already received homeless patients, when they take care of these patients (n=82 GPs)

Difficulties	Mean*	SD	IC 95
Practical			
Time necessary	3.25	1.12	(3.00 to 3.50)
Patient's reception	2.60	1.29	(2.31 to 2.88)
Financial (volunteer work)	2.19	1.25	(1.91 to 2.46)
Care management			
Complexity	3.00	1.17	(2.74 to 3.26)
Retrieving medical information	3.78	1.05	(3.55 to 4.01)
Social management			
Interaction with patients			
Patient's compliance	3.67	0.99	(3.45 to 3.89)
Patient's behaviour	2.78	1.21	(2.51 to 3.05)
Patient's physical appearance	2.74	1.28	(2.46 to 3.02)
Emotional			
Frustration of GPs	2.80	1.17	(2.55 to 3.06)
Depreciation of GPs	1.69	1.00	(1.46 to 1.91)
Loneliness in practice	3.45	1.22	(3.18 to 3.72)

*Mean of GPs' answers on Likert scale (between 1=none and 5=very high difficulties).
GP, general practitioner.

► The last GPs cited failure of follow-up to argue why they could not contribute to the care of HP.

As shown in figure 3, we identified three main factors that influenced the possibility of maintaining a stable follow-up: attributes of patients, care management conducted by GPs and health system organisation.

The factors that we identified in the speech of GPs were better linked to GPs' care management and to healthcare organisation, than to homeless patients themselves.

► *Concerning health organisation:* social management, multidisciplinary practice on a team, backing and active outreach were mentioned as conditions to enhance the follow-up of homeless patients; social issues posed the greatest barrier for these GPs (access to social rights, and housing).

► *Concerning GPs:* geographic proximity, attitude, trust in the relationship, education on health and adaptation in the care giving by GP were mentioned as conditions that could enhance the follow-up of homeless patients; negative attitudes and lack of active outreach for the homeless patients were the most barriers to the success of follow-up identified.

Having a stable follow-up relationship seemed to enhance views and attitudes of GPs. Success of a trust-based relationship and recovering social rights were all

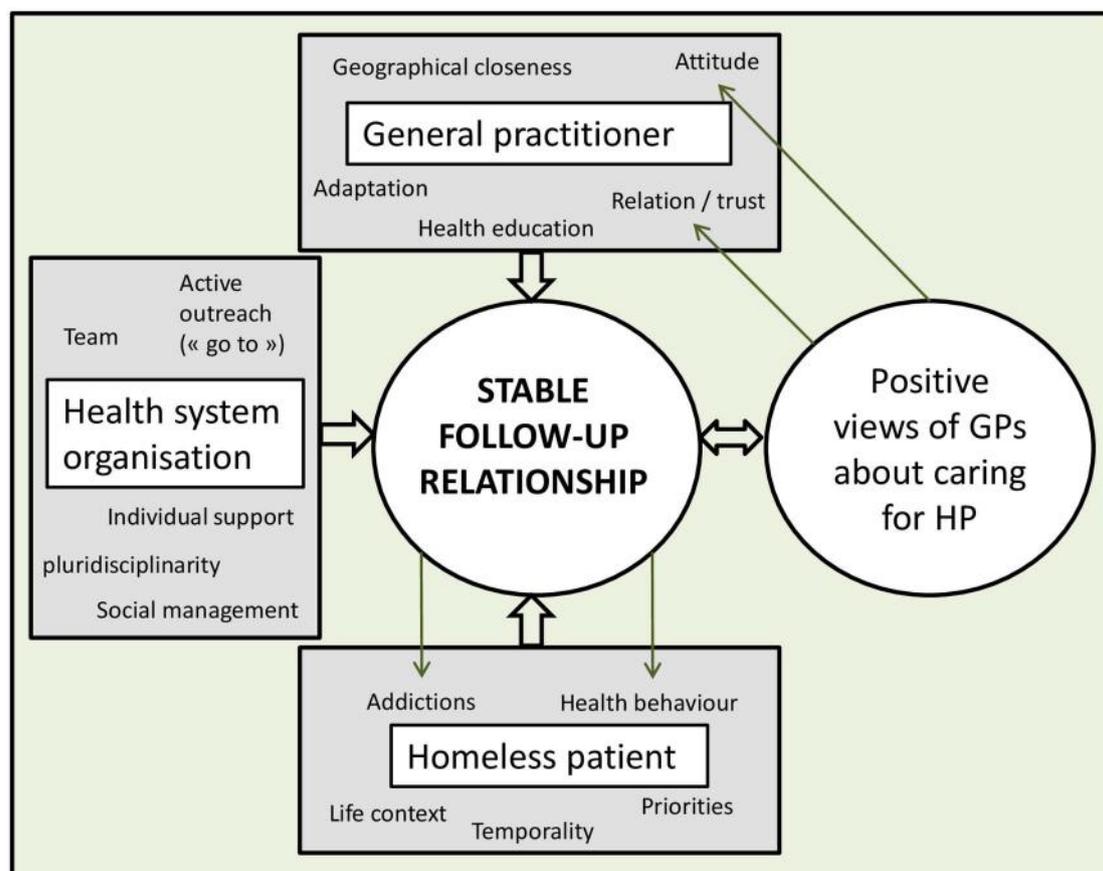


Figure 3 Identified factors to influence the odds of building a stable follow-up of homeless patients (interview with 'standard' GPs, phase 3). GP, general practitioner; HP, homeless people.

noted as the elements of a virtuous circle created by the follow-up.

Two others conditions were identified for GPs to effectively contribute to the care of HP:

- ▶ Working in close relation with social workers (9 GPs, 12 verbatim);
- ▶ Adaptation of GPs with better knowledge about homelessness (3 GPs, 4 verbatim).

These conditions seemed also linked to the success or failure of a stable follow-up as shown on [figure 3](#).

DISCUSSION

Main result: GPs could effectively contribute to the care for HP if we adapted the conditions of their practice

In this study, almost 80% of GPs who worked in the centre or the northern part of Marseille had already been exposed to homeless patients. Analysing the three parts of this study, we showed that conditions of GP's practice were a major factor which influenced the views of GPs regarding how they could contribute to care giving for HP. Indeed, in the quantitative part, 'standard' GPs felt the most difficulties in the care giving for the homeless due to: social management, retrieving medical information, management of observance of homeless patient, loneliness in practice, time necessary for consultation and complexity of care management. All these items could be improved by a better organisation of primary care, coordination and organisation of general practice. A study performed in the UK in 1996 has showed similar results, of the social problems as the first ones perceived by GPs when they cared for HP (90% of GPs agreed), followed by lack of medical records, complex health problems and alcohol or substance misuse.³² We did not directly ask the 'standard' GPs about substance misuse during the questionnaire, but the behaviour of homeless patients was not perceived as an important difficulty. However, during the phase 3 (qualitative), when 'standard' GPs perceived difficulties concerning patients with problems of substance misuse, it was a strong barrier for them to accept these patients. In the qualitative analysis performed on 'standard' GPs, we identified that a stable follow-up relationship between homeless patients and GPs was a central condition for GPs to be pertinent and effective in the care management of the homeless. This condition seemed to be closely linked to the characteristics of the health system organisation or characteristics of GPs' activity and behaviour than the patients themselves. After analysing the discourse of 'involved' GPs, we found that 'involved' GPs viewed the follow-up as something difficult to obtain, but a responsibility and challenge for them in the care giving for the homeless. So we can expect to improve this follow-up by adapting the conditions of practice for GPs. We need more data to explore if the conditions of practice influenced GPs or if the view and positions of GPs led them to choose this specific kind of practice. It would be interesting to complete these

results by a study comparing a group of employed or mixed GPs and a group of private GPs. We also have to consider the differences between social aspects experienced by GPs and HP. It has been described that being recognised as different members of social classes, or cultural differences (called by E Carde⁴⁸ 'differentiation'), can influence the difficulties or views of health professionals about taking care of patients.^{49 50} We asked the involved GPs why they had engaged themselves in homelessness: only two of them spoke about their social origin (worker class) or familial past (alcohol addiction of his father). They mostly expressed a personal involvement due to moral values, and/or generated by their professional career. However, we did not have more details about social origin of the GPs who were interviewed, in phase 1 or 3, or who answered the questionnaire.

Strengths and weaknesses of this study

The choice of a mixed-methods design was justified here by the complex and sensitive nature of our research object. With the integration of multiple perspectives of different actors (GPs who were involved in homelessness and GPs with a standard practice) and quantitative and qualitative data collection, we aimed to provide a more complete and rich understanding of a phenomenon.^{36 38 51 52} Furthermore, the identification of areas of convergence or divergence among results can increase the rigour of the study and usefulness of the findings.⁵³ Our 'step-by-step' process permitted to obtain a complete, rich and credible picture about the question of managing HP by GPs.⁵⁴

Qualitative methods involve some subjectivity of the investigator during the analysis data process. Owing to financial and time constraints, we were unable to perform the analyses with another investigator. In order to limit the risk of irrelevant interpretations,⁵⁵ the thematic coding was shared between the researcher and director of this research on each important step of its transformation; here, the use of a software (N-vivo) enhanced the rigour of the analyses.^{55 56} To enhance the rigour of our interpretation process, we discussed our conclusions with the participants of this research (interviewed GPs) at different times: during a meeting after the analysis of the firsts five interview for phase 1 and asking for a feedback about written results of phases 1 and 3. The reflexing process of the researcher was improved by listening to opinions and experiences of other external participants during the whole process of data collection and analyses and an involvement in a charitable association (Médecins du Monde) as a participant observation process throughout the analysis of phase 1. The intellectual effort and the multiple interpretations of actors were written as much as possible by the researcher.^{57 58} This progressive and interactive process has improved the method and the understanding of the results of each phase.

For the quantitative part, we chose to include GPs who worked in the suburbs which were more affected by precariousness, in order to address the problem on a concerned population and to follow a local interventional programme for the homeless in Marseille.⁵⁹ The sampling process was rigorous so we can consider our sample to be representative of GPs working in the suburbs affected by precariousness. That can explain why our sample was not completely representative of French GPs: we do not want to extend these data to all GPs, but only to GPs who work in urban area and in low-income suburbs. We obtained a good level of response (74%) if we compare to similar design performed on close themes.^{31 32} There was no difference between respondents and non-respondents concerning work area and sex (the only data we had for non-respondents). However, we can suspect that GPs who did not answer the questionnaire had more negative views about HP and GPs role in their care. If the data collection had been diversified to improve the proportion of respondents, it could influence the response of GPs, in particular when it was conducted 'face-to-face'. Using a standardised questionnaire and the same investigator should have reduced this limit.

Operational propositions for an efficient medical care in primary care for HP: how we can adapt the ambulatory condition of GPs' exercise

Regarding our results and data from other studies, we propose some specific solutions for GPs to improve access and continuity of care for the HP.

A grouped and multidisciplinary practice

The importance of a multidisciplinary and integrated approach (proposing, eg, housing on the same time than healthcare) for HP have already been described.^{25 60} Concerning specifically GPs: GPs' attitudes towards HP has been identified on a qualitative study as the major barrier to give access to primary care for HP.⁶¹ As it has been described, the behaviour of health workers with the homeless was modified when they worked in a multidisciplinary structure,⁶² we can expect that this kind of adaptation could be beneficial to personal experience of care management for GPs⁶³ and enhance positive attitudes which can lead to more convenient access to care for the homeless.

Associate medical, social and psychological care, with the development of closer relations between GPs and social workers

Our study showed how social issues become a part of care when GPs have to care for HP. Other studies performed on precarious patients revealed the necessity to develop closer relationships between health workers and social workers,³⁰ so we can expect that it is the same need when caring for homeless patients. In France, 'microstructures' have developed this multidisciplinary scheme, in general practice offices that integrates the

presence of psychologist and social workers in a private medical office for 2 hours per week. These programmes concerned drug-addicted patients who lived in highly precarious conditions. This scheme enhanced access and continuity of care concerning prevention and chronic diseases for the patients who were included.^{64 65}

Improving knowledge of GPs about precariousness and homelessness

In qualitative analyses, the lack of knowledge of GPs about social questions and the lack of experience of GPs in homelessness seemed to influence their behaviour and capacity to adapt their management for HP. A lack of knowledge about precariousness has already been highlighted in other French studies, where GPs identified training needs for multidisciplinary approach and social questions.^{31 66 67} The necessity to improve knowledge and develop training of GPs about homelessness has also been discussed by Riley *et al*²⁴: for them, it is one of the major solutions (with support of primary care trusts) to make the 'full integration of HP into mainstream primary care services' occur. Both 'standard' and specialised GPs experienced difficulties when caring for the homeless, struggling to maintain a stable follow-up relationship. The 'involved' GPs tended to have more positive views on the homeless patients, they showed a better control of the complex situations of these patients and saw a successful follow-up relationship more as the responsibility of GPs to make it possible than as a condition for GPs to take care for HP.

Considerate non-medical time in remuneration of GPs

It is necessary to adapt the remuneration mode for private GPs, so that they consider the complexity of the care giving for homeless. This way they would be able to spend more time for active outreach, patient support, developing a care relation and coordination of care. These adaptations are described as solutions to improve the use of health system by the homeless, by enhancing care requests, providing them greater self-confidence and enhancing the trust of the homeless patients in the healthcare system.⁶⁸

Develop a partnership between tailored and non-tailored systems

Lack of knowledge and difficulties for GPs to communicate with social or other specialised centres has been described in a French mixed study performed on GPs about precarious patients.³¹ Lester and colleagues, analysed the limits of tailored centres for the homeless, describing a similar model, which can 'create a bridge between separation and integration, opening up access to mainstream care for the majority of HP and also providing immediate transitional primary healthcare and social care services through interested GPs'.³⁰ As some GPs explained it in our interviews, dedicated structures, which answer to the social needs for HP, could be the first contact in care for homeless. The homeless could secondarily be sent to 'standard' GPs when they had

recovered sufficient social rights and personal capacity to follow an adequate itinerary of care. Wright *et al* recall that a specialised general practice for HP is ideal to engage them in care and guide them in the ‘appropriate use of primary care’; after this, the patient can be ‘encouraged to register with a mainstream practice’. But Wright *et al*⁶⁹ remember that ‘this switch can be difficult not only for patients but also for doctors when there is a strong personal commitment’. It is necessary to identify GPs who could engage in the care of HP, offer them training about precariousness, and foster closer collaboration their practices and those of the dedicated system. These tailored structures could also become a source for crisis management or a support for GPs who need assistance in the care managing of HP.

CONCLUSION

GPs could effectively contribute to the improvement of the HPs health, if organisational and material conditions of their practices were adapted properly. It is necessary to develop a grouped and multidisciplinary offering, permitting an integrated medicopsychosocial approach. These results will enable the construction of a new model of primary care organisation to improve access to healthcare for HP.

Author affiliations

¹EA 3279 Research Unit—Public Health, Chronic Diseases and Quality of Life, Aix-Marseille University, Marseille, France

²Department of General Practice, Aix-Marseille University, Marseille, France

³PASS, Department of Public Health, Timone University Hospital, APHM, Marseille, France

⁴UMR 6278 A.D.E.S Research Unit—Anthropology Rights Ethics and Health, Aix-Marseille University, Marseille, France

⁵Medical Evaluation Unit, Department of Public Health, Conception University Hospital, APHM, Marseille, France

Acknowledgements Professor Giusiano Bernard helped to elaborate the research question, and to design the study. Professor Tanti-hardouin Nicolas gave useful advices to enhance our reflection concerning homelessness. Petit Juny, Welch Adam and Popescu Diana-Elena provided writing assistance (language editing).

Contributors MJ designed the study, performed data collection on the three phases (all interviews, and questionnaires), performed the analyses, drafted the article and approved the final version; DG co-directed the third part of this study, contributed to the conception of the work and interpretation of data, revised the article and approved the final version; HB directed this whole work, gave advices for designing the study and analyses, revised the article and approved the final version; RS gave advices for designing the study, revised the article and approved the final version; AL gave advices for designing the study, supported the data analyses, revised the article and approved the final version; AD participated to the building of the research question, was a support to enhance the methodology of this study (at each methodological step), gave advices concerning the data analysis process, revised the article for editing the methods and discussion about mixed methods, and approved the final version. GG contributed to the conception of the work and interpretation of data, revised the article and approved the final version; SG was the tutor of this whole work, gave advices to get research scholarship, gave advices for designing the study and analyses, revised the article and approved the final version.

Funding Phases 1 and 2 of this work were supported by AP-HM (Assistance Publique Hôpitaux de Marseille) and ARS PACA (regional health agency of region PACA): research scholarship allocated to the principal author (MJ) to

perform a public health research master during year 2013–2017 (M-2013/2014-8).

Competing interests None declared.

Patient consent Obtained.

Ethics approval Ethics Committee Faculty of Medicine of Aix-Marseille University.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Data sharing statement Additional data can be accessed via the Dryad data repository at <http://datadryad.org/> with the doi:10.5061/dryad.j9q7h.

Open Access This is an Open Access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

REFERENCES

1. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, *et al*. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. *INSEE Prem* 2013;1455:4. [French]
2. Federation of National Organisations Working with the Homeless . On the way home? FEANTSA monitoring report on homelessness and homeless policies in Europe. Brussels: FEANTSA, 2012:92.
3. Fondation Abbé Pierre. L'état du mal-logement en France, 21ème rapport annuel. 2016:388. Disponible on: <http://www.fondation-abbepierre.fr/21e-rapport-etat-mal-logement-2016>
4. Gueguen F, Charrier L, Cirbeau C, *et al*. *Rapport annuel du 115*. Année 2012. FNARS, 2012. [French]
5. Experts Contributions Consensus Conference on Homelessness. *European consensus conference on homelessness*. Brussels; déc 2010.
6. Edgar B. The ETHOS definition and classification of homelessness and housing exclusion. *Eur J Homelessness* 2012;6:219–25.
7. European Commission. Communication from the commission Europe 2020. *A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. Brussels; 2010.
8. Joyce DP, Limbos M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men: before and after access to primary health care. *Can Fam Physician* 2009;55:1110.
9. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014;384:1529–40.
10. Wright NM, Tompkins CN. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract* 2006;56:286.
11. Laporte A, Chauvin P. *Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*. Rapport final. Observatoire du SAMU social de Paris & Inserm, 2010. [French]
12. Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ* 2003;327:81.
13. Hewett N, Hiley A, Gray J. Morbidity trends in the population of a specialised homeless primary care service. *Br J Gen Pract* 2011;61:200–2.
14. Wen CK, Hudak PL, Hwang SW. Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *J Gen Intern Med* 2007;22:1011–17.
15. Hwang SW, Ueng JJM, Chiu S, *et al*. Universal health insurance and health care access for homeless persons. *Am J Public Health* 2010;100:1454–61.
16. Kushel MB, Gupta R, Gee L, *et al*. Housing instability and food insecurity as barriers to health care among low-income Americans. *J Gen Intern Med* 2006;21:71–7.
17. Power R, French R, Connelly J, *et al*. Health, health promotion, and homelessness. *BMJ* 1999;318:590–2.
18. Kushel MB. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA* 2001;285:200.
19. De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *INSEE Prem* 2003;893:4. [French]
20. Khandor E, Mason K, Chambers C, *et al*. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Med* 2011;5:e94.

21. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. [Doctor-patient relationship in situations of economic precarity: the patient's point of view]. *Santé Publique* 2015;27:837–40. [French]
22. Farnier C, Fano M, Magnani C, et al. *Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille*. Rapport de recherche final. ARS-PACA/APHM/UMI 3189. p136.
23. Little GF, Watson DP. The homeless in the emergency department: a patient profile. *J Accid Emerg Med* 1996;13:415–17.
24. Riley AJ, Harding G, Underwood MR, et al. Homelessness: a problem for primary care? *Br J Gen Pract* 2003;53:473–9.
25. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014;384:1541–7.
26. Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, et al. Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus nontailored primary care programs. *Am J Public Health* 2013;103(Suppl 2):S331–9.
27. Crane M, Wames AM. Primary health care services for single homeless people: defects and opportunities. *Fam Pract* 2001;18:272–6.
28. Lester H, Wright N, Heath I. Developments in the provision of primary health care for homeless people. *Br J Gen Pract* 2002;52:91–2.
29. Léal F, Larpin C, Bauduceau A, et al. La précarité sanitaire vue par les médecins. *Humanité Enjeux Prat Débats* 2011. [French] <http://humanitaire.revues.org/1101>
30. Ben Hammou K. *Le patient précaire au cabinet de médecine générale. Le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires* [doctoral thesis N° 2014ROUEM048]. Faculté de médecine de Rouen, 2014. [French]
31. Flye Sainte Marie C, Querrieux I, et al. [Difficulties in the management of precarious patients and precarious migrants]. *Santé Publique* 2015;27:679–90. [French]
32. Wood N, Wilkinson C, Kumar A. Do the homeless get a fair deal from general practitioners? *J R Soc Health* 1997;117:292–7.
33. Tiffou H. *Diagnostic auprès des médecins généralistes du centre-ville de Marseille sur la prise en charge des patients en situation de précarité* [master thesis]. Nancy, Université Henri Poincaré, 2007. [French]
34. Guével MR, Pommier J. [Mixed methods research in public health: issues and illustration]. *Santé Publique* 2012;24:23–38. [French]
35. Ridde V, Haddad S. [Pragmatism and realism for public health intervention evaluation]. *Rev D'épidémiol Santé Publique* 2013;61 (Suppl 2):S95–106. [French]
36. Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med* 2004;2:7–12.
37. Wisdom J, Creswell JW. Mixed methods: integrating quantitative and qualitative data collection and analysis while studying patient-centered medical home models. Report No.: 13-0028-EF. Agency for Healthcare REsearch and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, 2013.
38. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4th edn. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2014:273.
39. Apostolidis T. Social representations and triangulation: an application in social psychology of health. *Psicol Teor E Pesqui* 2006;22:211–26.
40. Nelson G, Macnaughton E, Goering P. What qualitative research can contribute to a randomized controlled trial of a complex community intervention. *Contemp Clin Trials* 2015;45(Pt B):377–84.
41. Meschede T, Chaganti S. Home for now: a mixed-methods evaluation of a short-term housing support program for homeless families. *Eval Program Plann* 2015;52:85–95.
42. Macnaughton EL, Goering PN, Nelson GB. Exploring the value of mixed methods within the At Home/Chez Soi housing first project: a strategy to evaluate the implementation of a complex population health intervention for people with mental illness who have been homeless. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique* 2012;103(7 Suppl 1):eS57–63.
43. Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Armand Colin, 2005:128.
44. Siccama CJ, Penna S. Enhancing validity of a qualitative dissertation research study by using NVivo. *Qual Res J* 2008;8:91–103.
45. Nombre d'activités exercées par les médecins par spécialité, secteur d'activité, tranche d'âge et sexe. Data from year 2015. Drees. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=1164>
46. Sass C, Guéguen R, Moulin JJ, et al. [Comparison of the individual deprivation index of the French Health Examination Centres and the administrative definition of deprivation]. *Santé Publique* 2006;18:513–22. [French]
47. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. *Eur J Public Health* 2015;25:604–9.
48. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique* 2007;19:99.
49. Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, et al. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med* 2003;139:907–5.
50. Kotobi L. Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants à l'hôpital. *Hommes Migr*. juin 2000;Santé, le traitement de la différence(1225).
51. Huberman M, Miles MB. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2nd edn. SAGE Publications, Inc, 1994:352.
52. Baskerville NB, Hogg W, Lemelin J. Process evaluation of a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns improving preventive care. *J Fam Pract* 2001;50: W242–49.
53. Driscoll DL, Appiah-Yeboah A, Salib P, et al. Merging qualitative and quantitative data in mixed methods research: how to and why not. *Ecol Environ Anthropol Univ Ga* 2007;18:18–28.
54. Flick U. Triangulation revisited: strategy of validation or alternative? *J Theory Soc Behav* 1992;22:175–97.
55. Mukamura J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Rech Qual* 2006;26:110–38.
56. Miron JM, Dragon JF. La recherche qualitative assistée par ordinateur pour les budgets minceurs, est-ce possible. *Rech Qual* 2007;27:152–75. [French].
57. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2014. [French]
58. Rogers M. Contextualizing theories and practices of bricolage research. *Qual Rep* 2012;17:1–17.
59. Mannoni C. Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les personnes sans-abri à Marseille, rapport final. Observatoire social de Lyon, 2011. [French]
60. Zlotnick C, Zerger S, Wolfe PB. Health care for the homeless: what we have learned in the past 30 years and what's next. *Am J Public Health* 2013;103(Suppl 2):S199–205.
61. Lester H, Bradley CP. Barriers to primary healthcare for the homeless: the general practitioner's perspective. *Eur J Gen Pract* 2001;7:6–12.
62. Woodhead EL, Sperry JA, Bower EH, et al. Attitude change following a homeless clinic experience. *Fam Med* 2009;41:83–4.
63. O'Brien R, Wyke S, Guthrie B, et al. An 'endless struggle': a qualitative study of general practitioners' and practice nurses' experiences of managing multimorbidity in socio-economically deprived areas of Scotland. *Chronic Illn* 2011;7:45–59.
64. Di Nino F, Imbs JL, Melenotte GH, et al. Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006–2007. *BEH* 2009:400–4. [French]
65. Di Nino F, Imbs JL, Melenotte GH, et al. Progression de la couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B chez les usagers de substances psychoactives suivis par le réseau des microstructures médicales d'Alsace, 2009–2010. *BEH* 2014;(11):192–200. [French]
66. Ernst S, Mériaux I. *Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé: faire partie du problème ou contribuer à la solution? Connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Etude quantitative et qualitative* [doctoral thesis N° 2013AIXM6053], Marseille: Aix-Marseille Université, 2013. [French]
67. Sallé J. *Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire: connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Ile-de-France* [doctoral thesis N° 2010PA06G004], France: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie, 2010. [French]
68. Rode A. *Le 'non-recours' aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes* [doctoral thesis N° 2010GRENH016]. Université Pierre Mendès-France-Grenoble II, 2010. [French]
69. Wright NMJ, Tompkins CNE, Oldham NS, et al. Homelessness and health: what can be done in general practice? *J R Soc Med* 2004;97:170–3.



Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study

Maeva Jegou, Dominique Grassineau, Hubert Baliq, Anderson Loundou, Roland Sambuc, Alexandre Daguzan, Gaetan Gentile and Stéphanie Gentile

BMJ Open 2016 6:
doi: 10.1136/bmjopen-2016-013610

Updated information and services can be found at:
<http://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e013610>

These include:

References

This article cites 44 articles, 11 of which you can access for free at:
<http://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e013610#BIBL>

Open Access

This is an Open Access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Email alerting service

Receive free email alerts when new articles cite this article. Sign up in the box at the top right corner of the online article.

Topic Collections

Articles on similar topics can be found in the following collections

[General practice / Family practice](#) (628)
[Health services research](#) (1392)
[Public health](#) (2129)
[Qualitative research](#) (673)

Notes

To request permissions go to:
<http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>

To order reprints go to:
<http://journals.bmj.com/cgi/reprintform>

To subscribe to BMJ go to:
<http://group.bmj.com/subscribe/>

1.2. Développer le Dossier Médical Partagé : point de vue et acceptabilité des médecins généralistes dans le cadre de la prise en charge des personnes sans chez-soi

Cette partie a fait l'objet d'une publication dans la revue Santé publique – pratique et organisation des soins : **Jego M, Gentile G, Giusiano B, Sambuc R, Balique H, Gentile S. [Value of shared electronic health records for the management of homeless people]**. Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr. avr 2018;30(2):233-42.

Elle a par ailleurs fait l'objet d'un poster (Congrès de la Médecine Générale de France -CMGF-2017, annexe 3)

1.2.1. Introduction et contexte de l'étude

Notre première étude, rejoignant d'autres études auprès des médecins généralistes, a relevé les nombreuses difficultés qu'éprouvent les médecins généralistes, piliers de la coordination des soins, pour prendre en charge les patients en situation de précarité, et plus particulièrement les personnes sans chez-soi, en raison d'une mauvaise connaissance de leurs problématiques et des relais existants, de la complexité de leur prise en charge, de la difficulté à maintenir la continuité des soins, et des difficultés à retracer l'histoire médicale de ces patients (71,157).

Une des manières d'optimiser le parcours de soins des personnes sans chez-soi peut passer par la construction d'outils pour améliorer la coopération des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge, et favoriser une meilleure connaissance de l'histoire médicale de ces patients.

En France, le Dossier Médical Partagé, est maintenant disponible pour les assurés sociaux. Il s'agit d'un carnet de santé informatisé, gratuit, hautement sécurisé. Créé par la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie, il regroupe des données de santé à caractère personnel, et est disponible pour toute personne bénéficiaire de l'assurance maladie (à la condition d'avoir une carte vitale). Il permet un double accès : un accès patient d'une part, sans intermédiaire médical, à l'aide d'un code personnel et d'un mot de passe ; un accès pour les professionnels de santé d'autre part, dont l'étendue dépend de la profession, au moyen de

leur carte CPS (Carte de Professionnel de Santé), et de la carte vitale du patient, après avoir obtenu le consentement éclairé du patient. Le décret d'application du 4 juillet 2016 le destine « à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients » (158).

L'utilisation du DMP est récente et restait encore limitée lors de notre étude. Malgré un objectif de déploiement initialement fixé à 2007, il n'a finalement été lancé qu'en 2011, et les retards accumulés ainsi que sa stratégie de déploiement semblent avoir cristallisé des représentations plutôt négatives (craintes, attentes non répondues), ou favorisé la vision d'un outil peu utile ou couteux et d'autres malentendus (159,160). Cependant, il s'ancre dans une volonté partagée des pays industrialisés de s'engager dans une démarche de déploiement d'un outil informatique commun (161). Plus récemment, la gestion et le déploiement du DMP ont été confiés à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Son déploiement a été généralisé au niveau national le 6 Novembre 2018. Les évolutions dans son déploiement sont marquées par la possibilité pour les patients eux-mêmes d'ouvrir en ligne leur DMP, une croissance importante récente du nombre de DMP ouverts (estimé à 5 millions en Avril 2019 (162), contre environ 500 000 en 2014), et la création d'une application mobile pour consulter et alimenter son DMP. Malgré la possibilité pour le patient de créer lui-même son DMP, la détention d'une carte vitale reste une condition essentielle à la création du DMP : elle doit être utilisée lorsque le DMP est créé par un professionnel de santé ou dans un établissement de santé, et son numéro de série est demandé lors de la création par le patient via internet (163). Les évaluations menées auprès des médecins généralistes depuis semblent conclure aux mêmes constats d'une utilisation toujours trop limitée du DMP : en Bretagne, une des régions pilotes pour le déploiement du DMP, seuls 34% des médecins généralistes avaient utilisé au moins une fois le DMP depuis son déploiement en 2016 (164).

Certains travaux ont étudié les représentations et l'acceptabilité des médecins pour cet outil, mais la plupart restent anciens, et ils ne se sont pas ou peu intéressés à la question de son utilisation pour améliorer la prise en charge de cette population en situation de grande précarité (165–168).

Nous avons alors formulé l'hypothèse que le Dossier Médical Partagé pourrait être un outil permettant d'améliorer la continuité des soins des personnes sans chez-soi. Cependant, pour pouvoir apporter un bénéfice, il devra être largement utilisé par les médecins amenés à voir ces patients. Or, malgré la volonté gouvernementale de poursuivre son déploiement qui s'ancre dans une volonté commune des pays industrialisés de développer un Dossier de Santé Electronique partagé, et son lancement en 2011, le contexte actuel reste défavorable à cet outil, encore perçu comme un échec par les professionnels et critiqué pour les coûts que sa conceptualisation a engendrés. Il est apparu nécessaire, pour discuter sa pertinence et réunir les conditions nécessaires à son utilisation effective, d'évaluer initialement son acceptabilité a priori dans le contexte de la prise en charge de ce public.

1.2.2. Résumé de l'article

Objectif : analyser l'acceptabilité du DMP, par les médecins généralistes marseillais, dans le contexte spécifique de la prise en charge des personnes sans chez-soi.

Méthode : étude mixte séquentielle, qualitative puis quantitative, auprès de médecins généralistes exerçant à Marseille, entre novembre 2013 et juillet 2014, auprès des mêmes médecins généralistes que dans le premier article.

Principaux résultats :

Lors de la phase qualitative, d'importantes difficultés étaient ressenties par les médecins généralistes pour reconstituer l'histoire médicale des personnes sans chez-soi. Les médecins ressentaient principalement des difficultés pour récupérer les informations médicales auprès des patients eux-mêmes (60%), puis dans la communication avec les hôpitaux (40%). Ils connaissaient mal le DMP : il existait alors de nombreuses idées reçues relatives au DMP. La plupart pensaient que l'outil était inexistant ou avait été un échec, et certains le voyaient comme une « arlésienne ». La phase quantitative a confirmé cette méconnaissance : parmi les 73% des médecins qui estimaient connaître à minima le DMP, seuls 30% savaient qu'il était opérationnel, 16% estimaient savoir comment faire pour créer ou consulter le dossier de leurs patients sur le DMP, et seuls 5% l'avaient déjà expérimenté. La moitié (52.5%) des médecins

généralistes seraient prêts à utiliser le DMP pour les personnes sans chez-soi. Il était plus particulièrement perçu comme pouvant améliorer la continuité des soins, sa qualité et sa sécurité pour les personnes sans chez-soi. En revanche, les médecins craignaient un détournement et une sécurisation insuffisante du stockage des données. Des limites spécifiques aux personnes sans chez-soi étaient relevées, dont l'accès pratique au DMP (carte vitale, accès internet). L'intérêt du DMP était perçu supérieur pour les personnes sans chez-soi que pour les patients en général, notamment sur le gain de temps envisagé ($p=0.03$).

Discussion et conclusion

L'évaluation de l'intérêt perçu et de l'acceptabilité du DMP dans le contexte de la prise en charge des personnes sans chez-soi a permis de mettre en évidence certaines spécificités et adaptations à penser pour la prise en charge des catégories les plus exclues.

Parmi les adaptations spécifiques à penser pour améliorer l'intérêt et l'utilisabilité du DMP pour la prise en charge des personnes sans chez-soi, il pourrait être intéressant de développer un accès au DMP sans carte vitale (en 2019, les patients peuvent consulter leur DMP directement en ligne ou sur une application mobile, en modifier les informations, et gérer les accès des professionnels de santé, en entrant un code reçu, pour chaque nouvelle connexion, par mail ou SMS, mais l'ouverture et l'accès par les professionnels restent conditionnés à la détention d'une carte vitale) (169), discuter le déploiement de cartes vitales pour tous, fournir un accès physique à des points internet, et de proposer un accompagnement à l'accès et l'utilisation du DMP au sein des structures d'accueil des personnes sans chez-soi. Actuellement, si le DMP peut être ouvert sur internet par les patients eux-mêmes, la première ouverture requiert la détention d'une carte vitale (afin de mentionner le numéro de la carte vitale, qui est requis lors de l'ouverture) : la limite de la détention d'une carte vitale n'a donc toujours pas été résolue, ni pour la création du DMP, ni pour l'accès par les professionnels de santé au DMP du patient (170). De même, la création d'un DMP n'est toujours pas accessible aux patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, ou ceux qui par des situations de rupture

de droits ne sont plus assurés sociaux : il reste donc un dispositif encore stigmatisant pour les personnes les plus exclues (170).

Le DMP pourrait être une solution pour améliorer la continuité des soins des personnes sans chez-soi. Il faut cependant adapter l'outil à la prise en charge des personnes sans chez-soi et informer les professionnels pour une utilisation effective.

1.2.3 Article 2 – Prise en charge des personnes sans chez-soi : intérêt du Dossier Médical Partagé ?

Jego M, Gentile G, Giusiano B, Sambuc R, Balique H, Gentile S. *[Value of shared electronic health records for the management of homeless people]. Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr. avr 2018;30(2):233-42.*

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS CHEZ-SOI : INTÉRÊT DU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ ?

Maeva Jego, Gaëtan Gentile, Bernard Giusiano, Roland Sambuc, Hubert Balique et
Stéphanie Gentile

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2018/2 Vol. 30 | pages 233 à 242

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-2-page-233.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Prise en charge des personnes sans chez-soi : intérêt du dossier médical partagé ?

Value of shared electronic health records for the management of homeless people

Maeva Jego¹, Gaëtan Gentile^{2,3}, Bernard Giusiano^{3,4}, Roland Sambuc¹, Hubert Balique¹, Stéphanie Gentile¹

➔ Résumé

Objectif : Étudier l'acceptabilité qu'ont les médecins généralistes (MG) du dossier médical partagé (DMP), dans le contexte de la prise en charge des personnes sans chez-soi (PSCS).

Méthodes : Étude mixte séquentielle, qualitative puis quantitative. Pour la phase qualitative, des MG impliqués dans la précarité ont été interviewés par entretiens semi-dirigés. Pour la phase quantitative 150 MG marseillais ayant une pratique typique de la médecine générale ont été tirés au sort puis interrogés via un questionnaire. L'acceptabilité pratique et sociale du DMP était quantifiée par échelles de Likert.

Résultats : 19 MG ont été interviewés pour la phase qualitative et 105 MG ont été inclus (73 % de répondants) pour la phase quantitative. Les MG connaissaient mal le DMP. La moitié (52,5 %) des MG seraient prêts à utiliser le DMP pour les PSCS. Il était perçu comme pouvant améliorer la continuité des soins, sa qualité et sa sécurité pour les PSCS. L'intérêt du DMP était perçu supérieur pour les PSCS que pour les patients en général, notamment sur le gain de temps envisagé ($p = 0,03$). En revanche, le DMP était mal connu, et les MG craignaient un détournement et une sécurisation insuffisante du stockage des données. Des limites spécifiques aux PSCS étaient relevées, dont l'accès pratique au DMP pour les PSCS (carte vitale, accès internet).

Conclusion : Le DMP pourrait être une solution pour améliorer la continuité des soins des PSCS. Il faut cependant adapter l'outil à la prise en charge des PSCS et informer les professionnels pour une utilisation effective.

Mots-clés : Sans-abri ; Dossier médical partagé ; Accès du patient au dossier médical ; Systèmes informatisés de dossiers médicaux ; Dossiers médicaux électroniques ; Médecins généralistes ; Continuité des soins ; Soins de santé primaires.

➔ Abstract

Aim: To assess the acceptability for GPs to use the French shared Electronic Health Record (Dossier Médical Partagé, "DMP") when caring for Homeless People (HP).

Methods: Mixed, sequential, qualitative-quantitative study. The qualitative phase consisted of semi-structured interviews with GPs involved in the care of HP. During the quantitative phase, questionnaires were sent to 150 randomized GPs providing routine health-care in Marseille. Social and practical acceptability was studied by means of a Likert Scale.

Results: 19 GPs were interviewed during the qualitative phase, and 105 GPs answered the questionnaire during the quantitative phase (response rate: 73%). GPs had a poor knowledge about DMP. More than half (52.5%) of GPs were likely to effectively use DMP for HP. GPs felt that the "DMP" could improve continuity, quality, and security of care for HP. They perceived greater benefits of the use of the DMP for HP than for the general population, notably in terms of saving time ($p = 0.03$). However, GPs felt that HP were vulnerable and wanted to protect their patients; they worried about security of data storage. GPs identified specific barriers for HP to use DMP: most of them concerned practical access for HP to DMP (lack of social security card, or lack of tool for accessing internet).

Conclusion: A shared electronic health record, such as the French DMP, could improve continuity of care for HP in France. GPs need to be better informed, and DMP functions need to be optimized and adapted to HP, so that it can be effectively used by GPs for HP.

Keywords: Homeless persons; Electronic health record; Medical records systems; computerized; Patient access to records; General practitioners; Continuity of patient care; Primary health care.

¹ Aix Marseille Université – SPMC EA3279 – 13385 Marseille – France.

² Département Universitaire de Médecine Générale – Faculté de Médecine – 13885 Marseille, Aix Marseille Université – France.

³ Aix Marseille Université – INSERM, INS UMR_S 1106 – 13005 Marseille – France.

⁴ APHM, SAMSIH – 13005 Marseille – France.

Introduction

Le dernier rapport de la fondation Abbé Pierre (2017) sur l'état du mal logement en France estime à 4 millions le nombre de personnes mal logées en France [1]. Cette problématique est particulièrement représentée sur la ville de Marseille, où 12 000 personnes se sont retrouvées au moins une fois sans abri durant l'année 2011 [2]. Dans ce contexte, plusieurs actions ont été développées pour améliorer l'accès et la continuité des soins des personnes sans chez-soi (PSCS), autour d'un projet pour l'accès aux soins des sans-abri (projet « ASSAb ») à Marseille. Les PSCS présentent un état de santé plus dégradé que la population générale [3, 4] et cumulent souvent des problématiques sociales, médicales et psychiatriques, impliquant l'intervention simultanée de plusieurs professionnels, médicaux, paramédicaux et sociaux [4, 5]. Ils font face à de nombreuses difficultés d'accès aux soins et leurs parcours de soins sont marqués par des ruptures dans la relation de soins, un nomadisme médical, des lieux et modes de recours souvent inappropriés [6-10]. Des études ont mis en évidence les nombreuses difficultés qu'ont les médecins généralistes, piliers de la coordination des soins, pour prendre en charge les patients en situation de précarité, et plus particulièrement les PSCS, en raison d'une mauvaise connaissance de leurs problématiques et des relais existants, de la complexité de leur prise en charge, de la difficulté à maintenir la continuité des soins, et des difficultés à retracer l'histoire médicale de ces patients [11, 12]. Or, une mauvaise continuité des soins a pour double conséquence une perte de chance et un surcoût non négligeable de leur prise en charge pour la communauté [13-15]. Il est donc nécessaire d'optimiser le parcours de soins des PSCS, en construisant des outils d'amélioration de la coopération des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge.

Le dossier médical partagé (DMP), géré par la Caisse nationale d'assurance maladie [16], anciennement nommé « dossier médical personnel », est un carnet de santé numérique national disponible *via* internet depuis 2011, partageable par l'ensemble des professionnels prenant en charge un même patient. Le décret d'application du 4 juillet 2016 le destine « à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients » [17]. Il permettrait un meilleur partage d'informations entre les différents professionnels de santé amenés à prendre en charge les PSCS, à la fois au niveau des hôpitaux, des associations ou structures « bas seuil », et du système de droit commun ambulatoire. L'État français a récemment

réaffirmé sa volonté de déployer ce type d'outils à l'instar de la plupart des pays industrialisés [17, 18]. L'utilisation du DMP dans la prise en charge des PSCS et, plus largement, des victimes d'exclusion sociale, pourrait ainsi représenter à la fois un enjeu politique et un défi organisationnel et technique pour rassurer sur l'utilité de ce dispositif dont le coût a déjà fait l'objet de nombreuses critiques [19-21].

Si des travaux ont étudié les représentations et l'acceptabilité des médecins généralistes (MG) pour cet outil, ils se sont peu intéressés à la question de son utilisation pour améliorer la prise en charge de cette population en situation de grande précarité [22-25].

L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'acceptabilité du DMP, par les MG marseillais, dans le contexte spécifique de la prise en charge des personnes sans chez-soi (PSCS).

Méthodes

Une étude mixte, séquentielle, qualitative puis quantitative, a été menée auprès de MG exerçant sur Marseille entre novembre 2013 et juillet 2014. Cette étude a exploré d'une part les représentations des MG et les déterminants de leur implication dans la prise en charge des PSCS [12], et d'autre part leur acceptabilité du DMP pour cette prise en charge. Cet article se centre sur cette dernière thématique. L'acceptabilité est appréhendée selon deux axes : acceptabilité pratique et acceptabilité sociale. L'acceptabilité pratique d'un outil numérique renvoie à sa capacité à être utilisé pour atteindre le but désiré, c'est-à-dire son utilité et son utilisabilité, et à son rapport coût-efficacité ; l'acceptabilité sociale concerne les attitudes, les contraintes sociales et normatives conduisant les usagers à recourir effectivement à l'utilisation d'une technologie donnée [26, 27].

Phase qualitative

La première phase, qualitative, avait une visée exploratoire. Elle a ciblé des MG impliqués dans la prise en charge des PSCS, c'est-à-dire travaillant dans des structures dédiées à ces patients, ou exerçant en ambulatoire et identifiés comme impliqués dans la prise en charge des PSCS. L'échantillonnage a été mené par la méthode « de proche en proche » [28], facilitant ainsi l'identification de MG impliqués dans ces questions. La diversité des médecins recrutés a été recherchée sur les critères d'âge, de sexe, et

de type d'exercice (libéral, salarié ou mixte). Des entretiens semi-dirigés ont exploré les représentations et opinions de ces MG à propos de la santé, l'accès et la continuité des soins des PSCS, de leur prise en charge en soins premiers, puis de la récupération de l'histoire médicale, l'utilisation de dossier médical partagé, et l'acceptabilité du DMP dans leur prise en charge. Les entretiens ont été menés en face à face par le premier auteur (MJ). Afin de limiter le biais de désirabilité sociale lors des entretiens de la première phase, ou des questionnaires dont la passation a eu lieu en face à face, la posture de l'enquêteur est restée systématiquement neutre, dans une relation « d'élève face au maître », l'enquêteur étant à ce moment-là un futur médecin généraliste. Les entretiens étaient enregistrés, retranscrits et anonymisés, puis ont fait l'objet d'une analyse de contenu inductive à l'aide du logiciel N-Vivo V10. L'analyse a été menée par le premier auteur de cet article (MJ) : une première grille a été créée après lecture flottante et synthèse des entretiens, puis la création des thématiques et leur encodage se sont poursuivis entretien par entretien. Les thèmes ont ensuite été regroupés, et ont mené à l'élaboration de nouvelles catégories ou leur modification. Les différentes étapes de l'analyse ont été discutées avec le co-directeur de ce travail (HB). Un feedback des MG interviewés a été recherché lors d'une réunion présentant les premières orientations de l'analyse.

Phase quantitative

La seconde phase, quantitative, avait pour objectif de valider les éléments pressentis à propos de l'acceptabilité du DMP par les MG dans la prise en charge des PSCS. Nous avons inclus les MG exerçant dans les quartiers de Marseille les plus concernés par l'absence de chez-soi (centre-ville et moitié nord), thésés, ayant un exercice ambulatoire. Ils ont été identifiés par croisement de deux bases de données publiques : Pages Jaunes et base de l'Assurance maladie. Parmi les 495 médecins identifiés, 150 médecins ont été tirés au sort. Un questionnaire leur a été administré entre Juin 2014 et Juillet 2014 *via* différentes modalités (lien internet sécurisé, courrier, téléphone, ou face à face) afin d'optimiser la participation en s'adaptant aux préférences des médecins enquêtés.

Le questionnaire comportait deux parties :

- La première partie concernait tous les MG : elle explorait les caractéristiques générales des MG, et leur acceptabilité à utiliser le DMP en population générale (à l'aide de questions fermées à trois modalités de réponses : oui, non, ne sait pas).

- La seconde partie était destinée uniquement aux MG ayant déjà reçu une personne sans chez-soi en consultation : elle explorait les connaissances et difficultés ressenties des médecins vis-à-vis de la prise en charge des PSCS, l'acceptabilité sociale et pratique du DMP dans la prise en charge des PSCS, ainsi que son intention d'usage, à l'aide d'échelles de Likert entre 1 (pas du tout d'accord) et 5 (tout à fait d'accord). Les questions explorant l'acceptabilité étaient formulées en termes d'atouts ou de limites envisagées identifiés lors de la phase qualitative.

Afin de comparer l'acceptabilité qu'avaient les MG du DMP pour les PSCS par rapport aux patients en général, les réponses aux échelles de Likert ont été réduites en trois catégories (les cotations 1 à 2 étant assimilées aux réponses « non », la cotation 3 étant assimilée aux réponses « ne sait pas », et les cotations 4 à 5 étant assimilées aux réponses « oui » recueillies dans la première partie du questionnaire). Des analyses uni-variées ont ensuite été menées afin de tester les différences entre les réponses des MG dans la première partie (concernant le DMP pour les patients en général) et dans la seconde partie (concernant le DMP pour les PSCS) (test du Khi2).

Éthique

L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (N° 1668933 v 0) et a obtenu l'accord du comité d'éthique d'Aix-Marseille Université. Pour les deux phases, une lettre d'information était remise aux médecins généralistes et leur consentement était recherché.

Résultats

Lors de la phase qualitative, 19 entretiens semi-directifs ont été réalisés. La saturation des données a été obtenue au bout du 18^e entretien, vérifiée par le 19^e. Les entretiens ont duré en moyenne une heure. Pour la phase quantitative, parmi les 150 médecins tirés au sort, six ont été exclus car ils ne répondaient finalement pas aux critères d'inclusion et 39 n'ont pas répondu au questionnaire. Au total, 105 questionnaires étaient exploitables (taux de réponse de 73 %).

Caractéristiques générales des échantillons

Les caractéristiques des échantillons des deux phases sont présentées dans le tableau I. Pour la phase qualitative,

Tableau I : Caractéristiques générales des MG inclus dans les deux phases (qualitative et quantitative) (Marseille, France, 2014)

Caractéristiques des MG	Phase qualitative (n = 19 MG)	Phase quantitative		
		Profil des 105 MG répondants (%)	Profil des 83 MG recevant des PSCS (%)	
Âge (par tranches)	< 40 ans	6	12 (11)	10 (12)
	40 à 50 ans	2	17 (16)	15 (18)
	50 à 60 ans	4	41 (39)	28 (33)
	> 60 ans	7	35 (33)	30 (36)
Sexe	Homme	11	78 (74)	65 (78)
	Femme	8	27 (26)	18 (22)
Mode d'exercice	Libéral	6	96 (91)	77 (92)
	Salariat	10	1 (1)	1 (1)
	Mixte	3	8 (8)	5 (6)
Lieu d'exercice ^a	Cabinet	11	96 (91)	78 (94)
	Structure « bas seuil »	10	0 ^b	0 ^b
	Maison de santé	0	2 (2)	1 (1)
	Permanence médicale	3	4 (4)	2 (2)
	Centre de santé	3	2 (2)	2 (2)
	Autre	9	1 (1)	0
Utilisation d'un dossier patient informatisé	Oui	11	81 (77)	63 (76)
	Non	8	24 (23)	20 (24)

^a Question à réponse multiple pour les 19 MG inclus dans la phase qualitative.

^b Mode d'exercice non proposé aux 83 MG de la phase quantitative (qui devaient avoir une activité typique de la médecine générale).

la diversité a été respectée pour les tranches d'âge, le sexe, le mode d'exercice, et le lieu d'exercice. L'ensemble des MG avaient une patientèle ayant un niveau social très précaire à modéré. Ils avaient majoritairement un mode d'exercice mixte ou salarié et travaillaient ou avaient eu une expérience dans des structures de soins pour les personnes en situation de grande précarité. Parmi les 19 médecins interrogés, 17 avaient un ordinateur, dont 11 l'utilisaient pour la gestion des dossiers patients. Seuls huit MG réunissaient les conditions minimales pour l'utilisation du DMP (carte CPS, lecteur de carte vitale, ordinateur). Pour la phase quantitative, les médecins interrogés étaient plutôt âgés (33 % avaient plus de 60 ans), et en majorité des hommes (74 %). Ils exerçaient quasiment tous une activité libérale au moins en partie en cabinet. Seuls deux médecins exerçaient en centre de santé. Les trois quart des médecins interrogés (77 %) utilisaient un dossier patient informatisé. La majorité des MG (79 %) ont déclaré avoir déjà reçu une PSCS et étaient concernés par la seconde partie du

questionnaire. Le profil des MG recevant des PSCS était similaire à celui de l'ensemble des MG répondants.

Difficultés de récupération des informations médicales pour les PSCS

Lors de la phase qualitative, d'importantes difficultés étaient ressenties par les MG pour reconstituer l'histoire médicale des PSCS : « ...On (ne) connaît rien de leurs pathologies, on (ne) connaît rien de leur vie. C'est très, très difficile d'avoir... ça se fait avec le temps, petit à petit ». Lorsque les MG réussissaient finalement à connaître le passé médical du patient, ils y avaient investi beaucoup de temps non médical : « Globalement, ça se fait, mais ça nécessite du temps. De la disponibilité, du temps... ». Une partie de ces difficultés étaient ressenties comme spécifiques à ces patients, liées à leur état psychique, à leurs addictions, au phénomène d'oubli de soi suite à un vécu de

déshumanisation ou au contexte de vie à la rue. Parmi les solutions envisagées par les MG pour améliorer l'accès et la continuité des soins des PSCS, une meilleure connaissance des informations médicales ou un dossier partagé étaient spontanément évoqués par 11 MG sur 19 : « *Si déjà dans les établissements de santé, il y avait une centralisation des informations par assuré social..., ça pourrait être intéressant* ».

La phase quantitative a confirmé ces difficultés pour connaître le passé médical de ces patients (65 % des MG ressentant beaucoup à énormément de difficultés). Les MG ressentaient principalement des difficultés pour récupérer les informations médicales auprès des patients eux-mêmes (60 %), puis dans la communication avec les hôpitaux (40 %).

Acceptabilité du DMP pour la prise en charge des PSCS

Connaissance du DMP

Lors de la phase qualitative, la plupart des MG montraient une méconnaissance du DMP : « *Je connais mal, alors je ne peux pas vous dire grand-chose, parce que... on l'attend. Alors, je ne sais pas, c'est sûr que ça sera bien, c'est sûr que... [...] Mais, on verra, quand...* ». Il existait alors de nombreuses idées reçues relatives au DMP. La plupart pensait que l'outil était inexistant ou avait été un échec, et certains le voyaient comme une « arlésienne » : « *Oui, mais il n'est pas au point du tout ! [...] Mais ça marche ? Je croyais que ça avait échoué ?* ». La phase quantitative a confirmé cette méconnaissance : parmi les 73 % des MG qui estimaient connaître à minima le DMP, seuls 30 % savaient qu'il était opérationnel, 16 % estimaient savoir comment faire pour créer ou consulter le dossier de leurs patients sur le DMP, et seuls 5 % l'avaient déjà expérimenté.

Le DMP pour la prise en charge des PSCS

• Acceptabilité pratique

Dans la phase qualitative, l'acceptabilité pratique du DMP paraissait globalement plus favorable que l'acceptabilité sociale. Concernant l'acceptabilité pratique (utilité, utilisabilité, rapport coût-efficacité), les MG percevaient favorablement l'utilité potentielle du DMP pour prendre en charge les PSCS qu'ils estimaient être un outil qui améliorerait la continuité des soins, mais aussi la qualité et la sécurité de la prise en charge. Le DMP était perçu comme permettant de réaliser des économies de santé, en

limitant chez les PSCS la répétition des examens complémentaires : « *Ça va quand même éviter ces gens qui font des examens en triple, en quadruple [...] tout le monde y gagnera ! [...] Et même la sécurité sociale, elle devrait faire des économies* ». Cette opinion favorable s'est retrouvée dans la phase quantitative, où ils étaient près des trois quart à croire en la capacité du DMP à faciliter la connaissance des informations médicales des PSCS, 59 % à penser qu'il faciliterait le suivi et la continuité des soins des PSCS, 63 % à penser que le DMP serait utile dans la prise en charge des PSCS, 55 % à croire en la capacité du DMP à améliorer la qualité des soins, et 62,5 % à penser que le DMP pourrait améliorer la sécurité des soins des PSCS. Enfin, la moitié des MG envisageaient que le DMP pourrait leur faire gagner du temps dans la prise en charge des PSCS (tableau II).

Par contre, l'accès pratique au DMP pour les PSCS apparaissait limité dans la phase qualitative, en raison de l'absence fréquente de carte vitale dans cette patientèle (par rupture de droits, délai de réédition de cartes en cas de perte ou vol, mais aussi pour les patients bénéficiaires de l'Aide médicale d'État), et d'un accès restreint aux outils techniques nécessaires pour la connexion : « *Je ne vois pas le SDF arriver avec son iPad* ». Ceci se retrouvait dans la phase quantitative, où plus des trois quart des MG pensaient que les PSCS ne pourraient pas gérer eux-mêmes leur DMP. Pour pallier à ce problème, quelques MG ont proposé de développer dans les lieux d'accueil des points d'accès internet, avec un accompagnement des PSCS par les éducateurs ou travailleurs sociaux pour les aider à accéder à leur DMP. Cette solution leur apparaissait comme un moyen de favoriser l'autonomisation de ces patients. Enfin, une dernière limite soulevée par les MG concernait les difficultés à identifier les PSCS : en effet beaucoup de PSCS refusent de donner leur identité, ou consultent sous anonymat ou à l'aide d'une fausse identité.

Acceptabilité sociale

Lors de la phase qualitative, le discours des médecins a permis d'isoler plusieurs thématiques relatives à l'acceptabilité sociale du DMP dans la prise en charge des personnes sans chez-soi :

- Des aspects comportementaux : dominés par la réticence à partager les informations avec les autres professionnels de santé.
- Des conséquences envisageables pour les MG : discutées selon des valences positives ou négatives à travers les notions de temps gagné ou perdu, de lourdeur des

Tableau II : Acceptabilité pratique des MG vis-à-vis du DMP pour prendre en charge des personnes sans chez-soi (parmi les 82 MG ayant déjà reçu une PSCS en consultation) (Marseille, France, 2014)

Le DMP...	Pas du tout d'accord à pas d'accord %	Ni d'accord ni pas d'accord %	D'accord à tout à fait d'accord %
Aidera à mieux connaître le passé médical des PSCS (n = 80)	10,1	16,3	73,8
Sera utile dans la prise en charge des PSCS (n = 79) ^a	14,0	22,8	63,3
Améliorera la sécurité des soins des PSCS (n = 80)	11,3	26,3	62,5
Facilitera le suivi/la continuité des soins des PSCS (n = 80)	8,8	32,5	58,8
Améliorera la qualité des soins des PSCS (n = 80)	17,6	27,5	55,1
Permettra un gain de temps lors de la prise en charge (n = 80)	30,0	20,0	50,1
Simplifiera la prise en charge pour les MG des PSCS (n = 80)	24,1	31,6	44,3
Est une priorité pour améliorer la prise en charge des PSCS (n = 79) ^a	30,4	30,4	39,3
Ne sera pas compliqué à utiliser par les MG pour les PSCS (n = 79) ^a	36,8	31,6	31,6
Pourra être correctement géré par les PSCS (n = 77) ^a	71,8	11,7	15,6

^a Propositions initialement formulées dans le sens négatif (en termes de limites) : pour une meilleure compréhension, le sens de leur formulation est rendu ici positif et les réponses sur les échelles de Likert ont été inversées.

consultations, ou d'efforts qui seraient à fournir par les médecins pour l'alimentation du DMP.

- Des conséquences envisagées pour les PSCS : les MG craignaient d'accentuer le contrôle mené sur ces patients, avec une relation de type paternaliste exacerbée, en considérant que les patients sans chez-soi n'auraient pas les capacités ou moyens techniques pour accéder eux-mêmes et gérer leur dossier. Ils montraient par ailleurs des attitudes protectrices envers les patients sans chez-soi, considérés comme particulièrement vulnérables. Ainsi ils craignaient, par exemple, des conséquences négatives de la reprise d'une identité, un risque de fuite relatif aux données sensibles comme les addictions, certaines infections, ou encore la situation de précarité.

La phase quantitative a confirmé l'opinion majoritairement défavorable des MG concernant les variables d'acceptabilité sociale (tableau III). Le seul élément pour lequel les MG avaient une opinion positive était l'impact sur la relation avec les PSCS. Moins d'un tiers (20,2 %) pensaient que le DMP pourrait favoriser l'autonomisation des PSCS dans la gestion de leur santé. Ils étaient particulièrement sceptiques concernant la sécurisation du DMP pour le partage d'informations sensibles (48,7 % des MG l'estimant insuffisante).

Lors de la phase qualitative, la méconnaissance du DMP semblait participer à détériorer l'acceptabilité sociale du DMP, en particulier dans le contexte de la prise en charge de ces patients en situation de vulnérabilité. La phase

quantitative n'a cependant pas retrouvé de lien significatif entre niveau de connaissance du DMP (autoévalué par les MG) et score moyen d'acceptabilité sociale.

Différences d'acceptabilité de l'utilisation du DMP pour les PSCS par rapport aux patients en général

Plus de la moitié (52,5 %) des MG s'estimaient prêts à utiliser le DMP pour les PSCS et 47,4 % pour les patients en général. Le DMP semblait être plus utile en termes de gain de temps (optimisation de la prise en charge) pour les PSCS que pour la patientèle classique (test du Khi2, $p = 0,03$) (tableau IV, figure 1).

Discussion

Résultats principaux

La problématique de l'accès à l'histoire médicale des PSCS était une des préoccupations majeures des MG dans la prise en charge de ces patients : les informations médicales étant soit quasiment impossibles à récupérer, soit récupérables au prix d'une perte de temps ou de délais importants. Cet argument rendait le DMP particulièrement

Tableau III : Acceptabilité sociale des MG vis-à-vis du DMP pour prendre en charge des personnes sans chez-soi (parmi les 82 MG ayant déjà reçu une PSCS en consultation) (Marseille, France, 2014)

Le DMP...	Pas du tout d'accord à pas d'accord %	Ni d'accord ni pas d'accord %	D'accord à tout à fait d'accord %
Ne détériorera pas la relation avec les patients (n = 76) ^a	14,5	23,7	61,8
Respectera la liberté de choix des PSCS de donner ou non certaines informations (n = 74) ^a	46,0	25,7	28,4
Réduira la stigmatisation des PSCS (n = 78)	46,1	26,9	26,9
Le consentement des PSCS sera réellement éclairé avant utilisation du DMP (n = 78) ^a	56,4	20,5	23,1
Est suffisamment sécurisé pour partager les informations sensibles pour les PSCS (n = 76) ^a	48,7	28,9	22,4
Favorisera l'autonomisation des PSCS dans la gestion de leur santé (n = 78)	55,7	24,1	20,2
Ne risque pas d'entraîner de dérives dont il faut se méfier (n = 80) ^a	57,7	23,1	19,3

^a Propositions initialement formulées dans le sens négatif (en termes de limites) : pour une meilleure compréhension le sens de leur formulation est rendu ici positif, et les réponses sur les échelles de Likert ont été inversées.

Tableau IV : Comparaison de l'acceptabilité du DMP exprimée par les médecins généralistes pour les patients en général et les PSCS (Marseille, France, 2014)

Variables d'acceptabilité par les MG du DMP	Pour les patients en général %	Pour les PSCS %	p
Utilité globale envisagée (n = 83/79)	57,8	63	NS ^a
Gain de temps envisagé (n = 83/80)	33,7	50,1	0,03
Impact positif sur la qualité de la prise en charge (n = 81/80)	51,9	55,8	NS
Outil assez sécurisé (n = 83/76)	38,6	48,7	NS
Confiance (pas de crainte de détournement) (n = 83/78)	9,6	19,3	NS
Pas d'impact défavorable sur la relation médecin-patient (n = 83/76)	53	61,8	NS
Pas de gêne au partage avec d'autres confrères (n = 83/79)	89,2	84,8	NS
Pas de gêne au partage avec des paramédicaux (n = 83/79)	47	57	NS

^aNS : différence non significative au test statistique (Khi2).

pertinent pour la prise en charge des PSCS. Les MG envisageaient, en effet, que le DMP pourrait leur faire gagner plus de temps dans la prise en charge des PSCS que pour les patients en général. Les MG estimaient en outre que le DMP pourrait améliorer la continuité des soins des PSCS. L'acceptabilité sociale était moindre, basée sur une méconnaissance de l'outil, des craintes quant à la sécurisation de l'hébergement et au partage des données, et une volonté prononcée de protéger ces patients jugés vulnérables.

Forces et limites de l'étude

Du fait du peu de données dans la littérature concernant notre sujet, l'utilisation d'une méthode mixte était pertinente. Le choix de ne pas cibler uniquement des médecins concernés par la précarité a permis de valider les résultats dans un contexte plus large. Inversement, de par leurs modes de sélection respectifs (médecins concernés par la précarité puis médecins représentatifs d'une pratique

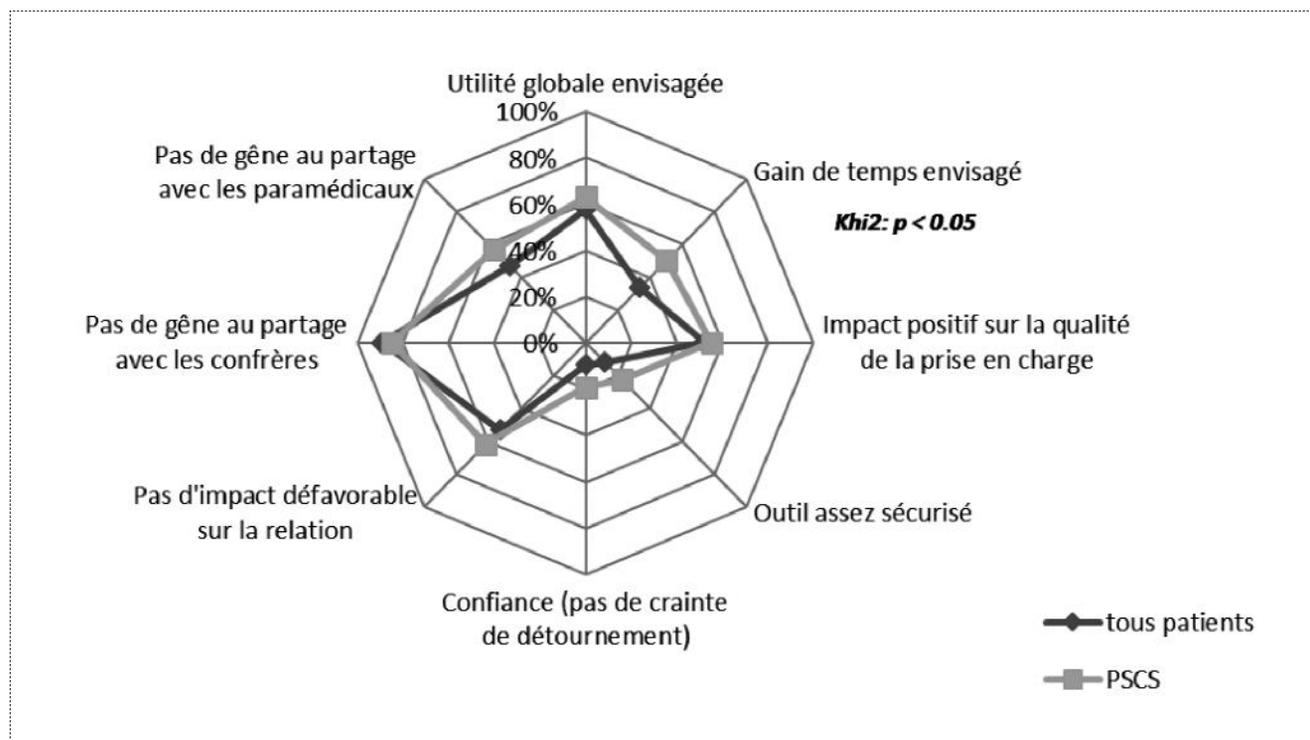


Figure 1 : Aires d'acceptabilité du DMP exprimées par les médecins généralistes pour les patients en général *versus* les PSCS (Marseille, France, 2014)

typique de la médecine générale), les deux échantillons étaient différents, en particulier concernant le niveau d'informatisation et l'existence des moyens nécessaires à l'utilisation du DMP. En effet, les MG de la phase quantitative disposaient plus souvent des moyens nécessaires à l'utilisation du DMP et exerçaient en plus grande proportion une activité uniquement libérale, par rapport aux MG de la phase qualitative. Ceci implique une certaine réserve quant à la mise en relation de ces deux phases.

Dans la phase quantitative, le choix d'inclure des médecins exerçant dans le centre-ville et la moitié nord de Marseille s'est justifié par la prévalence plus importante de l'exclusion liée au logement dans ces quartiers et les enjeux opérationnels sur la ville. Du fait de ce choix géographique d'échantillonnage, l'extrapolation de nos données devrait raisonnablement être limitée aux zones urbaines. La répartition par tranches d'âge et par sexe des médecins répondants dans cette enquête restait toutefois similaire à celle de l'étude de la DRESS sur les médecins généralistes exerçant en cabinet au premier janvier 2013 en région PACA [29].

Le taux de participation lors de la phase quantitative de 73 % peut être considéré comme satisfaisant au regard des autres études réalisées auprès de généralistes sur des thématiques proches [22-24]. Cependant, il faut se questionner sur la place de la non-acceptabilité du DMP comme motivation de la non-réponse de certains médecins. Les médecins étaient informés qu'ils seraient questionnés sur le DMP mais aussi sur des questions relatives à la précarité. Parmi les 39 médecins n'ayant pas répondu, 13 ont exprimé un refus de répondre, parmi lesquels on retrouvait des refus de principe de répondre à toute étude, et des refus vis-à-vis du sujet, portant soit sur la thématique du DMP, soit celle de la précarité ; un autre médecin n'était pas intéressé. Les autres motifs n'étaient pas directement liés aux opinions des médecins sur la thématique (motif inconnu, oubli, contrainte temporelle, échec de prise de contact, longueur du questionnaire, non réception du questionnaire répondu). Il faut probablement ainsi estimer l'acceptabilité du DMP comme plus faible que celle qui a été retrouvée, mais dans des proportions limitées.

Spécificités du DMP pour la prise en charge des PSCS : quelles adaptations penser ?

L'évaluation de l'intérêt perçu et de l'acceptabilité du DMP dans le contexte de la prise en charge des PSCS a permis de mettre en évidence certaines spécificités et adaptations à penser pour la prise en charge des catégories les plus exclues.

En effet, l'acceptabilité et l'intention d'usage du DMP apparaissaient légèrement supérieures pour la prise en charge des PSCS que pour celle des patients en général, les MG étant motivés par un gain de temps envisagé, et une pertinence particulière à disposer d'informations médicales difficiles à récupérer dans la prise en charge des PSCS.

Cependant plusieurs limites étaient évoquées :

- la fréquence des situations d'absence de carte vitale (par exemple pour les bénéficiaires de l'Aide médicale d'État) ou de perte de carte vitale ;
- des difficultés d'accès pratique au DMP pour les PSCS (absence d'accès internet) ;
- une absence d'autonomie des PSCS dans la gestion de leur DMP.

Une étude américaine a décrit l'expérimentation d'un outil informatique pour la prise en charge de ces populations très vulnérables : il s'agit d'un système internet de renseignements médicaux spécifiquement conçu pour améliorer l'accès aux soins et le suivi des jeunes fugeurs et sans-abri, et mis en place dans un centre communautaire qui s'occupait spécifiquement de cette population. Les résultats indiquaient que le programme était acceptable pour ces patients, et que son intégration au fonctionnement d'un tel organisme était faisable [30]. Contrairement à l'opinion observée dans notre enquête où la majorité des médecins doutent des conséquences favorables de l'utilisation du DMP sur l'autonomisation des patients dans la gestion de leur santé, l'article américain soulignait le meilleur engagement des jeunes concernés dans les décisions relatives à leur santé. Il mettait aussi en évidence l'importance de l'accompagnement par les infirmières des structures d'accueil dans la réussite de ce projet. Parmi les adaptations spécifiques à penser pour améliorer l'intérêt et l'utilisabilité du DMP pour la prise en charge des PSCS, il pourrait donc être intéressant de développer un accès au DMP sans carte vitale, discuter le déploiement de cartes vitales pour tous, fournir un accès physique à des points internet, et de proposer un accompagnement à l'accès et l'utilisation du DMP au sein des structures d'accueil des PSCS.

De l'utilité perçue à l'intention d'usage : pistes de travail

Les médecins percevaient majoritairement un intérêt au DMP en termes de qualité et de sécurité des soins (utilité perçue). Une étude qualitative québécoise réalisée en 2009 a montré que l'intention d'usage d'un dossier comparable au DMP (le Dossier de santé du Québec) était favorablement influencée par l'utilité perçue, cette idée ayant déjà été avancée de façon générale par Davis en 1989, concernant l'usage des technologies [31, 32]. Il est intéressant de noter que si une majorité de médecins étaient plutôt enclins, dans notre étude, à utiliser le DMP dans l'avenir (52,5 % de réponses entre 4 et 5/5 à la question relative à l'intention d'usage du DMP dans le contexte précarité), une autre part importante était mitigée (26,3 %). Ces derniers étaient potentiellement enclins à l'utiliser, mais conservaient des réserves sur les fonctionnalités et l'utilisabilité de l'outil. Il est donc nécessaire de bien identifier les attentes des professionnels pour améliorer l'efficacité du DMP et son acceptabilité. La récupération des informations auprès des hôpitaux et de leur service d'urgence a été pointée comme particulièrement problématique dans cette étude. Il paraît indispensable, pour qu'un éventuel projet de dossier informatique partagé puisse être mis en place, que les urgences participent à ce dernier, d'une part devant l'importance des difficultés ressenties, d'autre part devant le constat déjà réalisé de l'importance de la consommation de ces services par les personnes sans chez-soi [10]. Par ailleurs, l'importance des intrications des problématiques sociales et médicales que vivent les PSCS [4] fait poser la question du développement d'un dossier social partagé, associé au DMP : il serait important d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité auprès des usagers, des professionnels de santé et des travailleurs sociaux d'une telle association.

Une autre attente plus générale, mais impérieuse à explorer est l'interopérabilité réelle des applications informatiques du domaine de la santé. En effet, le partage des informations ne restera qu'un vœu pieux tant qu'il impliquera la ressaisie d'informations du dossier hospitalier ou du logiciel de cabinet sur le DMP et réciproquement.

Conclusion

Le DMP était perçu par les médecins généralistes comme un outil utile pour améliorer la prise en charge des personnes sans chez-soi. Mais les MG restaient réservés quant à sa faisabilité, et animés de nombreuses craintes,

majoritairement tournées vers la protection de ces patients considérés comme vulnérables. Son utilisation effective reste conditionnée à l'information des professionnels, à l'adaptation de l'outil au contexte de la grande précarité et à l'optimisation de ses fonctionnalités.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Financements et soutiens

Année recherche durant le troisième cycle des études de médecine (définie par le ministère de l'enseignement et de la recherche, et le ministère de la santé) attribuée au premier auteur (Jego M.) de novembre 2013 à novembre 2014 (Agence Régionale de Santé PACA et Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille), bourse N° M-2013/2014-8.

Références

- Fondation Abbé Pierre. 22^e rapport sur l'état du mal-logement en France en 2017. 2017 p. 430. Disponible sur : <<http://www.fondation-abbe-pierre.fr/22e-rapport-etat-mal-logement-en-france-2017>>.
- Bazus C, Daguzan A, Sambuc R. Projet « Accès aux soins des personnes sans-abri à Marseille », évaluation quantitative du nombre de personnes sans abri sur Marseille en 2011. Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Service de santé publique et d'information médicale, cellule d'évaluation médicale ; 2012.
- Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*. 2003;327(7406):81.
- Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384(9953):1529-40.
- Joyce DP, Limbos M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men: Before and after access to primary health care. *Canadian Family Physician*. 2009;55(11):1110.
- Kushel MB, Gupta R, Gee L, Haas JS. Housing instability and food insecurity as barriers to health care among low-income americans. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(1):71-7.
- Khandor E, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Medicine*. 2011;5(2):e94.
- Canavan R, Barry MM, Matanov A, Barros H, Gabor E, Greacen T, et al. Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:222.
- Hwang SW, Ueng JJM, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, et al. Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons. *Am J Public Health*. 2010;100(8):1454-61.
- Little GF, Watson DP. The homeless in the emergency department: a patient profile. *J Accid Emerg Med*. 1996;13(6):415-7.
- Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. [Difficulties in the management of precarious patients and precarious migrants]. *Santé Publique*. 2015;27(5):679-90.
- Jego M, Grassineau D, Balique H, Loundou A, Sambuc R, Daguzan A, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open*. 2016;6(11):e013610.
- Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998 ;7(4) :352-7.
- Cheng S, Chen C, Hou Y. A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalization : Evidence from a universal coverage health care system. *Arch Intern Med*. 2010 ;170(18) :1671-7.
- Gill JM, Mainous AG, Nseroko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*. 2000 ;9(4) :333-8.
- Dossier Médical Partagé - DMP [Internet]. Disponible sur : <<http://www.dmp.gouv.fr/>>.
- Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé | Legifrance [Internet]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSZ1609256D/jo/texte>>.
- Kierkegaard P. Electronic health record : Wiring Europe's healthcare. *Computer Law & Security Review*. 2011;27(5):503-15.
- Gagneux M. Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé, mission de relance du projet de Dossier médical personnel, recommandations à la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. 2008. Disponible sur : <<http://www.ladocumentation-francaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000279.pdf>>.
- Lasbordes P. Rapport sur le dossier médical personnel (DMP) : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ? (compte rendu de l'audition publique du 30 avril 2009). 2009. Disponible sur : <<https://www.senat.fr/rap/r08-567/r08-567.html>>.
- Manaouil C. Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ? *Médecine & Droit*. 2009;2009(94):24-41.
- Levasseur G, Bataillon R, Samzun J-L, Cuggia M. À propos du dossier médical partagé : une enquête en médecine générale. *Journées Francophones d'Informatique Médicale* ; 2005.
- Hurtaud A, Dépinoy D. Dossier médical personnel : qu'en pensent les médecins ? Une enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims. *Médecine*. 2007;3(6):278-82.
- Cuicheval J, Tramier B. Les médecins libéraux de Picardie et Le Dossier Médical Personnel, 1/3 des médecins donnent leur avis. Lille : URML Picardie ; 2005.
- Enouf S. Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé : enquête auprès des médecins généralistes de la Manche [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Caen Normandie ; 2016.
- Nielsen J. Usability Engineering. Elsevier ; 1994. 377 p.
- Terrade F, Pasquier H, Reerincq-Boulanger J, Guingouain G, Somat A. L'acceptabilité sociale : la prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques. *Le travail humain*. 2010;72(4):383-95.
- Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin ; 2005. 128 p.
- Sicart D, DREES. Les médecins au 1^{er} janvier 2013. Série statistique. 2013;(179).
- Dang MT, Whitney KD, Virata MCD, Binger MM, Miller E. A Web-Based Personal Health Information System for Homeless Youth and Young Adults. *Public Health Nurs*. 2012;29(4):313-9.
- Mezni H, Gagnon MP, Duplantie J. Étude des déterminants individuels de l'adoption du dossier de santé électronique du Québec. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2009;40(2):125-31.
- Davis FD, Bagozzi RP, Warshaw PR. User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*. 1989;35(8):982-1003.

2. Repenser l'organisation du système de soins primaires pour améliorer la santé et les parcours de soins des personnes sans chez-soi : l'apport de la littérature

Cette partie a fait l'objet d'une publication dans la revue **International Journal of Environmental Research and Public Health**, numéro spécial « Health and Health Care for Homeless People in Various Contexts » : **Jego, M.** ; Abcaya, J.; Ştefan, D.-E.; Calvet-Montredon, C.; Gentile, S. **Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review.** Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 309.

Elle a par ailleurs fait l'objet de **trois communications orales** (Congrès de la Médecine Générale de France -CMGF- 2018, European General Practice Research Network -EGPRN- Sarajevo 2018, plénière publications phares Congrès National des Généralistes Enseignants - CNGE- 2018, annexe 4)

2.1. Introduction et contexte

La première partie de cette thèse nous a permis de supposer que la réussite de la prise en charge des personnes sans chez-soi en soins primaires faisait intervenir à la fois des facteurs liés aux personnes elles-mêmes (comportements de recours aux soins, relations aux soins, facteurs liés aux modalités de vie ou survie de ces personnes), mais aussi des facteurs attenants aux médecins généralistes et à l'organisation du système de soins.

Plusieurs études ont montré que l'intégration des soins primaires dans la prise en charge des personnes sans chez-soi améliorait le diagnostic et le traitement des pathologies chroniques, l'expérience des soins de ces patients et réduisait les hospitalisations et recours aux urgences (reflets de modes de recours inappropriés et retards aux soins) (8,128).

Mais le **débat persiste entre proposer des soins dans des filières « spécialisées » pour les personnes sans chez-soi, ou tenter de les ramener vers le droit commun.**

Certaines revues de littérature de qualité ont déjà évalué des interventions visant à améliorer la santé ou l'accès aux soins de santé pour les personnes sans chez-soi (93,143,171,172). Les

interventions présentées dans ces revues restaient cependant peu centrées sur les soins primaires, abordant plus souvent des interventions sociales, ou l'impact du relogement. Par ailleurs, l'absence d'études de qualité publiées concernant des programmes de soins primaires pour les personnes sans chez-soi est responsable d'un nombre très limité d'articles pris en compte dans ces revues. Ces constats font émerger le besoin de mieux comprendre les stratégies et organisations des structures prenant en charge les personnes sans chez-soi. Ces éléments pourront aider la construction d'un modèle d'organisation de soins primaires adapté à la prise en charge des personnes sans chez soi.

2.2. *Résumé de l'article*

Objectif : décrire les principales caractéristiques des programmes de soins primaires qui assurent la prise en charge des personnes sans chez soi et distinguer celles qui apparaissent les plus pertinentes.

Méthode : Cette revue systématique de la littérature a inclus les articles publiés entre le premier Janvier 2012 et le 15 Décembre 2016, décrivant et évaluant des programmes de soins primaires pour les personnes sans chez-soi, en anglais ou en français. Les différentes caractéristiques et composantes de chacun des programmes en soins primaires ont été décrites, puis classées par catégories, à l'instar d'une analyse de contenu descriptive. Secondairement, les principaux effets de ces programmes ont été analysés, et classés en : effets positifs ou négatifs (lorsque des comparaisons étaient réalisées et des tests statistiques montraient des résultats significatifs), ou qui semblaient positifs ou négatifs (lorsque les études utilisaient une méthode qualitative, que l'évaluation ne faisait intervenir que des données descriptives, ou en l'absence de test statistique réalisé lors des analyses comparatives).

Principaux résultats :

Au terme du processus de sélection, 19 articles ont été retenus pour l'analyse. La plupart des articles concernaient des programmes réalisés aux Etats-Unis (12), au Canada (3) et au Royaume Uni (3). Le niveau de preuve des études était majoritairement modéré à faible. Les professionnels de santé étaient principalement des généralistes ou des infirmiers, parfois des dentistes ou des étudiants en médecine. Les résultats évalués concernaient l'accès aux soins, la continuité et la qualité des soins, la représentation des soins chez les sans chez-soi et les professionnels de santé, et les aboutissants sociaux.

La plupart des programmes décrivaient un travail en équipe pluridisciplinaire ou de soins intégrés (c'est à dire une bonne coordination entre les différents acteurs des soins). Les infirmières prenaient une place importante dans ces équipes. Les programmes proposaient souvent dans un même lieu des services de santé physique et mentale, un conseil social et la fourniture de biens de première nécessité. Ils tentaient également de répondre aux besoins spécifiques des personnes sans chez-soi. Dans 12 articles, on retrouvait des méthodes actives pour favoriser l'accès aux soins de ces patients, avec en particulier des stratégies pour « aller vers » ces patients, des modalités d'accès à plus bas seuil (dont la proposition de créneaux sans rendez-vous), ou encore un accueil favorisant le recours avec une meilleure expérience des soins (une atmosphère chaleureuse en particulier).

Concernant les modèles de soins, l'approche centrée patient, l'investissement dans la santé communautaire, et le "care management" qui correspond à un accompagnement renforcé dans la gestion des soins des patients étaient privilégiés.

Certaines caractéristiques de ces programmes étaient associées à des résultats significativement positifs : organisation du soin adaptée spécifiquement à chaque personne, évaluation du statut du logement associée à la prise en charge, accompagnement physique des personnes dans leur parcours de soins, modèles de coordination pluriprofessionnelle comprenant des médecins généralistes et des infirmières cliniciennes avec intégration d'un service social, et investissement dans un projet de santé communautaire. L'expérience des soins et la satisfaction des patients étaient supérieurs dans les programmes plus spécialisés dans la prise en charge des personnes sans chez-soi, lorsque l'atmosphère était chaleureuse ou lorsque des biens de premières nécessité étaient disponibles dans les structures de soins. Plusieurs études ont relevé des limites persistantes de ces programmes, en particulier :

- Une accessibilité qui restait limitée, que ce soit par méconnaissance des dispositifs, ou par capacités d'accueil limitées
- Des difficultés persistantes à inscrire les personnes dans une continuité du suivi, avec des consultations qui pouvaient rester ponctuelles.
- Des difficultés des équipes à développer l'exercice pluridisciplinaire et utiliser les dossiers de santé électroniques partagés.

Discussion et conclusion :

Comme cette revue l'a fait ressortir, et qui était déjà mis en évidence par de précédentes revues de la littérature : les programmes spécialisés dans la prise en charge des personnes sans chez-soi sont plus effectifs, prodiguent des soins plus appropriés, et sont associés à une meilleure expérience des soins des patients.

Cependant ancrer la prise en charge de ces patients dans des structures spécialisées de la précarité présente des limites : d'une part les ressources des structures spécialisées sont parfois insuffisantes pour répondre aux besoins de soins élevés de ces patients; et pour certains auteurs, cette prise en charge filiarisée peut causer un sentiment d'humiliation et réduire le recours aux soins de ces patients. Enfin, il a été argumenté qu'une filière parallèle peut renforcer le sentiment d'exclusion des patients sans chez-soi, et causer la "ghettoisation" de leurs soins. Les auteurs qui ont formulé ces limites ont proposé un meilleur modèle qui combinerait des soins avec des équipes spécialisées de la précarité et des structures de soins primaires classiques. Dans un tel modèle, les patients pourraient voir des praticiens habituels, et pourraient être ré-adressés vers une équipe spécialisée en soutien lors des situations de crise.

Il existe à l'heure actuelle peu de données sur des actions de partenariat entre structures spécialisées et non-spécialisées de la précarité : il serait intéressant de tester ces types de partenariats, formalisant un pont entre structures spécialisées et non spécialisées de la précarité.

Au total, afin d'améliorer la prise en charge des personnes sans chez-soi en soins premiers, plusieurs pistes sont intéressantes : prioriser les approches pluridisciplinaires, les soins de

santé intégrés, ancrer les structures dans la santé communautaire, et adapter la réponse aux besoins spécifiques des personnes sans chez-soi (avec en particulier la mise à disposition de produits de première nécessité, ou encore la proposition d'une aide sociale sur les lieux de soins).

2.3. Article 3 - Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review

Jego, M.; Abcaya, J.; Ştefan, D.-E.; Calvet-Montredon, C.; Gentile, S. *Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 309.



Review

Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review

Maeva Jegou ^{1,2,*} , Julien Abcaya ², Diana-Elena Ștefan ³, Céline Calvet-Montredon ² and Stéphanie Gentile ¹

¹ EA 3279 Research Unit—Public Health, Chronic Diseases and Quality of Life, Faculty of Medicine, Aix-Marseille University, 27 Bd Jean Moulin, 13385 Marseille CEDEX 5, France; StephanieMarie.GENTILE@ap-hm.fr

² Department of General Practice, Faculty of Medicine, Aix-Marseille University, 27 Bd Jean Moulin, 13385 Marseille CEDEX 5, France; abcaya.julien@gmail.com (J.A.); celine.montredon@hotmail.fr (C.C.-M.)

³ Faculty of Medicine, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, 37 Street Dionisie Lupu, Sector 1, 030167 Bucharest, Romania; anaidpopescu@gmail.com

* Correspondence: Maeva.jego@univ-amu.fr; Tel.: +33-0491-324-240

Received: 9 December 2017; Accepted: 7 February 2018; Published: 10 February 2018

Abstract: Background: Homeless people have poorer health status than the general population. They need complex care management, because of associated medical troubles (somatic and psychiatric) and social difficulties. We aimed to describe the main characteristics of the primary care programs that take care of homeless people, and to identify which could be most relevant. Methods: We performed a literature review that included articles which described and evaluated primary care programs for homeless people. Results: Most of the programs presented a team-based approach, multidisciplinary and/or integrated care. They often proposed co-located services between somatic health services, mental health services and social support services. They also tried to answer to the specific needs of homeless people. Some characteristics of these programs were associated with significant positive outcomes: tailored primary care organizations, clinic orientation, multidisciplinary team-based models which included primary care physicians and clinic nurses, integration of social support, and engagement in the community's health. Conclusions: Primary health care programs that aimed at taking care of the homeless people should emphasize a multidisciplinary approach and should consider an integrated (mental, somatic and social) care model.

Keywords: homeless persons; primary health care; access to health care; health services accessibility

1. Introduction

Homelessness has increased during the past 30 years in high-income countries [1]. It is estimated that 4 million people experience homelessness each year in the European Union, and more than 2.5 million in the USA [1]. The European Typology on Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) offers a harmonized definition of homelessness. It considers four conditions: rooflessness (living rough or in emergency shelters), houselessness (people living in shelters, more long-term accommodations or due to being released from institutions), insecure housing, and inadequate housing (for example living in caravans on illegal campsites, living in unfit housing, or extreme overcrowding) [2]. In this definition homelessness reflects precariousness as a dynamic process where the accumulation of health and/or social factors of vulnerability lead at the end to social exclusion. In France, the Foundation Abbé Pierre's 2017 annual report estimated that about 900,000 persons lacked personal housing (living rough, in shelters, in hostels, with their family or their friends, or in inadequate/non-conventional accommodations), and about 4 million were homeless or experienced hard housing conditions [3]. More and more youth, women and families are affected by homelessness in Europe [1,4]. The homeless

population is also ageing with a median age of 50 years in the USA [1]. Homeless people need complex health care, including medical (somatic and mental health care), psychological, and social support. Indeed, they have worse physical and mental health status and suffer from higher mortality than housed people [1,5,6]. Their poor health status is marked by chronic conditions, mental health problems, and substance use problems [7–9]. Prevalence rates for mental disorders go from 30% to more than 60%, and more than 50% of homeless people have concurrent substance addiction and mental disorders [9–11]. However, they face multiple difficulties in accessing primary health care and receive less preventive health care than the general population [12,13]. The encountered barriers can be: the lack of proof of health insurance, difficulties in keeping appointments, a bad experience of care and the fear of discrimination, or competing priorities, such as food and shelter needs [12,14,15]. Homeless people are less likely to have a family doctor, compared to the housed population [16]. Their odds of having a family doctor decrease with time passed on the street [14]. A study led in Marseille (France) showed that when homeless people fell ill, the general practitioner is only the fifth solution to turn to (after doing nothing or going to emergency) [17]. Their health care pathways are marked by high rates of acute health care use (emergency department visits), and inpatient admission to hospital [12]. These barriers of access to health care and the inadequate pathways are seen across many countries, with or without universal health care insurance [18–21]. As a result, homeless people often face acute complications or consult when their health status is already deteriorated.

According to the World Health Organization, primary health care is “essential care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community (. . .) It is the first level of contact of individuals, the family, and the community with the national health system” [22]. Several studies showed that the integration of primary care in the management of homeless people improved the diagnosis and the treatment of chronic diseases, improved the care experience for homeless people, and reduced the emergency and inpatient hospital admissions [23,24]. However, it is necessary to deepen the knowledge about programs in primary care which could be useful for homeless people. Some high-quality literature reviews already evaluated interventions to improve health or access to health care for homeless people [12,25–30]. The interventions presented in these reviews were various and only a few of them described or evaluated primary care organizations or interventions. The lack of high-quality studies led by programs in primary care for homeless people explained why these systematic reviews, which included only moderate and high-quality articles, contain only a few studies that focus on this topic.

In this review we aimed to describe the main characteristics of primary care programs (organizations or interventions) that take care of homeless people, and to identify which could be most relevant for taking care of the homeless people.

2. Materials and Methods

We performed a literature review to identify articles that described and evaluated primary care programs for homeless people.

2.1. Data Sources and Research Strategy

We searched into the MEDLINE, PsycINFO, COCHRANE library, and Cairn.info databases primary articles published between 1 January 2012 and 15 December 2016. The research keywords were: (“homeless”) AND (“primary health care” OR “health services accessibility” OR “general practice” OR “general practitioner” OR “primary care” OR “family physician” OR “family doctor”) on MEDLINE, PsycINFO, and COCHRANE.

“Homeless AND primary health care”, “homeless AND general practice”, “homeless AND primary care”, “homeless AND family physician”, “homeless AND health services accessibility”, “homeless AND general practitioner”, “homeless AND family doctor” or the same terms in French, on cairn.info.

We also performed a grey literature search, and we added relative articles as we read the references of the selected articles.

2.2. Selection Criteria

We selected primary articles which described and evaluated interventions or organizations in primary care, for youth and/or adult homeless people, in English or French. We did not include the review articles, considered as secondary research articles, but we used the references of these reviews to search other pertinent articles.

2.3. Screening

Two reviewers (Jego Maeva and Abcaya Julien) independently screened titles and abstracts, then full texts if the articles were firstly selected. Articles were firstly selected based on title and/or abstract if they were related to homeless people and seemed to describe and evaluate organizations or interventions in primary care for homeless people. A second wave of screening consisted of obtaining full-text articles and reading them from end to end to determine eligibility. Articles were then selected if they provided a sufficient description and evaluated these organizations or interventions. All the disagreements between the 2 reviewers were discussed at each step of the selection. Due to the lack of high-quality articles and comparative methodologies for evaluation, we voluntarily included all articles even if they were not comparative studies or gave few arguments for evaluation (which could be qualitative data, quantitative data, with or without strict comparative schemes).

2.4. Level of Evidence

We chose to include all relevant articles, regardless of their quality assessment, in an exploratory approach. The evidence level of each study included in this review was appraised on the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2008. USPSTF has developed a guide to evaluate studies on clinical preventive services and health promotion, and provide recommendations on these themes [31,32]. The USPSTF uses the following hierarchy of research design:

- I (properly powered and conducted randomized clinical trials/well-conducted systematic review/meta-analysis),
- II-1 (well-designed controlled trial without randomization), II-2 (well-designed cohort or case-control analysis study),
- II-3 (multiple time-series, uncontrolled studies),
- III (opinions, based on clinical experience, descriptive studies or case reports, reports of expert committees).

The USPSTF grades the internal validity of randomized clinical trials, cohort studies, and case control studies on 3-point scales (good, fair and poor), which varies between study designs [33].

2.5. Data Extraction and Evaluation

We collected data about the general characteristics of studies (year, country where the study was performed, the kind of primary care concerned, and the kind of homelessness concerned), the method of studies, the description of the primary care programs, the outcomes for evaluation, and relative results. We separated the primary care programs between organizations (describing primary care structures, or models, taking care for homeless people) and interventions (specific interventions for homeless people led on primary care teams or with primary care providers). We described the main characteristics of the interventions and organizations presented in the selected articles. Then we classified these characteristics in main categories, as a descriptive thematic analysis. Secondly, we synthesized the main results about the evaluation of each intervention or organization. We classified these results as follows:

- Positive or negative effects (when comparisons were performed and statistical tests were available),
- Seem to be positive or negative (when studies used a qualitative method, or descriptive data for evaluation, or a comparison without statistical test was available).

3. Results

3.1. Selection Process and Baseline Characteristics of Eligible Studies

The literature search identified 704 articles, and 2 more articles were added with complementary research. After selection process, this literature review included 19 articles [34–52] (Figure 1).

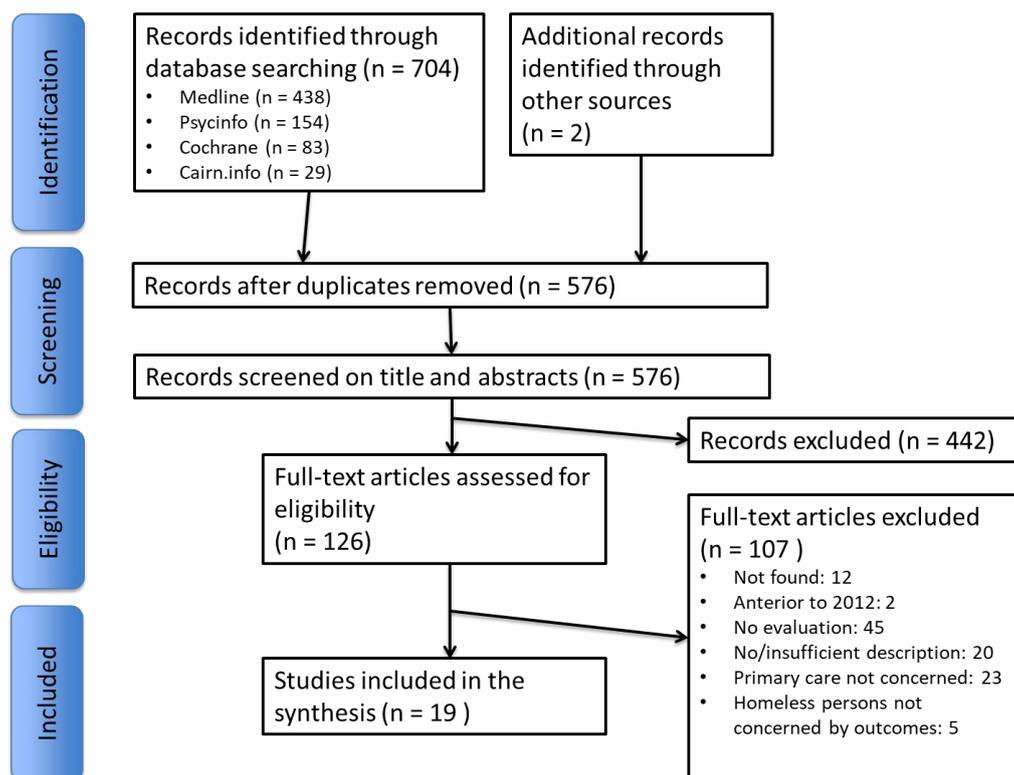


Figure 1. Flow diagram.

Most of the selected articles described and evaluated programs led in the USA (12), Canada (3) or the United Kingdom (2). The sample size ranged from 45 to 3543 patients. The level of evidence according to the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2008 classification was various, going from I (higher level, with 2 randomized controlled trials) to III (lower level, concerning 6 studies, with qualitative studies, or low-quality material for evaluation). The internal validity of the studies was mostly fair and poor. Studies included youth, adult and veterans homeless with or without mental illness or substance abuse. Most of the homeless people lived in the street or in emergency or temporary sheltered accommodations. Primary care providers were mostly general practitioners, or nurses. The other primary care providers considered on the studies were non-specified paramedical providers, dentists and medical students. The target areas of the projects raised the following subjects: connected health, access, continuity and quality of care (care pathway), perception of health care by homeless and provider, social issues (with housing status) and training of medical students (Table 1).

Table 1. General characteristics of included studies.

Reference	Country	Study Type	Effectives and Population (ETHOS ¹ Categories of Homelessness)	Target Areas	Level of Evidence/Validity ²
Dang et al., 2012 [51]	USA	Qualitative study	Effectives: 149 Homeless youth (ETHOS non-specified)	Connected health	III (NC ³)
Uddin et al., 2012 [40]	Bangladesh	Comparative survey (before/after)	Effective: 804 Homeless people (living rough)	Access to health care/health status/experience of care	II-3 (fair)
Simons et al., 2012 [39]	UK	Comparative survey (Here and elsewhere)	Effectives: 350 (150/250 for 2 clinics) Homeless people (living rough, in accommodations for the homeless, temporary or non-conventional structures) + rehoused homeless people	Access to health care/Continuity of care/Health needs meet	II-3 (poor)
Held et al., 2012 [52]	USA	Comparative survey (before/after)	Effectives: 150 People due to be released from institutions (jail)	Social outcomes/access to health care/Community integration	II-2 (fair)
Omori et al., 2012 [43]	USA	Qualitative study	Effectives: unknown Homeless youth/families/adult (living in accommodation for the homeless)	Experience of care/medical training	III (NC)
Weinstein et al., 2013 [47]	USA	Mixed study	Effectives: 183 (quantitative)/11 (qualitative) Homeless people with mental illness (living rough, in a night shelter)	Quality of care/Public health missions accomplishment	III (NC)
Rowan et al., 2013 [34]	Canada	Mixed study	Effectives: 72 (quantitative)/13 (qualitative) Homeless youth (living rough, in a night shelter, in insecure accommodation, in temporary or non-standard structures, unfit housing)	Experience of care/Continuity of care Program assessment	III (NC)
Kertesz et al., 2013 [44]	USA	Comparative survey (5 centres)	Effectives: 601 Homeless people, veterans and not veterans (living rough, in a night shelter, in temporary or non-standard structures)	Experience of care	II-2 (good)
Patel et al., 2013 [37]	USA	Comparative survey (before/after)	Effectives: 47 Homeless veterans (ETHOS non-specified)	Access and continuity of care/care pathway/Housing	II-3 (poor)
O'Toole et al., 2013 [38]	USA	Case—control study + cohort analysis	Effectives: 233 (127 cases/106 controls) Homeless veterans (living rough, in emergency accommodations, in accommodations for the homeless, temporarily with families or friends)	Access to health care/screening	II-2 (fair)
Campbell et al., 2013 [42]	Canada	Qualitative study	Effectives: 45 Homeless people (in accommodation for the homeless)	Experience of care/Access to health care	III (NC)
Carson et al., 2013 [46]	USA	Retrospective study	Effectives: 123 Chronic homelessness and serious mental illness (ETHOS non-specified)	Quality of care	III (poor)
Lamb et al., 2014 [50]	UK	Case study/literature synthesis	Effectives: 86 Homeless people (living rough, in night shelter, in temporary or non-standard structures)	Access to health care/Housing	III (NC)

Table 1. Cont.

Reference	Country	Study Type	Effectives and Population (ETHOS ¹ Categories of Homelessness)	Target Areas	Level of Evidence/Validity ²
Chrystal et al., 2015 [45]	USA	Comparative survey (5 centers)	Effectives: 366 Homeless people with mental illness, veterans and non-veterans (ETHOS non-specified)	Experience of care	II-2 (fair)
O'Toole et al., 2015 [35]	USA	Randomized controlled trial	Effectives: 185 (39, 44, 62, 40 for 4 arms) Homeless veterans (living rough, night shelter, in accommodation for the homeless, or transitional housing)	Access to health care	I (good)
Stergiopoulos et al., 2015 [41]	Canada	Quasi-experimental study	Effectives: 140 (70 in both arms) Homeless with mental illness (living in shelter)	Housing/Social outcomes/Access to health care/quality of care	II-2 (fair)
Upshur et al., 2015 [48]	USA	Randomized controlled trial	Effectives: 82 Homeless women with drinking problems (ETHOS non-specified)	Alcohol abuse/Continuity of care/health status/housing status	I (poor)
Hewett et al., 2016 [49]	UK	Randomized controlled trial	Effectives: 410 (206/204 for 2 arms) Homeless people (living rough, in emergency accommodation, due to be released from institutions/living in temporary or non-conventional structures)	Care pathway/accommodations at discharge/quality of life	I (good)
O'Toole et al., 2016 [36]	USA	Comparative survey (before/after)	Effectives: 3543 Homeless veterans (ETHOS non-specified)	Access to Health care/care pathway	II-2 (fair)

¹ European Typology on Homelessness and Housing Exclusion [2]; ² According to the U.S. Preventive Services Task Force USPSTF 2008 classification (internal validity criteria are available for Randomized clinical trials, cohort studies and case-control studies); ³ NC: not concerned.

3.2. Components of Primary Care Programs for Homeless People

Programs (organizations and interventions) in primary care for homeless people often included various components among organizational aspects, models and actions for health care, strategies for enhancing access and/or continuity of care, and non-medical actions. These programs involved mostly team-based, multidisciplinary and/or integrated care. Paramedical primary care providers (nurse managers or public health nurses) were often involved in the multidisciplinary teams. The primary health care models were dominated by patient-centered approach, community health, and care management. The programs often associated case management and patient support, social management, and proposed on-site basic needs. Many programs proposed co-located services between primary health care services, mental health care services, social support, and/or other services, in various combinations. Outreach strategies and low-threshold access were the most used strategies to enhance access to health care. Some programs used an electronic health record to enhance continuity of health care (Table 2).

3.3. Effectiveness of Primary Care Organizations for Homeless People

We isolated 13 articles which evaluated primary care organizations for homeless people [34,35,37–47] (Table 3). Most of the articles (9) evaluated tailored organizations for homeless people (pluriprofessional clinics, paramedical clinics and shelter-based clinics). Two studies compared pluridisciplinary clinics with different levels of tailoring (from mainstream to tailored care). Two other studies evaluated non-tailored primary care organizations (integrated primary care of patient-centered medical homes) collaborating with a tailored program for homeless people (housing first program). The organizations had mostly positive outcomes, especially on experience and satisfaction of care by homeless, staff and students, social and housing status, access to and use of health care services. Positive effects on experience and satisfaction of care have been described when: the structures were most tailored [43–45], had a friendly atmosphere [34], and offered on-site basic needs [34]. Many studies highlighted favorable outcomes on access to and use of health care [37–42], with an increasing of health care visits, and a better use of health care services (mental, primary health care, and others). For example, in a homeless primary-care-based medical home and in patient-aligned care teams, the number of homeless patient visits increased from 20 (before inclusion) to 185 (after inclusion) for the 47 patients included [37]. However, in one study that evaluated a partnership between a non-tailored patient-centered medical home and a housing first program, the on-site primary care physician was the personal physician for only 70 clients among the 183 housed clients and 50% did not have a known primary care provider [47]. In this study, the primary-care provider from a non-tailored medical home performed on-site visits, on-demand from rehoused patients, and homeless people could choose their primary care provider to be another general practitioner. O'Toole et al. analyzed several Homeless “patient-aligned care teams” [35]. These homeless “patient-aligned care teams” consist of a primary care-based, interdisciplinary team model constructed on the principles of patient centeredness, a team-based, whole-person orientation to longitudinal care, and active communication and coordination among providers. The high-performing sites were significantly more likely to track housing status in the clinic notes, to have more than 50% full-time equivalent staffing of a clinic nurse, to have a primary care provider, to offer social services and supports embedded in the clinic, to offer food assistance or clothes on site, and to participate in community events or provide community outreach.

The impact on care pathways highlighted mostly a reduction of emergency department visits and hospitalizations for some studies [35,36,38], but persistent higher rates of emergency department use for homeless persons compared to persons who have a home were found [38].

The main limits concerned the accessibility of services, a limited capacity to enhance continuity of care, expressed difficulties for the staff to develop multidisciplinary collaboration, and to use electronic health records.

A detailed description of organizations in primary care and their components is available in Supplementary Material (Table S1).

Table 2. Main components of primary care programs (organizations or interventions) for homeless people.

Components of Programs (Refs.)	Nb (%)	Details
Organizational themes		
Multidisciplinary care [34–39,41,46,47,51,52]	11 (56%)	
Team-based approach [35,37–39,41,44–47]	9 (47%)	
Active collaboration among providers [35,37,48]	3 (16%)	Coordination, communication between providers, collaborative care
Integrated care/services [34,36,39,41,43,45–47,50,52]	10 (53%)	Primary care and mental health care; Health care and social care ± housing support; whole integration (primary care, mental health care, social and housing support)
Paramedical primary care [36–38,40,46,49–51]	8 (42%)	Nurses: Case manager, research nurses, public health nurses/others (dental, other paramedics non-specified)
Staff training [35,44,45,48]	4 (21%)	Homeless-focused training, primary care providers training for interventions
Co-located services [34,35,38,39,44,46,52]	7 (37%)	Various combinations with Primary-care; Mental health; Drop-in center; Health care and social ± housing; other: paramedical, family planning, dental . . .
Multi agencies or interprofessional partnerships [34,44,47,49,51]	5 (26%)	Shelters, homeless organizations, medical center, housing first program, public health center, academic center, multi-agencies care plans
Primary care centres linkage [41]	1 (5%)	
Training missions [34,41–43]	4 (21%)	Teaching clinic, linkage with teaching hospital, medical students, dental students, academic linkage
Public health concerns [47,51]	2 (11%)	
Shelter-based care [41,43,46]	3 (16%)	
Hospital in-reach team [49]	1 (5%)	
Models and actions for health care		
Community health [35,39,41,49,52]	5 (26%)	Collaboration with community agencies, integration with community services, linkage
Preventive care and screening [40,43]	2 (11%)	
Care management [35,36,38,40,43,46,48]	7 (37%)	Coordination of care, addressing, intensive care management, linkage to primary or specialized care
Coordinated care [37–43,46,48]	9 (47%)	
Comprehensive care [37,52]	2 (10%)	

Table 2. Cont.

Components of Programs (Refs.)	Nb (%)	Details
Patient-centered approach [35,36,39,47,48,50]	6 (32%)	Patient-centered care, Health assessment, goal setting, whole patient orientation, holistic care, case-based approach, self-management support
Health education for users [36,39,40,43,47]	5 (26%)	
Brief intervention [36,48]	2 (11%)	
Tools for enhanced continuity of care		
Personal card (paper) [40]	1 (5%)	
Electronic health record [38,41,48,51,52]	5 (26%)	Shared or not
Monitoring systems [46]	1 (5%)	
Other non-medical actions		
Case management/patient support [36,37,41,49,50,52]	6 (32%)	including accompaniment
On-site basic needs availability [34–36,38,45]	5 (26%)	
Social management [35,36,38,42,43,46,50]	7 (37%)	Social support with social workers/social management by physician
Well-being actions [43,48]	2 (10%)	Fun events, gifts, wellness counseling
Peer-workers [44,45]	2 (10%)	
Access to care awareness		
Information of users [36,39,40]	3 (16%)	
Low threshold access [35,38,39,42,43,45,52]	7 (37%)	Free care, walk-in, with or without appointments, emergency appointments, open access, on-demand
Outreach [35,39,40,43–45,47,50]	8 (42%)	Active outreach, mobility, outreach within community, street or shelters outreach
Friendly atmosphere [34,40]	2 (11%)	Decorations for local of vans

Table 3. Effectiveness of primary care organizations for homeless people.

Primary Care Organizations	Ref.	Method for Evaluation and main Results
1/Tailored organizations		
Medical and dental primary care (pluriprofessional)	Rowan et al. [34]	<p>Method: qualitative (interviews with providers, focus groups with youth)</p> <p>Seem to be positive (qualitative data):</p> <ul style="list-style-type: none"> – satisfaction by youth (atmosphere, location, free things provided, free care) and staff (perceived role, relation with youth) <p>Seem to be negative (qualitative data):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Staff (difficulties for interdisciplinary collaboration and electronic medical record use) – Youth (limited accessibility of services)
Homeless primary-care-based medical homes and patient-aligned care teams (PCMH-PACT)	O'Toole et al. [35]	<p>Method: compared pre- and post-enrollment (at 6 months) use of health services/stratified site (high/moderate/low performing) then compared their parameters.</p> <p>Seem to be positive (no statistical test):</p> <ul style="list-style-type: none"> – care pathway: at 6 months, ↓ Emergency Department visits from 19%/Hospitalizations from 34.7% <p>Characteristic of high-performing sites: more likely to: track housing status *, have >50% full-time equivalent staffing of a clinic nurse *, have primary care provider *, have social services and supports embedded in the clinic *, offer food assistance on site *, have a clothes pantry *, participate in community events * or community outreach *</p>
	Patel et al. [37]	<p>Method: pre-post evaluation with univariate analyses</p> <p>Positive:</p> <ul style="list-style-type: none"> – social management: ↑ number of appointments with social workers (149 for 27 patients before versus 371 for 36 patients after *) – access to health care: on 47 patients, 185 visits for H PACT after versus 20 before *
	O'Toole et al. [38]	<p>Method: comparison between homeless and non-homeless patients (at baseline and at 6 months)/comparison for homeless people subgroup with pre–post evaluation.</p> <p>Positive:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Use of health care (during first 6 months): mental health services (88% for H PACT versus 43.4% for non-homeless *), substance abuse treatment services (37.8% for H PACT versus 7.5% for non-homeless *) – emergency department use (before/after): ↓ for homeless veterans who accessed primary care at higher rates * or who used specialty and primary care *. <p>Negative: emergency department use higher during first 6 months for H PACT *</p>

Table 3. Cont.

Primary Care Organizations	Ref.	Method for Evaluation and main Results
Dental clinic	Simons et al. [39]	<p>Method: comparison between Mobile dental service (MDS) and dedicated dental service (DDS) (no test)/bivariate analyses to assess the relationship between service use and the overall outcomes of care</p> <p>Seem to be positive:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Access: better for mobile clinic: more rough sleepers accessing the MDS mobile dental service (10%) compared to the DDS (dedicated dental service) (1%). – Efficiency improvement: lost clinical time ↓ between 2009 and 2011 <p>Seem to be negative:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Continuity of care: 36.7% patients lost after the first appointment (more from the MDS than the DDS). Only 27.8% of patients completed a course of treatment.
Paramedics-led clinic	Uddin et al. [40]	<p>Method: mixed-method approach combining both quantitative and qualitative techniques</p> <p>Positive:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Morbidity: ↓ in both models for women and men street-dwellers * – Use of health care services: ↑ in both models for women and men street-dwellers * – Health behaviors/prevention: ↑ family-planning method use in both models * <p>Seem to be positive: perception of street-dwellers and service providers</p>
Shelter-based clinics (collaborative care models)	Stergiopoulos et al. [41]	<p>Method: Multivariate regression models to compare study arms</p> <p>Positive:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Community functioning: scores at 6 months and 12 months higher than at baseline * for shifted outpatient collaborative care model (SOCC) and integrated multidisciplinary collaborative care (IMCC). – Health services utilization: improved, with more effect for SOCC [↓ emergency department visits at 6 and 12 months (Odd Ratio (OR) = 0.51 IC 95% (0.30–0.87) and OR = 0.48 IC 95% (0.26–0.90) * respectively/↓ overnight hospital visits at 6 and 12 months (OR = 0.45 IC 95% (0.26–0.79) and OR = 0.33 IC 95% (0.17–0.63) *, respectively)/↑ Community physician visit in the past 30 days at 12 months (OR = 2.07 IC 95% (1.14–3.74) *]
Shelter-based clinics (Student-run clinic)	Campbell et al. [42]	<p>Method: qualitative (individual and group semi-structured interviews with stakeholders)</p> <p>Seem to be positive: Education purpose/Better relationships perceived/Feeling that students were in a good position to help make referrals to specialists' care (non-client participants)/Increased capacity to access (two more than the physician would see when working without students)/co-location in shelter well perceived</p> <p>Seem to be negative: Access (only for a subset of the homeless population/Limit for providing continuity of care)/Student knowledge and experience as a limit</p>

Table 3. Cont.

Primary Care Organizations	Ref.	Method for Evaluation and main Results
		Method: descriptive and qualitative data (non-specified) Seem to be positive:
	Omori et al. [43]	<ul style="list-style-type: none"> – Patients' benefits: high satisfaction ratings. – Students' benefits: improved clinical skills, improved attitudes towards caring for the homeless, promotion of future volunteerism, increased patient advocacy skills, improved knowledge of systems-based practice principles, resource allocation, cost containment, increased interaction amongst the different levels of medical students, continuity of care with patients as being extremely helpful and rewarding. – Physicians' benefits: positive feeling by working with underserved patients + teaching medical students
2/Tailored compared to mainstream organizations		
Pluriprofessional primary care clinics	Kertez et al. [44]	Method: survey-based comparison Positive for tailored sites: more positive experiences at the tailored non-Veterans Affairs (VA) site than at the 3 mainstream VA sites. Adjusting for patient characteristics, differences remained significant for the relationship and cooperation */Unfavorable experience 1.5 to 2 times more common at the mainstream VA sites compared with the tailored non-VA site *
	Chrystal et al. [45]	Method: survey-based comparison Positive for tailored sites: site of care with tailored sites and Mainstream A (the one with some tailoring) obtained more favorable scores for experience of care (mean = 3.14 in tailored non-VA/3.05 in tailored VA/3.06 in mainstream VA A/2.96 in mainstream VA B/2.93 in mainstream VA C *
3/Non-tailored organizations collaborating with tailored structures		
Integrated health care: Housing first with integrated primary health care	Weinstein et al. [46]	Method: retrospective data, comparison between housing first and integrated care subgroup (no test) Seem to be positive: <ul style="list-style-type: none"> – Quality of care/screening: Receipt of Recommended Quality Assurance Measures (higher in integrated care subgroup compared to Housing first participants, for every categories)
University patient-centered medical home	Weinstein et al. [47]	Method: auto-rating on Likert values Seem to be positive (no comparison): partnership functioning as an integrated person-centered health home. Addressed the public health objectives according to "10 Essential Public Health Services" Seem to be negative (no comparison): The on-site primary care physician was the personal physician for 70 clients on the 183 housed clients; 50% did not have a known PCP

* $p < 0.05$.

3.4. Effectiveness of Primary Care Interventions for Homeless People

We isolated 6 articles that evaluated primary care interventions for homeless people [36,48–52] (Table 4). The first study (Project Renewal) involved an alcohol treatment intervention based on a chronic care model. The project was based on a clinic whose primary care providers (physician assistant and nurse practitioner) deal with homeless people. This project showed some positive elements (initiation, retention, engagement in treatment and positive experience of participants). However, the results were not statistically significant for mental and physical health status and neither for housing and median number of drinks by month [48].

The second study (Pathway project) consisted of a nurse-led and general practice-led in-hospital intervention. This project underscored socio-economic benefits (housing, money, relationship) but had no statistical effect on readmissions, re-attendance at emergency department, duration of hospitalization, drug and alcohol use [49].

The third study (StreetMed) was based on a nurse-led primary health care team. The effects on access to health care, registration with general practitioner, continuity of care, housing, or substance abuse reduction seemed to be positive (but no statistical test was available) [50].

The fourth study evaluated outreach interventions that included personal health assessments and brief interventions, and a clinic/health system orientation separately and in combination. The authors tested whether these interventions would increase health-seeking behavior and receipt of health care, compared to usual care [36]. On the “personal health assessment and brief intervention” arm, a research nurse interviewed participants and then provided feedback and a brief intervention. On the “Clinic orientation” arm, participants were transported to the clinic by the research assistant where they were introduced to the clinic team. Depending on patient preference and team availability, they were shown where they would need to go to check in, what the process was for being seen, as well as additional resources available at the clinic or where ancillary services were located. On the “usual care” arm, homeless people received a social worker-administered assessment of homeless history and social needs, a description of homeless programs’ services, and verbal and written descriptions of clinical services, with instructions on how they could access care, where to go, and what processes and procedures were involved. Only personal health assessment/brief intervention associating clinic orientation, and clinic orientation alone demonstrated significant improvement in access to primary health care at 1 and 6 months.

The fifth study (Health shack project) described an electronic health record model developed for homeless youth. This health record was youth-centered, youth-controlled, internet-based, and confidential. The implementation of this record involved a partnership between a drop-in community agency that provided direct services and shelter to homeless youth, the physicians within an academic medical center, and the software developer. This project was acceptable for the youth and seemed to improve the care behavior of the homeless youth. Some limits of the project were highlighted concerning the lack of continuity of care for the homeless youth and limits on reaching the youth [51].

The sixth study (Jail Inreach project) consisted of integrated health care with primary care providers who collaborate with mental health providers, social workers and case managers. This project highlighted social benefits (decreased incarceration, social follow-up post release), and medical benefits (continuity and access to health care) [52].

More detailed descriptions of interventions are available in supplementary material (Table S1).

Table 4. Effectiveness of interventions in primary care for homeless people.

Interventions	Ref.	Brief Description of Interventions	Method for Evaluation and Main Results
Interventions involving tailored primary care			
Project renewal: alcohol treatment intervention based on chronic care model	Upshur et al. [48]	Homeless clinic with primary care providers (Doctors of Medicine, physician assistants and nurse practitioners)	<p>Method: randomized controlled trial, comparison between average number of drinks with linear regression</p> <p>Positive: initiation, engagement and retention in treatment: $\frac{1}{4}$ of intervention women versus >50% women who did not use this service at 3 months *; 76% group intervention versus 44% in usual care had three or more contacts with any substance use treatment *; 75% versus 47% at 6 months *. Mean of 12.1 total visits (with case manager) versus 6.2 for usual care *.</p> <p>Seem to be positive: experience of participants: Most were positive about the intervention experience (qualitative data).</p>
Pathway project: nurse-led and General Practitioner-led in-hospital intervention	Hewett et al. [49]	Intervention from primary care providers (nurse and general practitioners in hospital)	<p>Method: randomized parallel-arm trial, adjusted regression model for comparison</p> <p>Positive:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Housing: 14.6% of patients in the control arm were street homeless at discharge compared with 3.8% of patients in the intervention arm (odds ratio = 0.14) * – Money: Intervention ↑ score for money (mean 3.85 at baseline versus 5.21 at follow-up) * – Relationship: intervention ↑ score for relationships (mean 4.79 at baseline versus 5.68 at follow-up) *
Streamed: nurse-led team project	Lamb et al. [50]	Nurse-led team primary care project	<p>Method: descriptive data about effectiveness outcomes + case study</p> <p>Seem to be positive (no statistical test/case study):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Access: The number of patients registered with a general practitioner increased from 17 to 48 (on 86 patients), and the percentage of rough sleepers or those without secure accommodation reduced from 68 to 37% (p unknown) – Multiple positive consequences described but on a case study treating about 1 case (joe, 54 years old) (access, continuity, substance abuse reduction, housing project . . .)
Outreach interventions	O'Toole et al. [36]	Outreach interventions	<p>Method: randomized controlled trial, uni- and bivariate analyses for comparison (ANOVA, Cox proportional-hazards regression survival analysis)</p> <p>Positive: access to primary care at 6 months improved only for CO (clinic orientation) and PHA/BI (Personal Health assessment/Brief intervention) +CO (cox regression using usual care as reference):</p> <ul style="list-style-type: none"> – PHA/BI + CO → At 1 month, 77.3% accessed primary care versus 30.6% in usual care arm/ At 6 months, 88.7% accessed primary care versus 37.1% for Usual care, hazard ratio = 3.41 * – CO-only: At 1 month, 50% versus 30.6% in usual care arm/ At 6 months, 80% versus 37.1% in usual care, hazard ratio = 2.64 *

Table 4. Cont.

Interventions	Ref.	Brief Description of Interventions	Method for Evaluation and Main Results
Interventions involving non-tailored primary care but collaborating with tailored structure			
Health shack: web-based personal health information system	Dang et al. [51]	Partnership with a tailored structure drop-in community agency for homeless, the software developer, and physicians within an academic medical center, and the software developer.	<p>Method: descriptive data and mostly qualitative evaluation</p> <p>Seem to be positive (qualitative data):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Acceptability for youth: youth felt positive about enrolling in Health shack and were comfortable using this technology. They denied concerns about confidentiality after meeting with the public health nurses and being informed about confidentiality laws. – Care behavior: many Health shack participants voluntarily returned to see the public health nurses to discuss confidential health issues. <p>Seem to be negative (qualitative data):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Follow-up: loss of contact with some potential enrollees. – Reach: youth referred by Health Ambassadors sometimes did not show up as planned, and attempts to reach youth were unsuccessful
Jail Inreach Project	Held et al. [52]	Integrated health care: primary care providers collaborating with mental health providers and social workers/case managers	<p>Method: comparison with analyses of variance test (univariate)</p> <p>Positive: Outcomes relative with incarceration (county Jail ↓/number of charges per person ↓/total number of average felonies per year ↓/total average misdemeanors ↓)*</p> <p>Seem to be positive (no test): Continuity of care/access: >50% of jail releases referred to the Jail Inreach Project continued with services after returning to the community, VS <33% of releases not participating in the program. 65.7% of the study sample who were approached by a case manager while incarcerated and agreed to participate were linked to community health and social services post release via the Jail Inreach Project.</p>

* $p < 0.05$.

4. Discussion

4.1. Main Results

Primary care programs for homeless people involved mostly team-based, multidisciplinary and/or integrated care. Many programs proposed co-located services between primary health care services, mental health care services, social support, or other services, in various combinations. Most of the programs had strategies to enhance access to health care, dominated by outreach strategies and low threshold access. The primary health care models were dominated by patient-centered approach, community health, comprehensive approach, and care management. The programs often associated case management with patient support and social management, and proposed on-site basic needs. The positive outcomes of these programs concerned mostly the satisfaction obtained by the homeless people through the health care system and the experience that the staff and the students gained. Other frequent positive outcomes were: the change of the social status, the housing status and the access and use of the health care services. The accessibility of services, a limited capacity to enhance continuity of care, the expressed difficulties for the staff to develop multidisciplinary collaboration, and the use of electronic health records were the main limits identified on the programs. The high-performing primary care programs were significantly more likely to track housing status, to include a clinic nurse in staff, to offer on-site social services and basic needs, and to be engaged in the community. Tailored primary care organizations for homeless people led to significant better experience of care for homeless people with or without mental illness, compared to mainstream clinics. Clinic orientation (associated or not with personal health assessment and brief intervention) significantly improved access to health care for homeless people.

4.2. Integrating Care and Non-Medical Services to Face the Complex Needs of Homeless People

In this literature review, each primary health care program combined medical, paramedical and non-medical components in various combinations. The medical components were dominated by multidisciplinary approaches, including team-based approaches, integration of health care, coordination, and active collaboration among providers. In the 2000s, coordinated treatment programs for the management of mental illness and substance abuse disorder showed better health outcomes than usual care alone [25]. Fazel et al. recommended that health services focus on the identification and management of somatic diseases (especially infectious diseases and diseases of old age, considering the ageing of homeless people in the USA), and mental illnesses. They also recommended integration “across medical specialties, particularly with treatment providers for addictions, and also to address unmet social and housing needs” [1]. In a qualitative study led in Marseille regarding general practitioners, maintaining a stable follow-up was a major condition for GPs to contribute effectively to the care of homeless people. This study identified some key answers to improve the continuity of the health care for homeless people: active outreach, individual support, multidisciplinary and team-based approach, and enhanced social management involving closer relations between medical actors and social workers [53]. These elements lead us to conclude that primary health care programs which develop multidisciplinary care as teams, integration of health care between somatic and mental health, and integration between health and social services are more suitable to address homeless patients’ complex needs.

4.3. Resolving the Debate between Tailored and Non-Tailored Programs to Take Care of Homeless People?

Wright et al. described three main frameworks that provide primary health care to homeless people [54]: the first is mainstream general practice (most of the time with a “special interest” on homeless people), the second is a “specialized” general practice that registers only homeless people (tailored programs for homeless people), and the third is primary health care provided for homeless people in hospital secondary care.

As found in this study, the recent literature has shown that tailored programs were more effective, provided more appropriate care and a better experience of care than the standard primary health care [24,44,55], yet many limitations of tailored programs were described in the literature. Firstly, these programs sometimes have insufficient resources to meet such high-level care requirements [56]: this limit concerns mostly non-governmental associations involving volunteer workers. Secondly, for some authors, it can cause a feeling of humiliation, and engender a decreased seeking of care by their patients [57]. Lastly, Lester et al. explained that parallel pathways could reinforce the feeling of exclusion of the homeless, and enhance the ghettoization of their care [58]. Those authors proposed a better model that might combine specialized and mainstream primary care services. In such a model, they recommended that homeless people could register with a specialized homeless practice when they are in crisis. Once their urgent needs have been met, homeless people could then be helped to permanently register within mainstream general practice. This model creates a bridge between separation and integration of tailored and non-tailored services for the homeless. Only 2 programs in this study involved non-tailored primary care collaborations with tailored structures. Even if the results seemed positive, in one study the lack of a primary care registration was highlighted as a limit. The lack of information about non-tailored structures collaborating with tailored structures makes us unable to say for sure that a model with a close collaboration between non-tailored primary care centres and the tailored structures can be a fair transitional solution.

4.4. Other Efficient Interventions Should Be Associated to Primary Care Programs for Homeless People

The literature reviews offered some evidence suggesting that the orientation to clinic services available either alone or combined with the outreach improves the access to primary care providers among adults who are homeless, without serious mental illness, and living in urban centres [12]. Other interventions which do not concern primary care seem to improve access to health care, health status, or housing status for homeless people. An international program that has the main activity of housing the homeless people and associate case management and social support (“Housing first”) improved outcomes for homeless people with serious mental illness [24]. Case management and assertive case management were also identified as being effective in improving psychiatric symptoms, and decreasing substance use for homeless people with substance abuse issues [25]. Improving the global health of homeless people cannot depend only on primary care programs. It should associate other interventions, acting on housing, social support or specific health needs (mental health, substance abuse, for example).

4.5. Strengths and Limitations of This Study

This literature review gives a comprehensive and a deep understanding of the primary care programs developed for homeless people. The other recent literature reviews targeted only the programs evaluated in high-quality quantitative and comparative studies. In these reviews, if the included articles and the review’s method were of high quality, the main and only setback was the low number of articles that could be included [12,24–26]. We then decided to include high- to low-quality studies, and all the types of study (from clinical trial to qualitative studies). As a result of this choice, the internal validity of our results was limited. Indeed, only 3 studies (1 comparative survey and 2 randomized trials) were classified with good internal validity. That is why this literature review gives little evidence over the efficiency of the primary care programs that were designed for homeless people.

We detailed in this review the main components of the primary health care’s interventions and organizations. Nevertheless, the efficiency of the primary care programs for homeless people may also depend on the different systems of health care [59]. It would be interesting to explore how these programs work and what is their impact considering the various global health care systems of each country.

The programs described in this review often involved multidisciplinary partnerships or participative approaches to community care. The studies included also described participatory research

actions, which is the co-construction of research through partnerships between researchers and people affected by and/or responsible for action on the issues under study [60,61]. We did not use terms relative to community-based and/or participative approaches in this review. It would be interesting to explore the field of research for homeless people.

5. Conclusions

The primary care programs included in this literature review used mostly team-based approaches, multidisciplinary and/or integrated care. They often proposed co-located services between somatic, mental health and social support, and they tried to answer the specific needs of homeless people. This review isolated some characteristics that have proven effective: tailored primary care organizations for homeless people, clinic orientation (that improved the access to the health care system for homeless people), multidisciplinary team-based models, including primary care physicians and clinic nurses, integration of social support (housing support, co-located social services, and on-site basic needs availability), and engagement in community health. The majority of the studies described tailored primary care programs; therefore, it is necessary to evaluate more non-tailored primary care programs that collaborate with tailored structures in order to be able to take into discussion the efficiency of such programs.

Supplementary Materials: The following are available online at www.mdpi.com/1660-4601/15/2/309/s1, Table S1. Description of programs in primary care caring for homeless people.

Acknowledgments: The authors thank the Club Marseille Doyen and THERY Didier, president of the “commission du leg Maurice OPOCZYNSKI”, for providing to the first author a prize during year 2015, which helped to have more time to work on this review. The authors also thank Mister Octavian Stefan who contributed to the language editing of this article.

Author Contributions: Maeva Jegou and Stéphanie Gentile conceived and designed the method of this review; Maeva Jegou and Julien Abcaya selected the articles, analyzed the articles included in this review, and classified the data; Maeva Jegou and Julien Abcaya wrote the paper; Stéphanie Gentile contributed to enhancing the analysis and reviewing the paper; Diana-Elena Ștefan contributed to writing and reviewing the paper and language editing; Céline Calvet-Montredon contributed to writing and reviewing the paper.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The founding sponsors had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, and in the decision to publish the results.

References

1. Fazel, S.; Geddes, J.R.; Kushel, M. The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* **2014**, *384*, 1529–1540. [CrossRef]
2. FEANTSA. ETHOS—European Typology of Homelessness and Housing Exclusion [Internet]. 2006. Available online: <http://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion> (accessed on 8 December 2017).
3. Fondation Abbé Pierre. *22e Rapport sur l'état du Mal-Logement en France en 2017*; Fondation Abbé Pierre: Paris, France, 2017; p. 430. (In French)
4. FNARS (Fédération Nationale des Associations D'accueil et de Réinsertion Sociale). *Rapport Annuel du 115, Année 2014* [Internet]. 2014. France. Available online: http://www.federationsolidarite.org/images/stories/barometres/Rapport_annuel_115_-_ann{e}e_2014.pdf (accessed on 9 December 2017). (In French)
5. Kerker, B.D.; Bainbridge, J.; Kennedy, J.; Bennani, Y.; Agerton, T.; Marder, D.; Forgione, L.; Faciano, A.; Thorpe, L.E. A population-based assessment of the health of homeless families in New York City, 2001–2003. *Am. J. Public Health* **2011**, *101*, 546–553. [CrossRef] [PubMed]
6. Baggett, T.P.; Hwang, S.W.; O'Connell, J.J.; Porneala, B.C.; Stringfellow, E.J.; Orav, E.J.; Singer, D.E.; Riqotti, N.A. Mortality among homeless adults in Boston: Shifts in causes of death over a 15-year Period. *JAMA Intern. Med.* **2013**, *173*, 189–195. [CrossRef] [PubMed]

7. Lebrun-Harris, L.A.; Baggett, T.P.; Jenkins, D.M.; Sripipatana, A.; Sharma, R.; Hayashi, A.S.; Daly, C.A.; Ngo-Metzger, Q. Health status and health care experiences among homeless patients in federally supported health centers: Findings from the 2009 patient survey. *Health Serv. Res.* **2013**, *48*, 992–1017. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
8. Schanzer, B.; Dominguez, B.; ShROUT, P.E.; Caton, C.L.M. Homelessness, Health Status, and Health Care Use. *Am. J. Public Health* **2007**, *97*, 464–469. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
9. Nielsen, S.F.; Hjorthøj, C.R.; Erlangsen, A.; Nordentoft, M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *Lancet* **2011**, *377*, 2205–2214. [[CrossRef](#)]
10. Strehlau, V.; Torchalla, I.; Kathy, L.; Schuetz, C.; Krausz, M. Mental health, concurrent disorders, and health care utilization in homeless women. *J. Psychiatr. Pract.* **2012**, *18*, 349–360. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
11. Laporte, A.; Chauvin, P. Samenta: Rapport sur la Santé Mentale et les Addictions Chez les Personnes sans Logement Personnel D’Ile-de-France. Observatoire du Samu Social. 2004, p. 227. Available online: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925> (accessed on 10 February 2018). (In French)
12. Health Quality Ontario. Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review. *Ont. Health Technol. Assess. Ser.* **2016**, *16*, 1–50.
13. McGuire, J.; Gelberg, L.; Blue-Howells, J.; Rosenheck, R.A. Access to primary care for homeless veterans with serious mental illness or substance abuse: A follow-up evaluation of co-located primary care and homeless social services. *Adm. Policy Ment. Health Ment. Health Serv. Res.* **2009**, *36*, 255–264. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. Khandor, E.; Mason, K.; Chambers, C.; Rossiter, K.; Cowan, L.; Hwang, S.W. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: Results from the Street Health survey. *Open Med.* **2011**, *5*, e94. [[PubMed](#)]
15. Kushel, M. The First Step is the Hardest: Overcoming Barriers to Primary Care. *J. Gen. Intern. Med.* **2015**, *30*, 868–869. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
16. Cowan, L.; Hwang, S.; Khandor, E.; Mason, K. *The Street Health Report 2007*; Street Health: Toronto, ON, Canada, 2007.
17. Farnari, C.; Fano, M.; Magnani, C.; Jaffré, Y. Rapport de recherche. Projet TREPSAM (Trajectoire de soins des Personnes Sans-Abri à Marseille), rapport final. Unité mixte internationale N°3189—Environnement, santé, sociétés. 2015. Available online: <http://lassa-org.fr/wp-content/uploads/2012/04/TREPSAM-RapportSynthese-Final.pdf> (accessed on 9 February 2018).
18. Hwang, S.W.; Chambers, C.; Chiu, S.; Katic, M.; Kiss, A.; Redelmeier, D.A.; Levinson, W. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am. J. Public Health* **2013**, *103*, S294–S301. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Bharel, M.; Lin, W.-C.; Zhang, J.; O’Connell, E.; Taube, R.; Clark, R.E. Health care utilization patterns of homeless individuals in Boston: Preparing for Medicaid expansion under the Affordable Care Act. *Am. J. Public Health* **2013**, *103*, S311–S317. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
20. Tsai, J.; Doran, K.M.; Rosenheck, R.A. When health insurance is not a factor: National comparison of homeless and nonhomeless U.S. veterans who use Veterans Affairs Emergency Departments. *Am. J. Public Health* **2013**, *103*, S225–S231. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
21. Hwang, S.W.; Ueng, J.J.M.; Chiu, S.; Kiss, A.; Tolomiczenko, G.; Cowan, L.; Levinson, W.; Redelmeier, D.A. Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons. *Am. J. Public Health* **2010**, *100*, 1454–1461. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
22. World Health Organization & Unicef. *Report of the International Conference on Primary Health Care*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1978; p. 38.
23. Joyce, D.P.; Limbos, M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men: Before and after access to primary health care. *Can. Fam. Physician* **2009**, *55*, 1110–1111. [[PubMed](#)]
24. O’Toole, T.P.; Buckel, L.; Bourgault, C.; Blumen, J.; Redihan, S.G.; Jiang, L.; Friedmann, P. Applying the chronic care model to homeless veterans: Effect of a population approach to primary care on utilization and clinical outcomes. *Am. J. Public Health* **2010**, *100*, 2493–2499. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. Hwang, S.W.; Burns, T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* **2014**, *384*, 1541–1547. [[CrossRef](#)]

26. Hwang, S.W.; Tolomiczenko, G.; Kouyoumdjian, F.G.; Garner, R.E. Interventions to Improve the Health of the Homeless: A Systematic Review. Centre for Reviews and Dissemination (UK), 2005. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK71506/> (accessed on 8 November 2017).
27. Fitzpatrick-Lewis, D.; Ganann, R.; Krishnaratne, S.; Ciliska, D.; Kouyoumdjian, F.; Hwang, S.W. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: A rapid systematic review. *BMC Public Health* **2011**, *11*, 638. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
28. de Vet, R.; van Luijtelaar, M.J.A.; Brilleslijper-Kater, S.N.; Vanderplasschen, W.; Beijersbergen, M.D.; Wolf, J.R.L.M. Effectiveness of case management for homeless persons: A systematic review. *Am. J. Public Health* **2013**, *103*, e13–e26. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
29. Vanderplasschen, W.; Wolf, J.; Rapp, R.C.; Broekaert, E. Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations. *J. Psychoact. Drugs* **2007**, *39*, 81–95. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
30. Perez-Merino, R. Strategies for enhancing the delivery of person-centred care. *Nurs. Stand.* **2014**, *28*, 37–41. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
31. Atkins, D.; Eccles, M.; Flottorp, S.; Guyatt, G.H.; Henry, D.; Hill, S.; Liberati, A.; O’Connell, D.; Oxman, A.D.; Phillips, B.; et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: Critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Serv. Res.* **2004**, *4*, 38. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
32. Harris, R.P.; Helfand, M.; Woolf, S.H.; Lohr, K.N.; Mulrow, C.D.; Teutsch, S.M.; Atkins, D. Current methods of the US Preventive Services Task Force: A review of the process. *Am. J. Prev. Med.* **2001**, *20*, 21–35. [[CrossRef](#)]
33. Agency for Healthcare Research and Quality. *U.S. Preventive Services Task Force Procedure Manual*; Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD, USA, 2008.
34. Rowan, M.S.; Mason, M.; Robitaille, A.; Labrecque, L.; Tocchi, C.L. An innovative medical and dental hygiene clinic for street youth: Results of a process evaluation. *Eval. Progr. Plann.* **2013**, *40*, 10–16. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
35. O’Toole, T.P. Tailoring Care to Vulnerable Populations by Incorporating Social Determinants of Health: The Veterans Health Administration’s “Homeless Patient Aligned Care Team” Program. *Prev. Chronic Dis.* **2016**, *13*. Available online: https://www.cdc.gov/pccd/issues/2016/15_0567.htm (accessed on 27 September 2017).
36. O’Toole, T.P.; Johnson, E.E.; Borgia, M.L.; Rose, J. Tailoring Outreach Efforts to Increase Primary Care Use Among Homeless Veterans: Results of a Randomized Controlled Trial. *J. Gen. Intern. Med.* **2015**, *30*, 886–898. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Patel, B.I. Complex Care Management to Decrease Emergency Department Utilization: A Case Study of the Homeless Patient Aligned Care Team Demonstration Project at VA Greater Los Angeles Healthcare—Escholarship. UCLA, 2013. Available online: <https://escholarship.org/uc/item/1681c184> (accessed on 28 November 2017).
38. O’Toole, T.P.; Bourgault, C.; Johnson, E.E.; Redihan, S.G.; Borgia, M.; Aiello, R.; Kane, V. New to care: Demands on a health system when homeless veterans are enrolled in a medical home model. *Am. J. Public Health* **2013**, *103*, S374–S379. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
39. Simons, D.; Pearson, N.; Movasaghi, Z. Developing dental services for homeless people in East London. *Br. Dent. J.* **2012**, *213*, E11. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
40. Uddin, J.; Koehlmoos, T.P.; Saha, N.C.; Islam, Z.; Khan, I.A.; Quaiyum, M. Strategies for providing healthcare services to street-dwellers in Dhaka city: Evidence from an operations research. *Health Res. Policy Syst.* **2012**, *10*, 19. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
41. Stergiopoulos, V.; Schuler, A.; Nisenbaum, R.; deRuiter, W.; Guimond, T.; Wasylenki, D.; Hoch, J.S.; Hwang, S.W.; Rouleau, K.; Dewa, C. The effectiveness of an integrated collaborative care model vs. a shifted outpatient collaborative care model on community functioning, residential stability, and health service use among homeless adults with mental illness: A quasi-experimental study. *BMC Health Serv. Res.* **2015**, *15*, 348. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
42. Campbell, D.J.; Gibson, K.; O’Neill, B.G.; Thurston, W.E. The role of a student-run clinic in providing primary care for Calgary’s homeless populations: A qualitative study. *BMC Health Serv. Res.* **2013**, *13*, 277. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
43. Omori, J.S.; Riklon, S.; Wong, V.S.; Lee, D.F. The Hawai’i Homeless Outreach and Medical Education Project: Servicing the community and our medical students. *Hawaii J. Med. Public Health* **2012**, *71*, 262–265. [[PubMed](#)]

44. Kertesz, S.G.; Holt, C.L.; Steward, J.L.; Jones, R.N.; Roth, D.L.; Stringfellow, E.; Gordon, A.J.; Kim, T.W.; Austin, E.L.; Henry, S.R.; et al. Comparing Homeless Persons' Care Experiences in Tailored Versus Nontailored Primary Care Programs. *Am. J. Public Health* **2013**, *103*, S331–S339. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
45. Chrystal, J.G.; Glover, D.L.; Young, A.S.; Whelan, F.; Austin, E.L.; Johnson, N.K.; Pollio, D.E.; Holt, C.L.; Stringfellow, E.; Gordon, A.J.; et al. Experience of primary care among homeless individuals with mental health conditions. *PLoS ONE* **2015**, *10*, e0117395. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
46. Weinstein, L.C.; LaNoue, M.; Collins, E.; Henwood, B.F.; Drake, R.E. Health Care Integration for Formerly Homeless People with Serious Mental Illness. *J. Dual Diagn.* **2013**, *9*, 72–77. [[CrossRef](#)]
47. Weinstein, L.C.; Lanoue, M.D.; Plumb, J.D.; King, H.; Stein, B.; Tsemberis, S. A primary care-public health partnership addressing homelessness, serious mental illness, and health disparities. *J. Am. Board Fam. Med.* **2013**, *26*, 279–287. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
48. Upshur, C.; Weinreb, L.; Bharel, M.; Reed, G.; Frisard, C. A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems. *J. Subst. Abus. Treat.* **2015**, *51*, 19–29. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
49. Hewett, N.; Buchman, P.; Musariri, J.; Sargeant, C.; Johnson, P.; Abeysekera, K.; Grant, L.; Oliver, E.A.; Eleftheriades, C.; McCormick, B.; et al. Randomised controlled trial of GP-led in-hospital management of homeless people ('Pathway'). *Clin. Med.* **2016**, *16*, 223–229. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
50. Lamb, V.; Joels, C. Improving access to health care for homeless people. *Nurs. Stand.* **2014**, *29*, 45–51. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
51. Dang, M.T.; Whitney, K.D.; Virata, M.C.D.; Binger, M.M.; Miller, E. A web-based personal health information system for homeless youth and young adults. *Public Health Nurs.* **2012**, *29*, 313–319. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
52. Held, M.L.; Brown, C.A.; Frost, L.E.; Hickey, J.S.; Buck, D.S. Integrated Primary and Behavioral Health Care in Patient-Centered Medical Homes for Jail Releasees with Mental Illness. *Crim. Justice Behav.* **2012**, *39*, 533–551. [[CrossRef](#)]
53. Jego, M.; Grassineau, D.; Balique, H.; Loundou, A.; Sambuc, R.; Daguzan, A.; Gentile, G.; Gentile, S. Improving access and continuity of care for homeless people: How could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open* **2016**, *6*, e013610. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
54. Wright, N.M.; Tompkins, C.N. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br. J. Gen. Pract.* **2006**, *56*, 286–293. [[PubMed](#)]
55. Hanlon, P.; Yeoman, L.; Esiovwa, R.; Gibson, L.; Williamson, A.E.; Mair, F.S.; Lowrie, R. Interventions by healthcare professionals to improve management of physical long-term conditions in adults who are homeless: A systematic review protocol. *BMJ Open* **2017**, *7*, e016756. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
56. Crane, M.; Warnes, A.M. Primary health care services for single homeless people: Defects and opportunities. *Fam. Pract.* **2001**, *18*, 272–276. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
57. Parizot, I.; Chauvin, P. The access to care of underserved populations: A research among free clinics patients in the Paris area. *Rev. Epidemiol. Sante Publique* **2003**, *51*, 577–588. [[PubMed](#)]
58. Lester, H.; Wright, N.; Heath, I. Developments in the provision of primary health care for homeless people. *Br. J. Gen. Pract.* **2002**, *52*, 91–92. [[PubMed](#)]
59. Verlinde, E.; Verdée, T.; Van de Walle, M.; Art, B.; De Maeseneer, J.; Willems, S. Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent. *BMC Health Serv. Res.* **2010**, *10*, 242. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
60. Jagosh, J.; Bush, P.L.; Salsberg, J.; Macaulay, A.C.; Greenhalgh, T.; Wong, G.; Cargo, M.; Green, L.W.; Herbert, C.P.; Pluye, P. A realist evaluation of community-based participatory research: Partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health* **2015**, *15*, 725. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
61. Jagosh, J.; Macaulay, A.C.; Pluye, P.; Salsberg, J.; Bush, P.L.; Henderson, J.; Sirett, E.; Wong, G.; Cargo, M.; Herbert, C.P.; et al. Uncovering the benefits of participatory research: Implications of a realist review for health research and practice. *Milbank Q.* **2012**, *90*, 311–346. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]



3. Représentations et expériences des soins des personnes sans chez-soi : confronter les données auprès des usagers du système de santé

La première partie de ce travail de thèse nous a mené à l'hypothèse que, pour une contribution réussie des médecins généralistes à la prise en charge des personnes sans chez-soi, il était nécessaire de réussir à maintenir une bonne continuité de la relation de soins de ces patients avec leur médecin. La réussite de cette continuité du suivi semblait liée non seulement aux patients (dans leurs relations aux soins, leurs comportements de recours aux soins, les autres priorités qui rythment leur quotidien...), mais aussi aux praticiens eux-mêmes (dans leurs attitudes, leurs représentations vis-à-vis de la grande précarité, les stratégies d'adaptation qu'il peuvent proposer dans la prise en charge de ces patients, ...), et l'organisation des soins (dans les stratégies de facilitation d'accès ou de recours aux soins, ou encore l'organisation des structures de soins premiers, avec le développement de l'exercice pluridisciplinaire, une collaboration médico-sociale de proximité, des stratégies pour « aller vers » ces patients, ou encore l'accompagnement).

La revue de la littérature présentée dans la deuxième partie a permis de confirmer l'importance des éléments organisationnels et de proposer des pistes à privilégier pour réussir à construire une organisation en soins premiers plus efficiente pour la prise en charge des personnes sans chez-soi et permettant un meilleur recours et une meilleure expérience des soins pour ces patients. Il s'agit en particulier de l'exercice pluridisciplinaire, de la possibilité de satisfaire les besoins de première nécessité sur les lieux de soins, de la colocalisation des services sociaux et/ou de santé mentale avec les soins somatiques, de l'implication des lieux de soins dans la santé communautaire, ou encore de stratégies actives pour favoriser l'accès aux soins (aller vers, accompagnement, atmosphère chaleureuse des lieux de soins, plages de consultation sans rendez-vous, ...). Elle a montré par ailleurs que l'expérience des soins de ces patients restait supérieure dans les structures « spécialisées » de la précarité. Elle a soulevé la nécessité d'évaluer des modèles de collaboration entre structures spécialisées et non-spécialistes dans la prise en charge des personnes sans chez-soi.

Il est apparu alors nécessaire de **confronter le point de vue des médecins généralistes et les hypothèses émergentes de la littérature au point de vue des personnes sans chez-soi elles-mêmes**. Ainsi, la troisième partie de ce travail a consisté à retourner au terrain d'étude et explorer les expériences et rapports des personnes sans chez-soi aux soins premiers, pour étayer alors la pertinence des solutions envisagées précédemment.

Comme nous l'avons détaillé dans l'introduction, il existe plusieurs formes d'absence de chez-soi, dont les diverses catégories, allant d'un logement précaire au sans-abrisme, reflètent plus largement le processus de précarisation qui accompagne la vulnérabilité sociale. Cette diversité des situations avait très justement été exprimée par les médecins interviewés lors de la première partie de ce travail (cf page 38).

Dans cette troisième partie, afin d'explorer les spécificités liées aux diverses réalités de vie et situations des patients sans chez-soi, nous nous intéresserons d'abord aux expériences et représentations vis-à-vis des soins premiers des patients migrants bénéficiaires de l'Aide médicale d'état (dont la majeure partie vivaient des situations diverses d'exclusion liée au logement et reflétant un phénomène de précarisation spécifique lié à l'irrégularité de séjour), puis dans un second temps à celles des personnes sans-abri ou sans-logement plus largement.

3.1. Patients bénéficiaires de l'Aide médicale d'état

Cette partie a fait l'objet d'une publication acceptée, à paraître, dans la revue *Exercer* : **Jego M., Touati S., Vergan S., Thery D., Gentile S., Gentile G. Représentations et expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat** (article accepté, à paraître). *Revue Exercer*. Elle a mené à la réalisation d'une thèse de médecine intitulée « PASSAGE : Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire », menée par deux internes en médecine générale (Sébastien Vergan et Stephan Touati), que j'ai dirigée, soutenue le 25 Octobre 2017 (103).

Elle a enfin fait l'objet d'une communication orale au 18^{ème} congrès national du CNGE, Nov 2018 : Touati S., Vergan S., **Jego M.** PASSAGE : Parcours de soins et vécu du suivi par les patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat en médecine générale. (Annexe 5)

1.1.1 Introduction et contexte

La question de la place des migrants dans nos sociétés s'est posée récemment avec une acuité sans égal - à la fois en raison du contexte électoral et aussi de conflits nouveaux qui ont placé les sociétés occidentales face à la question de l'accueil de l'autre (173,174). Écueil pour certains au vivre ensemble, l'hospitalité en question de certains pays (dont la France) interroge les capacités de solidarité de ceux-ci. Les capacités des soignants à accueillir et prendre en charge les populations migrantes constituent en particulier un enjeu majeur. *“L'éthique d'une société peut être évaluée par la manière dont elle traite ses étrangers et la place qu'elle donne à ses malades”* affirmaient ainsi de concert le psychologue Guy Lesoeurs et le pédopsychiatre Taïeb Ferradji (175).

Les trajectoires des migrants correspondent à des réalités multiples (176). Le mot « migrant » renvoie à la notion de « migrant international » telle que définie par l'UNESCO : toute personne vivant temporairement ou de manière permanente dans un pays où il n'est pas né et qui y a développé des liens sociaux conséquents (177). Les migrants bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) vivent un phénomène de précarisation spécifique par leur situation de séjour irrégulière (176). Malgré l'ouverture théorique de droits à la santé, de nombreux obstacles demeurent à l'accès aux soins de ces patients. Ils renoncent fréquemment à se soigner, que ce soit à cause de difficultés économiques, de la priorisation d'autres besoins de base dans une logique de survie, de manque d'information ou incompréhension du dispositif de soins, de la complexité des démarches, ou encore de la peur de la stigmatisation et du contrôle effectué par les administrations(23,178,179). Même s'ils parviennent à dépasser ces barrières, ils sont souvent confrontés à des refus de soins de la part des professionnels de santé (113,180). Les conditions de vie des migrants souvent précaires et les problématiques socio-culturelles auxquelles ces populations sont confrontées accroissent leur vulnérabilité sanitaire, tant sur le plan psychique que physique (176,181). Leur état de santé est ainsi marqué par une surreprésentation de pathologies chroniques, et troubles psychologiques souvent liés à des psycho-traumatismes vécus dans le pays d'origine ou durant le parcours de migration (182,183).

Là aussi, les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge des bénéficiaires de l'AME : à Paris et en Seine-St-Denis, 95% des bénéficiaires de l'AME ont eu recours à des soins de ville et 82% ont eu recours à un médecin généraliste (184). L'exploration du vécu des patients bénéficiaires de l'AME vis-à-vis des soins de premier recours est un point primordial pour travailler sur l'amélioration de leur accès aux soins et à la santé. Pourtant, les représentations des bénéficiaires de l'AME quant à la médecine générale sont mal connues. Certains travaux se sont intéressés au positionnement des médecins généralistes dans leur prise en charge de migrants en situation précaire, ou aux ressentis et attentes des bénéficiaires de l'AME dans les structures dédiées à la prise en charge des migrants (185) ou dans les structures de soins (179), mais peu explorent plus spécifiquement le ressenti de ces patients quant à leur contact avec les soins premiers (71,186).

3.1.2. Résumé de l'article

Objectif

Explorer les expériences de prise en charge en soins premiers des patients migrants bénéficiaires de l'AME. Secondairement, il s'agissait de comprendre les éléments influençant leur recours aux soins premiers, et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste.

Méthodes

Une étude qualitative a été menée auprès de migrants bénéficiaires de l'AME, recrutés par échantillonnage raisonné via leurs médecins généralistes et lors de consultations de Protection Maternelle et Infantile, entre décembre 2016 et avril 2017. Des entretiens semi-dirigés ont exploré les représentations des soins, et attentes des bénéficiaires de l'AME vis-à-vis de leur médecin généraliste. Ils ont fait l'objet d'une analyse de contenu inductive.

Principaux résultats

Au total, 14 patients ont été interviewés. L'irrégularité de séjour, associée à la vulnérabilité sociale et sanitaire de ces patients, façonnaient leurs représentations sur les soins de santé. L'accès aux besoins fondamentaux (soins, logement, éducation, ressources financières) était

la revendication principale des patients interviewés. Il était décrit comme un préalable indispensable à toute amélioration de l'état de santé. L'attestation d'AME était valorisée comme une première étape d'obtention des droits fondamentaux. La situation irrégulière de ces patients induisait un stress chronique et une appréhension du regard de l'autre, qui affectait leur rapport aux soignants. Cette peur omniprésente devenait pour certains un obstacle pour établir un premier contact avec des personnes inconnues, dont les soignants.

Certains patients exprimaient leur méconnaissance du système de soins français qu'ils découvraient. Ils mettaient en avant un tissu social spécifique pour les aider à recourir aux soins. Ce tissu comprenait des liens communautaires (familiaux ou non), des associations ou organisations non **gouvernementales** à vocation médico-psycho-sociale, ou des travailleurs sociaux. Il semblait déterminant dans le premier contact avec les soins premiers.

Les compétences relationnelles des médecins occupaient une place majeure dans les attentes des patients bénéficiaires de l'AME. Les patients estimaient qu'un « bon médecin généraliste » devait :

- avoir une bonne qualité d'écoute ;
- permettre de bâtir une relation privilégiée, basée sur la confiance ;
- faire preuve d'humanisme et de bienveillance ;
- être disponible et attentif ;
- savoir conseiller, guider les patients.

Les compétences cliniques du médecin généraliste faisaient également partie des attentes exprimées par les patients interrogés mais n'apparaissaient qu'au second plan. Le médecin généraliste devait, pour certains, adapter sa pratique en tenant compte du contexte social des patients.

Les patients interviewés étaient plutôt bien insérés dans un parcours de soins. La place centrale du MG au sein du parcours de soins des migrants bénéficiaires de l'AME était bien identifiée, comparable au rôle pivot du médecin traitant au sein du parcours de soins coordonnés.

Discussion et conclusion

Dans cette étude, la situation irrégulière modifiait le parcours de soins et l'accès à la santé. Le MG devenait un acteur de cohésion médico-sociale pour le patient en situation irrégulière. La spécificité dans cette étude était l'importance du « tissu social spécifique » dans le recours aux soins des bénéficiaires de l'AME.

Cette étude a montré par ailleurs la vision contrastée de l'AME chez ses bénéficiaires. Bien que valorisé (porteur de droits médico-sociaux, satisfaction dans la gratuité des soins), ce dispositif représentait pour eux un outil insuffisant, stigmatisant, et l'exclusion sociale dont ils se disaient victimes dominait le ressenti des soins, avec des conséquences néfastes sur l'accès à la santé. De même, alors que les patients de cette étude intégraient spontanément la réalité d'un parcours de soins coordonné au centre duquel se trouvait leur médecin référent, le dispositif actuel ne leur permet ni de bénéficier d'un médecin traitant, ni de bénéficier d'un dossier médical partagé qui se veut un outil du renforcement de la qualité de la coordination des soins. Dans une thèse menée en Gironde entre 2017 et 2018 auprès de médecins généralistes, les entretiens qualitatifs ont fait ressortir les interrogations et la déception des médecins quant à l'impossibilité pour ces patients de bénéficier du parcours médecin traitant (187). Ancrer ces patients dans un véritable parcours médecin traitant, et leur permettre un accès au DMP comme aux autres assurés sociaux est une autre piste pour offrir un accès aux soins répondant à leurs représentations mais aussi diminuer la stigmatisation qu'ils ressentent dans leur parcours dans l'accès aux soins. Si l'absence d'ancrage dans le parcours médecin traitant est argumenté par le caractère temporaire théorique du séjour en France de ces patients, la réalité de leurs durées de séjour est toute autre (dans une enquête réalisée en 2007 en Ile-De-France, un tiers des bénéficiaires de l'AME déclaraient une ancienneté de séjour en France entre 5 et 9 ans (179)), et la pertinence pratique de ce parcours gagnerait à être évaluée.

La carte Vitale, et donc le statut d'assuré social dans le parcours de soins coordonnés, paraissait pour les patients interviewés déterminante pour un accès optimal aux soins primaires et une relation médecin-patient de meilleure qualité, avec notamment le droit de choisir un médecin traitant.

D'après notre étude et l'expérience des associations à vocation médico-psycho-sociale (COMEDE, Médecin Du Monde,...), l'information orale, de vive voix, individuelle et adaptée semble d'une efficacité supérieure à la simple disposition de documents écrits d'informations sur l'accès aux droits et à la santé, pour les migrants en situation irrégulière. L'enquête SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures sociales) a permis d'explorer plus en détail les liens entre le soutien social et le recours aux soins chez les patients précarisés (188). Les auteurs ont constaté que les personnes ayant un soutien social fort ont deux fois plus recours aux soins ambulatoires que celles ayant un soutien social faible. Dans ce cadre, il convient de développer les moyens d'accès aux droits fondamentaux en renforçant les dispositifs publics, associatifs et communautaires existants. D'autres études pourraient consolider l'importance du dialogue en face à face avec le demandeur d'aide en question, victime de processus de précarisation et d'exclusion.

Dans cette étude, les compétences relationnelles étaient privilégiées sur les compétences cliniques. Ces résultats contrastent avec les précédentes études auprès des populations précaires qui retrouvaient des attentes relationnelles et cliniques de niveau équivalent, sans attentes relationnelles supplémentaires induites par la précarité (189,190), et encore plus avec les études en population générale où les attentes portées sur les compétences cliniques semblent plus fortes que les attentes relationnelles (191). L'attitude du médecin traitant apparaît être un levier dans la construction de la relation de soins avec ces patients. Des moyens organisationnels de déstigmatiser l'accès aux soins des patients migrants pourraient aussi aider à une acquisition plus précoce de ce sentiment de légitimité : l'accès à une carte vitale, qui a été revendiquée par certains patients désireux de légitimité, est une piste. La fusion de l'AME et de la Protection Universelle Maladie, revendiquée par les associations qui défendent les patients les plus précaires depuis de nombreuses années (192), a déjà été recommandée par l'IGAS, ou le conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (193,194).

En conclusion, permettre l'accès aux soins et l'ancrage en soins premiers des patients migrants bénéficiaires de l'AME nécessite un **maillage médico-social fort. L'approche centrée-patient,**

intégrant la prise en compte de leur condition sociale, et favorisant une relation médecin-patient de qualité, apparaît justifiée pour améliorer l'expérience des soins de ces patients.

3.1.3. Article 4 - Représentations et expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (version accepté)

Jego M., Touati S., Vergan S., Thery D., Gentile S., Gentile G. Représentations et expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (Article accepté, à paraître). Revue Exerçer.

1 Représentations et expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'Aide médicale
2 de l'état

3

4

5 Auteurs

6 JEGO Maeva^{1 2}, TOUATI Stéphan¹, VERGAN Sébastien¹, THERY Didier¹, GENTILE Stéphanie²,
7 GENTILE Gaetan¹³

8 ¹Département universitaire de médecine générale – Faculté des sciences médicales et paramédicales
9 – 13885 Marseille, Aix Marseille Université – France.

10 ²Aix Marseille Université – CERESS (Centre d'études et de recherche sur les services de santé et la
11 qualité de vie), EA3279 – 13385 Marseille – France.

12 ³ Aix Marseille Université, Institut des Neurosciences des Systèmes, INSERM 1106 – France

13 Contact:

14 Maeva Jego : maeva.jego@univ-amu.fr

15 Département universitaire de médecine générale, Faculté des sciences médicales et paramédicales,
16 27 bd Jean Moulin - 13385 Marseille cedex 5

17 Les auteurs ne déclarent pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec l'étude.

18 Mots clés : Médecin généraliste, Aide médicale de l'état, migrants, parcours de soins

19 Mesh : general practice, primary care, transients and migrants, access to health care

20 Nombre de signes : 29944

21

22 **Résumé**

23 Contexte : Les migrants en situation irrégulière ont un état de santé dégradé par rapport à la population
24 générale. Malgré le dispositif d'Aide médicale de l'état (AME) permettant le remboursement de leurs
25 soins de santé, ils font face à de multiples barrières à l'accès aux soins.

26 Objectif : Explorer les représentations et expériences des soins premiers des migrants bénéficiaires de
27 l'AME.

28 Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de migrants bénéficiaires de l'AME, recrutés par
29 échantillonnage raisonné via leurs médecins généralistes et lors de consultations de Protection
30 Maternelle et Infantile, entre décembre 2016 et avril 2017. Des entretiens semi-dirigés ont exploré les
31 représentations des soins, et attentes des bénéficiaires de l'AME vis-à-vis de leur médecin généraliste
32 (MG). Ils ont fait l'objet d'une analyse de contenu inductive.

33 Résultats : Au total, 14 patients ont été interviewés. L'irrégularité de séjour, associée à la vulnérabilité
34 sociale et sanitaire de ces patients, façonnaient leurs représentations sur les soins de santé. Le recours
35 aux soins premiers dépendait de la qualité du tissu social spécifique (associations, liens
36 communautaires, travailleurs sociaux) sur lequel s'appuyaient ces patients. Les patients attendaient du
37 MG des compétences principalement relationnelles et attendaient une prise en charge adaptée à leur
38 contexte social. Bien que théoriquement non concernés par le parcours médecin traitant, ils identifiaient
39 souvent ou souhaitaient pouvoir identifier leur MG comme « médecin traitant ».

40 Conclusion : Le tissu social spécifique des migrants bénéficiaires de l'AME est déterminant dans leur
41 recours aux soins premiers. L'approche centrée-patient, intégrant la prise en compte de leur condition
42 sociale, et favorisant une relation médecin-patient de qualité, est un positionnement particulièrement
43 nécessaire pour améliorer l'expérience des soins de ces patients.

44

45

46

47 **Abstract**

48 Background : Illegal migrants suffer from lower health condition compared to the general population.
49 Despite social insurance has been developed in France to give them a theoretical access to health care
50 (« Aide médicale de l'état », AME), they still face barriers for accessing health care.

51 Objective : this study aimed to explore illegal migrants' views about health care and their experiences
52 in primary care.

53 Method : we led a qualitative study on illegal migrants who benefited from AME. We recruited them by
54 reasoned sampling via their general practitioners and during maternal and child protection's
55 consultations, between December 2016 and April 2017. Semi-structured interviews explored the
56 patients' views about health care, and their expectations for their general practitioner. An inductive
57 content analysis was performed on the interviews.

58 Results : 14 patients were interviewed. The illegal status, associated with their social and health
59 vulnerability shaped their views about health care. They accessed primary health care through a specific
60 social network (comprising associations, community links, and social workers). They had mainly
61 relational expectations about their general practitioner. They raised the importance that their doctor
62 adapted his care to their social context. They often identified or wished to have a «family doctor».

63 Conclusion : illegal migrants' social links influence their use of primary health care. It is necessary to
64 take into account their views about care and their expectations towards primary care physicians to
65 propose an adapted and effective care in a whole patient-centered approach.

66

67 **Introduction**

68 La question de la place des migrants dans nos sociétés s'est posée récemment dans un contexte de
69 conflits nouveaux qui ont placé les sociétés occidentales face à la question de l'accueil de l'autre^{1,2}. Les
70 capacités des soignants à accueillir et prendre en charge les populations migrantes constituent un enjeu
71 majeur : « *l'éthique d'une société peut être évaluée par la manière dont elle traite ses étrangers et la*
72 *place qu'elle donne à ses malades* »³. Les conditions de vie des migrants souvent précaires et les
73 problématiques socio-culturelles auxquelles ces populations sont confrontées accroissent leur
74 vulnérabilité sanitaire, tant sur le plan psychique que physique^{4,5}. Leur état de santé est ainsi marqué
75 par une surreprésentation de pathologies chroniques, et troubles psychologiques souvent liés à des
76 psycho-traumatismes vécus dans le pays d'origine ou durant le parcours de migration^{6,7}.

77 Héritière de l'aide sociale pour la santé, l'Aide médicale de l'état (AME) assure la prise en charge des
78 soins des étrangers en situation irrégulière pouvant prouver leur résidence de manière stable en France
79 depuis au moins trois mois, sous certaines conditions de ressources⁸. Les migrants bénéficiaires de
80 l'AME vivent un phénomène de précarisation spécifique par leur situation de séjour irrégulière⁵. Malgré
81 l'ouverture théorique de droits à la santé, de nombreux obstacles demeurent à l'accès aux soins de ces
82 patients. Ils renoncent fréquemment à se soigner, que ce soit à cause de difficultés économiques, de la
83 priorisation d'autres besoins de base dans une logique de survie, de manque d'information ou
84 incompréhension du dispositif de soins, de la complexité des démarches, ou encore de la peur de la
85 stigmatisation et du contrôle effectué par les administrations⁹⁻¹¹. S'ils parviennent à dépasser ces
86 barrières, ils sont souvent confrontés à des refus de soins de la part des professionnels de santé^{12,13}.

87 Les médecins généralistes (MG) sont en première ligne dans la prise en charge des bénéficiaires de
88 l'AME : à Paris et en Seine-St-Denis, 95% des bénéficiaires de l'AME ont eu recours à des soins de
89 ville et 82% ont eu recours à un MG¹⁴. Certains travaux se sont intéressés au positionnement des MG
90 dans leur prise en charge de migrants en situation précaire, mais peu explorent plus spécifiquement le
91 ressenti de ces patients quant à leur contact avec les soins premiers^{15,16}.

92 L'objectif de cette étude était d'explorer les expériences de prise en charge en soins premiers des
93 patients migrants bénéficiaires de l'AME. Secondairement, il s'agissait de comprendre les éléments
94 influençant leur recours aux soins premiers, et leurs attentes vis-à-vis du MG.

95 **Méthodes**

96 Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée de Décembre 2016 à Avril 2017 auprès
97 de migrants bénéficiaires de l'AME.

98 **Population et échantillonnage**

99 Les patients migrants bénéficiaires d'une AME en cours de validité, âgés de plus de 18 ans,
100 francophones (ou éventuellement accompagnés d'un tiers francophone), et ayant déjà consulté un MG,
101 ont été inclus selon une méthode d'échantillonnage raisonné en variation maximale. La diversité était

102 recherchée sur les critères d'âge, de sexe, d'ancienneté de présence en France, et d'ancienneté du
103 bénéfice de l'AME. Les patients ont d'abord été recrutés via des MG exerçant sur Marseille, contactés
104 via les pages jaunes dans des arrondissements variés. Ils ont ensuite été recrutés à la Protection
105 maternelle et infantile (PMI), lieu de travail des deux enquêteurs à cette période, au fil de leurs
106 consultations. D'autres patients devaient être recrutés au sein de la Permanence d'accès aux soins et
107 à la santé (PASS), lorsqu'ils y retournaient après avoir eu un contact avec la médecine générale
108 ambulatoire.

109 **Recueil des données**

110 Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés en face à face par deux enquêteurs. Ils ont été
111 privilégiés aux entretiens collectifs pour favoriser la confidentialité, la confiance et la qualité de l'échange
112 devant les situations de vulnérabilité de ces patients. Ils ont exploré leurs représentations vis-à-vis des
113 soins, leurs modalités de recours aux soins premiers et leurs attentes vis à vis du MG (guide d'entretien
114 disponible en annexe). Ils ont été enregistrés puis intégralement retranscrits. Un « entretien test » a été
115 réalisé au préalable, qui a permis d'adapter le guide d'entretien. Le guide a évolué au fur et à mesure
116 des entretiens. Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données (entendue comme
117 l'absence d'émergence de nouvelle information concernant la thématique étudiée) et vérification de
118 cette suffisance par un entretien complémentaire.

119 **Analyses**

120 Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu inductive afin de permettre l'émergence
121 d'hypothèses dans une approche compréhensive^{17,18}. L'analyse a débuté par un codage ouvert
122 permettant de définir des thèmes puis des catégories à partir des expériences propres des personnes
123 interviewées. Un codage axial a ensuite été mené, aboutissant à la mise en évidence des liens et
124 interactions entre les différentes catégories. Une grille d'analyse a été créée à l'aide du logiciel Excel® ;
125 elle a constamment évolué durant le processus d'analyse. La triangulation de l'analyse été menée de
126 façon permanente par les 2 enquêteurs, et a été associée à une intervention du directeur de recherche
127 dans les différentes étapes du processus d'analyse.

128 **Questions éthiques**

129 Avant chaque entretien, la signature du consentement écrit et la remise de la lettre d'information
130 préalable ont été vérifiées. L'étude a obtenu l'accord du Comité d'Éthique d'Aix-Marseille Université
131 (numéro 2016-28-09-01). Elle a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (numéro 2015434v0).

132 **Résultats**

133 Au total, 14 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. La suffisance des données a été obtenue au bout
134 du 13ème entretien, vérifiée par le 14ème. La durée moyenne des enregistrements était de 30 minutes.
135 La plupart des patients interviewés étaient des femmes, recrutées via des consultations en centre de
136 PMI. Les tranches d'âge et l'ancienneté de présence en France étaient variées. Tous étaient

137 francophones sauf une patiente qui parlait insuffisamment bien le français. Elle a pu être incluse car
138 accompagnée de son mari francophone qui assurait la traduction lors de l'entretien. Seule une patiente
139 a évoqué une pathologie chronique. Aucun patient n'a pu être recruté via la PASS. La condition de
140 grossesse des femmes recrutées en PMI était souvent associée à la question du suivi. Seuls cinq
141 patients bénéficiaient d'un logement personnel (Tableau 1).

142 **Des représentations des soins et un parcours façonnés par la condition sociale**

143 L'accès aux besoins fondamentaux (soins, logement, éducation, ressources financières) était la
144 revendication principale des patients interviewés. Il était décrit comme un préalable indispensable à
145 toute amélioration de l'état de santé. L'attestation d'AME était valorisée comme une première étape
146 d'obtention des droits fondamentaux. Désireux de légitimité, les patients mettaient en avant les droits
147 ouverts par l'AME et en retrait les soins effectifs dont ils bénéficiaient.

148 *« Ça [n'est] pas facile de rester comme ça... 5 ans [dans l'attente d'une régularisation]. C'est ça le*
149 *premier [problème], la santé [...]. L'assistante sociale, pour la santé, comment on va faire pour... trouver*
150 *des solutions pour [...] pour vivre ici. [...] Parce qu'ici, il faut des papiers »* (Patiente E).

151 La situation irrégulière de ces patients induisait un stress chronique et une appréhension du regard de
152 l'autre, qui affectait leur rapport aux soignants. Cette peur omniprésente devenait pour certains un
153 obstacle pour établir un premier contact avec des personnes inconnues, dont les soignants.

154 *« Même quand je marche j'ai peur... [...] Je [ne] sais pas comment... quand tu n'as pas de papier, tu*
155 *as peur. [...] Même quand vous m'avez appelé... j'ai [eu] peur »* (Patiente F).

156 Cette insécurité administrative pouvait mener à renoncer aux soins (par honte ou peur). La patiente A
157 livrait au cours de l'entretien ses rapports avec le système de santé et la médecine générale à travers
158 son parcours de soins. Très émue, elle ajoutait à l'isolement et l'exclusion sociale un ressenti
159 d'humiliation et de honte, qu'elle associait à son irrégularité de séjour. Ces différentes représentations
160 avaient conduit à un renoncement aux soins, qu'elle avouait à demi-mot : *« Parce qu'à des moments*
161 *j'ai été malade, je suis restée à la maison, je [ne] bouge pas [...] J'ai honte aussi »*.

162 Ce ressenti de discrimination était exprimé dans le cadre de l'accès à la santé par l'absence du droit à
163 la carte Vitale.

164 *« Je suis sûr que c'est [mieux] si j'ai la carte Vitale. Parce qu'il y a certaines choses qu'il faut payer. [...]*
165 *Avec [l'] AME [et la situation irrégulière], je ne travaille pas, [...] je [ne] vais pas à la consultation parce*
166 *que ça [ne] marche pas, il faut payer quand même, donc pas la peine... j'attends »* (Patiente C).

167 **Favoriser la rencontre avec le médecin généraliste : l'importance du « tissu social spécifique »**

168 Certains patients exprimaient leur méconnaissance du système de soins français qu'ils découvraient.

169 « Y'avait un gars, il m'a amené chez lui [le MG] mais moi [je ne] connais pas comme je viens, je rentre
170 ici en France, je [ne] connais personne [...] comme disent les gens « [je suis] tombé [d'une autre]
171 planète » (Patient K).

172 Ils mettaient en avant un tissu social spécifique pour les aider à recourir aux soins (figure 1). Ce tissu
173 comprenait des liens communautaires (familiaux ou non), des associations ou organisations non
174 gouvernementales à vocation médico-psycho-sociale, ou des travailleurs sociaux. Il semblait
175 déterminant dans le premier contact avec les soins premiers.

176 « C'est l'association seulement parce que quand [je suis] rentré pour le premier dossier [...] [je suis]
177 parti à l'association qui m'a aidé, elle m'a guidé » (Patient M). / « Parce que [à la question « comment
178 avez-vous connu ce médecin ? ») ... J'étais avec des amis qui connaissent le médecin » (Patiente E).

179 Dans cette étude, l'intérêt potentiel d'un guide d'information sur l'AME a été évalué. Bien que perçue
180 comme une aide supplémentaire pour appréhender le fonctionnement du système de santé français,
181 l'aide directe par une personne physique était davantage valorisée que le guide manuscrit. L'aide directe
182 était considérée essentielle en faisant reculer le sentiment de peur omniprésent et en apportant une
183 bienveillance absente dans un guide d'information. Elle était également privilégiée car elle renforçait le
184 soutien social dans un contexte d'exclusion.

185 **Représentations et attentes des bénéficiaires de l'AME vis-à-vis du généraliste (figure 2)**

186 Les compétences relationnelles des médecins occupaient une place majeure dans les attentes des
187 patients bénéficiaires de l'AME. Les patients estimaient qu'un « bon MG » devait :

- 188 - avoir une bonne qualité d'écoute : « un bon médecin généraliste, c'est le médecin qui écoute et
189 qui fait tout pour que les patients soient en confiance, et qui prend le temps d'écouter les
190 difficultés qui arrivent » (Patiente A).
- 191 - permettre de bâtir une relation privilégiée, basée sur la confiance : « j'ai eu peur (rires crispés)
192 au début, et... [...] à ce moment-là, et il m'a tout de suite rassurée » (Patiente A).
- 193 - faire preuve d'humanisme et de bienveillance : « Il y a des médecins, quand tu rentres, [...] si
194 tu n'as pas de papier, ils ne te regardent même pas. Mais lui non, ça va. Moi qui n'ai pas de
195 papier, il m'examine » (Patiente F).
- 196 - être disponible et attentif : « un bon médecin généraliste, c'est celui qui prend le temps de
197 t'examiner [...] il prend le temps de te comprendre » (Patiente N).
- 198 - savoir conseiller, guider les patients : « elle m'écoute, je vois même quand elle voit que j'ai des
199 problèmes elle me conseille, [...] Amour, je peux dire comme ça parce qu'une fois, l'amour, il y
200 a des relations avec la santé, et du coup elle est là, elle m'écoute, elle me conseille » (Patiente
201 B).

202

203 Les compétences cliniques du MG faisaient également partie des attentes exprimées par les patients
204 interrogés mais n'apparaissaient qu'au second plan. Le MG devait pour certains, adapter sa pratique
205 en tenant compte du contexte social des patients. Il était par exemple apprécié qu'il tienne compte des

206 paniers de soins remboursés par l'AME dans ses prescriptions. Des niveaux différents d'exigence dans
207 le soin ont été identifiés à travers ces entretiens. Certains critères (choix du MG par proximité
208 géographique, satisfaction dans la gratuité des soins) traduisaient une exigence moindre dans le soin.
209 L'exigence des patients envers le MG semblait croître avec l'ancienneté de présence en France, ce qui
210 pouvait révéler un sentiment de légitimité de présence en France malgré l'irrégularité de séjour.

211 **Parcours de soins et place du MG**

212 Les patients interviewés étaient plutôt bien insérés dans un parcours de soins. Certains patients
213 identifiaient un médecin comme leur médecin traitant, permettant la constitution d'un parcours de soins
214 semblable à celui des assurés sociaux.

215 *« Il m'a enregistrée comme médecin traitant parce que quand j'ai eu ma grossesse, je me suis
216 renseignée avec des collègues. Ils ont dit que c'est mieux [d'avoir] un médecin traitant [...] Donc je suis
217 allée chez le médecin et je lui ai dit je [veux] que tu me declares [comme] médecin traitant »* (Patiente
218 I).

219 Le discours de patients dépourvus de médecin traitant identifié comme tel traduisait un attachement à
220 cette notion de « médecin traitant » et une demande de pouvoir en bénéficier.

221 *« Si je choisis un médecin, je le trouve bien, j'aimerais bien continuer avec lui, chaque consultation il
222 me prend, il prend son temps [pour] me soigner, me parler, ça j'aimerais bien continuer avec lui »*
223 (Patiente G).

224 La place centrale du MG au sein du parcours de soins des migrants bénéficiaires de l'AME était bien
225 identifiée, comparable au rôle pivot du médecin traitant au sein du parcours de soins coordonnés :

226 *« C'est lui qui va diriger s'il y a une maladie, voir un spécialiste ou pas. C'est le rôle principal. C'est lui,
227 on va dire, la racine »* (Patiente L).

228 L'identification d'un MG référent semblait également caractériser de nombreux patients interrogés, qui
229 définissaient rapidement le MG les accompagnant dans le soin comme tel. Un MG choisit comme
230 médecin référent pouvait être identifié comme un véritable médecin de famille.

231 **Discussion**

232 **Résultats principaux**

233 Dans cette étude, l'irrégularité de séjour façonnait les représentations des bénéficiaires de l'AME sur
234 les soins de santé. Plus que la satisfaction des besoins de base et liés à la survie, la question de
235 l'acquisition de droits légitimes à la santé et de la régularisation devenait prioritaire par rapport à la
236 question de la santé. Le « tissu social spécifique », sur lequel s'appuyaient les bénéficiaires de l'AME
237 rencontrés, semblait déterminant pour leur accès aux soins premiers. Le MG était positionné au centre
238 du parcours de soins. Bien que théoriquement non concernés par le parcours médecin traitant, les
239 patients migrants bénéficiaires de l'AME identifiaient souvent leur médecin comme un médecin traitant.

240 Ils attendaient de leur MG principalement des compétences relationnelles : écoute, humanisme,
241 bienveillance et confiance. Il était attendu qu'il adapte sa prise en charge au contexte social de ces
242 patients et aux droits ouverts par le dispositif AME.

243 **Forces et limites de l'étude**

244 La présence d'un interprète tiers, professionnel mais surtout tiers de proximité, pouvait limiter la relation
245 de confiance ou confidentialité dans les entretiens et la profondeur du discours : nous avons donc
246 privilégié les situations où les patients étaient francophones (13 entretiens sur 14). Les patients restaient
247 toutefois peu à l'aise en langue française : l'expression de leurs ressentis a pu être limitée par une moins
248 bonne maîtrise de la langue. Bien que pouvant limiter la diversité de notre échantillon, s'affranchir ainsi
249 de la barrière de la langue a permis une discussion plus approfondie sur les autres obstacles à l'accès
250 aux soins et à la santé, en dehors des obstacles liés à la barrière de la langue. Nous n'avons pu recruter
251 que quatre patients directement via leur médecin traitant : ces patients étaient probablement plus
252 insérés dans un parcours de soins et avaient des expériences auprès de médecins plus sensibilisés
253 aux problématiques de grande précarité. Malgré nos efforts, nous n'avons pu recruter que deux
254 hommes, ce qui limite la diversité de notre échantillon. De même, l'inclusion de patients ayant consulté
255 de nouveau à la PASS après avoir vu un MG, témoignant d'une rupture du parcours de soin, n'a pas
256 été possible : ceci limite la diversité de l'échantillon sur l'histoire des parcours des patients. Il serait enfin
257 intéressant d'explorer les expériences des patients ayant dû basculer vers l'AME après l'échec d'une
258 demande de titre de séjour.

259 **Une condition sociale spécifique influençant les modalités de recours aux soins**

260 Dans cette étude, la situation irrégulière modifiait le parcours de soins et l'accès à la santé. Le MG
261 devenait un acteur de cohésion médico-sociale pour le patient en situation irrégulière. Ce rôle a été
262 soulevé dans d'autres études, où il était source de difficultés pour les MG à définir leur rôle dans la prise
263 en charge sociale¹⁹. La spécificité dans cette étude était l'importance du « tissu social spécifique » dans
264 le recours aux soins des bénéficiaires de l'AME. Les liens communautaires, en association avec les
265 structures associatives spécialisées dans les domaines de la précarité et de l'accès aux droits
266 fondamentaux, contribuent alors à former une structure sécurisante, pour faire face aux conséquences
267 du vécu de l'exclusion sociale²⁰. Le renforcement des liens avec les acteurs sociaux permettrait d'aider
268 les MG à recentrer leur prise en charge sur le soin, tout en initiant une approche globale, et parallèlement
269 de faciliter l'accès aux soins premiers de ces patients. Recenser les conditions d'irrégularité de séjour
270 et la vulnérabilité sociale des patients fait partie intégrante de l'approche centrée patient proposée par
271 les MG²¹.

272 **Des représentations marquées par un accès aux soins stigmatisé**

273 Dans cette étude, les bénéficiaires de l'AME exprimaient des attentes à la fois relationnelles et cliniques
274 de leur MG. Toutefois, les compétences relationnelles étaient privilégiées sur les compétences
275 cliniques. Ces résultats contrastent avec les précédentes études auprès des populations précaires qui
276 retrouvaient des attentes relationnelles et cliniques de niveau équivalent, sans attentes relationnelles

277 supplémentaires induites par la précarité^{22,23}. Ils contrastent encore plus avec les études en population
278 générale où les attentes portées sur les compétences cliniques semblent plus fortes que les attentes
279 relationnelles²⁴. Ici il semble que les patients ayant une ancienneté de séjour en France plus importante
280 rejoignent les attentes des patients précaires. Ceci peut s'expliquer par le développement d'une
281 exigence sociale, qui s'appuie sur un sentiment de légitimité vis-à-vis du reste de la population. L'attitude
282 du médecin traitant apparaît être un levier dans la construction de la relation de soins avec ces patients,
283 encore plus lorsque leur ancienneté de séjour en France est faible. Des moyens organisationnels de
284 déstigmatiser l'accès aux soins des patients migrants pourraient aussi aider à une acquisition plus
285 précoce de ce sentiment de légitimité. Enfin, dans cette étude les patients identifiaient ou revendiquaient
286 leur inscription au sein d'un parcours médecin traitant. Pourtant les bénéficiaires de l'AME sont
287 actuellement dépourvus de la possibilité de bénéficier d'un parcours de soins coordonnés tel que le
288 définit la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie. Ancrer ces patients dans un véritable
289 parcours médecin traitant est une piste pour diminuer la stigmatisation qu'ils ressentent dans leur
290 parcours dans l'accès aux soins.

291 **Conclusion**

292 Permettre l'accès aux soins et l'ancrage aux soins premiers des patients migrants bénéficiaires de l'AME
293 nécessite un maillage médico-social fort. L'approche centrée-patient, intégrant la prise en compte de
294 leur condition sociale, et favorisant une relation médecin-patient de qualité, est un positionnement
295 particulièrement nécessaire pour améliorer l'expérience des soins de ces patients.

296 **Références**

- 297 1. Bah A. Inventivité et responsabilité l'accueil de l'autre selon Derrida. Le sujet dans la cité
298 2016;7:227-40.
- 299 2. Brutel C. L'analyse des flux migratoires entre la France et l'étranger entre 2006 et 2013. Un
300 accroissement des mobilités. Insee Analyses 2015.
- 301 3. Lesoeurs G, Ferradji T. Approches transculturelles de la santé. Prendre soin et parler. Cultures &
302 sociétés: sciences de l'homme 2016;33-48.
- 303 4. Bourdillon F. Eclairages sur l'état de santé des populations migrantes en France. Bull
304 Epidémiologique Hebd 2017;373-4.
- 305 5. Aina Stanojevich E, Veïsse A. Repères sur la santé des migrants. La santé de l'homme 2007;21-4.
- 306 6. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats
307 des bilans infirmiers réalisés d'Octobre 2015 à Mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant
308 des migrants évacués des campements parisiens. Bull Epidémiologique Hebd 2017;382-8.
- 309 7. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacopelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité
310 sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bull Epidémiologique Hebd 2017;405-14.

- 311 8. Sécurité sociale, l'assurance maladie. Aide médicale de l'État (AME) : vos démarches. Disponible
312 sur : [https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-](https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame)
313 [ame](https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame).
- 314 9. Simonnot N, Rodriguez A, Nuenberg M, Fille F, Aranda-Fernandez P-E, Chauvin P. Access to
315 healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries. Report on
316 social and medical data gathered in 2015 in 11 European countries and Turkey. Médecins du Monde
317 - Doctors of the World, 2016. Disponible sur : [https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01493906/document)
318 [01493906/document](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01493906/document).
- 319 10. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité.
320 2013.
- 321 11. Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. DREES
322 Etudes Résultats 2008;1-8.
- 323 12. Velissaropoulos A, Drouot N, Simonnot N. « Je ne m'occupe pas de ces patients » : testing sur les
324 refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie
325 Universelle ou de l'Aide Médicale État dans 10 villes de France. Paris: Médecins du Monde, 2006
326 oct42p.
- 327 13. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-
328 anthropologique. Questions d'économie de la santé 2011;1-8.
- 329 14. Tindo NL. Aide médicale de l'État : parcours des patients depuis le pays d'origine jusqu'au cabinet
330 de médecine générale dans le département de Seine-St-Denis. Paris Diderot - Paris 7, 2014.
331 Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4770_TINDO_THESE.pdf.
- 332 15. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficulties in the management of
333 precarious patients and precarious migrants. Santé Publique 2015;27:679-90.
- 334 16. Hjörleifsson S, Hammer E, Díaz E. General practitioners' strategies in consultations with immigrants
335 in Norway-practice-based shared reflections among participants in focus groups. Fam Pract
336 2018;35:216-21.
- 337 17. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 3^e éd. A. Colin, 2006.
- 338 18. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 4.
339 paperback printing. New Brunswick: Aldine, 2009.
- 340 19. Laurent Querrioux I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants
341 précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Étude qualitative par
342 focus groups. Université Henri Poincaré Nancy 1, 2011.

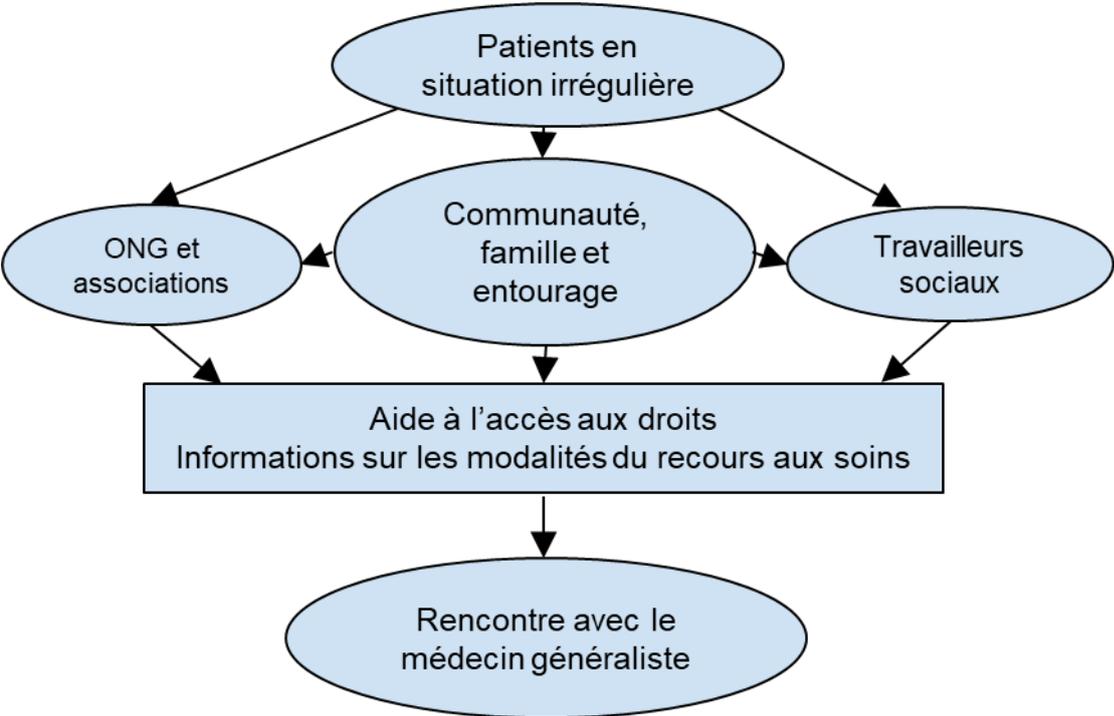
- 343 20. Boisguérin B. Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires
344 de l'AME: le rôle des réseaux d'entraide. *Dossiers solidarité et santé* 2011;2-14.
- 345 21. Lognos B, Carbonnel F, Million E, et al. L'approche centrée patient améliore et facilite la détection
346 de la vulnérabilité sociale. *Analyse qualitative phénoménologique. Éthique & Santé*
347 2016;13:228-34.
- 348 22. Mazalovic K, Villedary M, Beis J, Faure R, Charra C, Zabawa C. Les attentes des patients en
349 situation de précarité vis-à-vis des professionnels de santé. *Exercer* 2017;388-94.
- 350 23. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Doctor-patient relationship in situations of economic
351 precarity: the patient's point of view. *Sante Publique* 2015;27:837-40.
- 352 24. Krucien N, Vaillant ML, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-
353 elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Questions d'économie de la santé*
354 2011;1-6.

Tableau 1 – Caractéristiques des 14 patients interviewés bénéficiaires de l'Aide médicale d'état (AME)

Entretien	Recrutement	Durée	Âge	Sexe	Années en France	Ancienneté de l'AME	Statut de logement ¹
A	MG	42 min	50-60 ans	Femme]2 ; 10[ans]2 ; 10[ans	Sans chez-soi
B	MG	27 min	20-30 ans	Femme	[1 ; 2] ans	[1 ; 2] ans	Sans chez-soi
C	PMI	30 min	40-50 ans	Femme	≥ 10 ans	≥ 10 ans	Sans chez-soi
D	PMI	26 min	30-40 ans	Femme	[1 ; 2] ans	[1 ; 2] ans	Sans chez-soi
E	PMI	31 min	30-40 ans	Femme	[1 ; 2] ans	< 1 an	Logement personnel
F	PMI	30 min	30-40 ans	Femme	[1 ; 2] ans	< 1 an	Sans chez-soi
G	PMI	38 min	20-30 ans	Femme	[1 ; 2] ans	[1 ; 2] ans	Sans chez-soi
H	PMI	33 min	30-40 ans	Femme	< 1 an	< 1 an	Logement personnel
I	PMI	28 min	30-40 ans	Femme]2 ; 10[ans]2 ; 10[ans	Sans chez-soi
J	PMI	18 min	20-30 ans	Femme	[1 ; 2] ans	< 1 an	Sans chez-soi
K	MG	37 min	50-60 ans	Homme	≥ 10 ans	≥ 10 ans	Logement personnel
L	PMI	28 min	30-40 ans	Femme]2 ; 10[ans	[1 ; 2] ans	Sans chez-soi
M	MG	20 min	30-40 ans	Homme	[1 ; 2] ans	[1 ; 2] ans	Logement personnel
N	PMI	30 min	20-30 ans	Femme	[1 ; 2] ans	< 1 an	Logement personnel

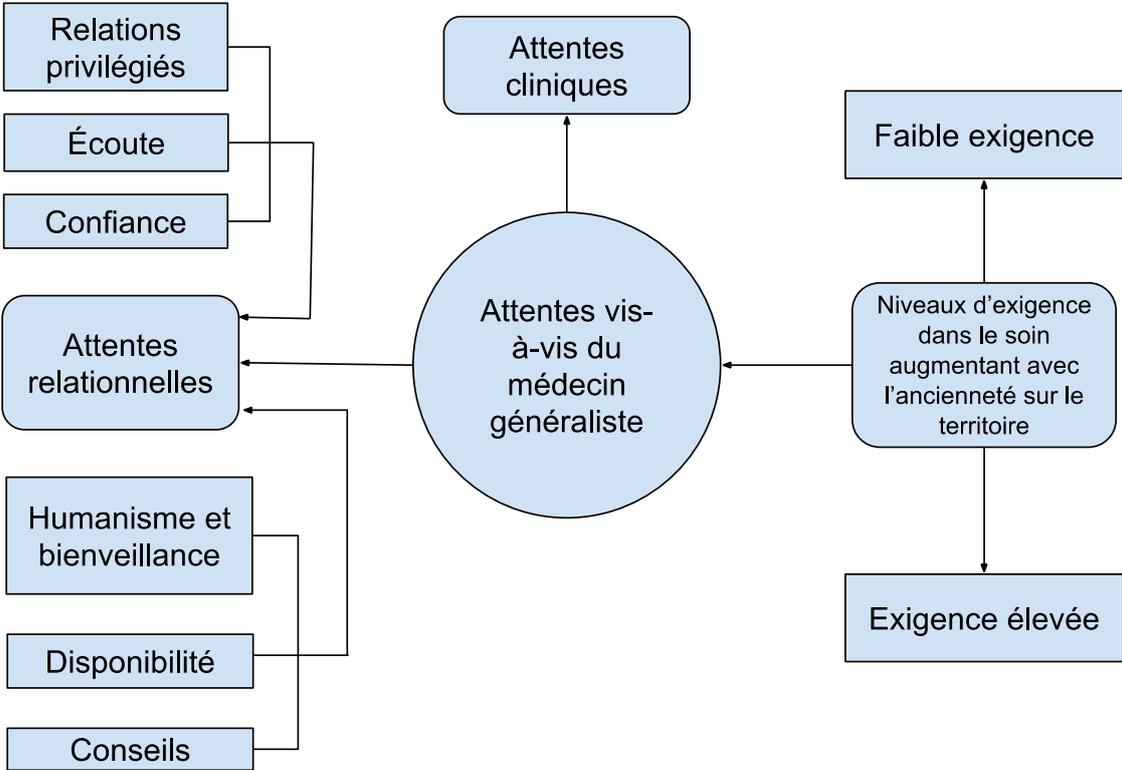
¹Le terme « sans chez-soi » regroupe : les personnes en logement précaire, inadéquat, sans-logement ou sans-abri (catégorisation ETHOS - typologie européenne de l'absence de chez-soi et de l'exclusion liée au logement). Le terme « logement personnel » concerne les personnes n'étant pas en situation d'absence de chez-soi

Figure 1 – Le « Tissu social spécifique » permettant la rencontre avec la médecine générale



ONG : Organisation non gouvernementale

Figure 2 – Attentes des bénéficiaires de l'AME envers les médecins généralistes



3.2. Patients sans chez-soi

Nous avons exploré un premier axe en considérant le prisme des personnes migrantes en situation irrégulière, dont les relations aux soins comportent des spécificités attenantes à leur condition sociale spécifique.

Afin de compléter cette démarche exploratoire et obtenir une vision holistique de notre objet d'étude, il est apparu important d'explorer parallèlement les représentations plus largement des personnes sans-abri ou sans-logement, qui sont confrontées aux exclusions les plus extrêmes liées au logement.

Comme nous l'avons vu, de nombreuses données sont déjà disponibles relatives aux barrières à l'accès aux soins et aux facteurs de non-recours et renoncement aux soins. Nous avons souhaité plus spécifiquement comprendre les éléments pouvant permettre une meilleure stabilité dans la relation de soins en médecine générale, et ainsi satisfaire la « condition du suivi » exprimée par les médecins généralistes dans la première partie de ce travail.

3.2.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les expériences de soins en médecine générale des personnes sans chez soi et rechercher les éléments impliqués dans leur accroche aux soins.

Secondairement, il s'agissait de préciser les attentes des patients sans chez soi vis-à-vis de leur prise en charge en médecine générale, et rechercher les facteurs limitant le maintien d'une relation de soins stable entre les patients sans chez soi et le médecin généraliste.

3.2.2. Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, de Mai 2018 à Septembre 2018, auprès des patients sans-abri ou sans-logement, âgés de plus de 18 ans, francophones, ayant consulté un médecin généraliste dans l'année qui précède.

Les patients ont été recrutés directement au sein de lieux de vie et/ou d'hébergement, tels que les Accueils de jour (AJD) (l'ADJ Béthanie, l'ADJ Marceau, l'ADJ Consolat), les Unités d'hébergement d'urgence (l'UHU de la Madrague, l'UHU Forbin), ou des Centres d'hébergement et de réhabilitation sociale (CHRS). Une seconde phase de recrutement est envisagée, afin de diversifier l'échantillon en recherchant d'autres spécificités des patients qui ont émergé comme pertinentes à explorer au fil de l'analyse qualitative.

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en face à face, par deux internes en médecine générale (Marie Vermersch et Charlotte De Quillacq), dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale que je dirige, toujours en cours. Ils ont été menés dans une pièce au calme dans les lieux de recrutement des patients, après accord des patients et des responsables de ces structures. Deux entretiens préalables ont permis de tester et de faire évoluer le guide d'entretien. Le premier entretien a été mené par moi-même en présence des deux internes, afin de les aider à s'approprier la démarche de la conduite d'entretiens. Les entretiens suivants ont été menés par les deux internes, et ont fait l'objet d'une supervision a posteriori pour adapter la conduite des entretiens. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont exploré les thématiques suivantes :

- vécu de la prise en charge en médecine générale de ville ;
- attentes vis-à-vis du médecin généraliste ;
- expériences de renoncement aux soins et rapport aux soins ;
- ressenti relatif au suivi par le médecin généraliste en ville.

L'analyse des entretiens présentée dans ce manuscrit a utilisé une approche inductive, dans une démarche de théorisation ancrée. Une analyse parallèle, à orientation

phénoménologique, avec triangulation permanente par M.V. et C.D., et supervision à chaque étape par moi-même, est en cours par les deux enquêtrices, dans le cadre de leur thèse d'exercice.

Une lettre d'information a été remise à tous les participants, et un consentement éclairé signé en 2 exemplaires (un pour le participant, un pour l'investigateur) et récupéré par l'investigateur avant de débiter le recueil de données. L'étude a obtenu l'autorisation du comité d'éthique d'Aix-Marseille Université (référence 2018-24-01-010).

3.2.3. Premiers résultats

Caractéristiques générales des entretiens et des patients interviewés

Parmi 17 entretiens menés, 16 entretiens étaient exploitables et ont été retranscrits. Un entretien était incompréhensible et n'a pu être retranscrit. La durée moyenne d'enregistrement était de 32 minutes. Les personnes interviewées étaient majoritairement des hommes (14 sur 16), et âgées de 40 à 60 ans (11 sur 16). Les situations d'absence de chez-soi étaient variées, et concernaient principalement les catégories « sans logement » (5 personnes, hébergées dans des Centre d'hébergement et de réhabilitation sociale), « logement précaire » (5 personnes, vivant soit en hôtel meublé, dans des logements sans bail, ou chez des amis), et « sans-abrisme » (4 personnes qui étaient hébergées en Unité d'hébergement d'Urgence). Aucun patient ne vivait actuellement dans la rue. La plupart des patients (11 sur 16) occupaient ou avait occupé des emplois en tant qu'ouvrier, employé ou cadre. Parmi eux, 2 avaient occupé des postes de cadre (Tableau 2). Aucun thème principal n'a émergé à partir du douzième entretien analysé. La saturation des données a été atteinte au 15^{ème} entretien, et vérifiée par le 16^{ème}, dans les limites de la diversité encore restreinte de l'échantillon.

Tableau 2 - Caractéristiques des patients sans chez-soi interviewées

Caractéristiques	Effectifs
Sexe	
Homme	14
Femme	2
Age	
>60 ans	4
40 – 60 ans	11
< 40 ans	1
Catégorie d'absence de chez-soi*	
Sans-abri	4
Sans-logement	5
Logement précaire	5
Logement inadéquat	1
Non connue	1
Catégorie socio-professionnelle**	
Cadre	2
Employé	1
Ouvrier	8
Aucune	4
Non réponse	1
Droits ouverts (sécurité sociale)	
Oui	11
Non	4
Types de droits (si ouverts)	
CMU	11
AME	1
Médecin traitant identifié	
Oui	9
Non	7
Pathologie chronique	
Oui	12
Non	4

*Type d'absence de chez-soi selon la Typologie européenne de l'exclusion liée au logement (ETHOS)

**Catégorie socio-professionnelle selon emploi actuel ou passé

Recours au médecin généraliste : entre recours actif et recours passif

L'ensemble des patients inclus dans cette étude, étant donné nos critères d'inclusion, avaient eu recours à un médecin généraliste. Mais des spécificités se distinguaient dans leurs modalités de recours. Nous avons isolé deux grandes modalités de recours au médecin généraliste :

- 1 **Un recours actif** : des attitudes actives de recours aux soins premiers ont été identifiées dans le discours de 9 patients. Ces patients identifiaient souvent leur médecin traitant, avec qui ils avaient construit une relation médecin-patient de qualité et souvent ancienne.

« Le mien ça fait 40 ans que je l'ai, il est super. J'avais changé une fois pour voir un autre mais j'étais très déçu, sur Marseille. Le mien il est super comme docteur il est vraiment génial c'est un bon docteur » (Entretien N°10).

« Il faut que je prenne rendez-vous parce que j'ai raté mon rendez-vous avec elle. J'ai été en Italie moi, 10 ans [...] Et je ne crois pas qu'ils font leur travail. Je ne pense pas. (Silence, fouille dans ses papiers). Ça c'est mon médecin traitant. » (Entretien N°13).

Bien que les motifs de recours exprimés comme administratifs étaient présents (par exemple, comme l'a exprimé le patient N°3, *« pour des traitements machin, les ordonnances »*), les motifs semblaient plus souvent médicaux, et les patients paraissaient alors bien identifier le rôle de soignant de leur médecin généraliste.

« Je viens une fois par mois. Et quand je suis fatiguée, je viens plusieurs fois. Je viens quand c'est nécessaire. » (Entretien N°12)

Ces attitudes actives de recours se retrouvaient en général lorsque le recours aux soins n'était pas favorisé ou enclenché par des personnels des structures qu'ils fréquentaient. Il pouvait être favorisé en revanche par des connaissances personnelles du patient.

« C'est quelqu'un qui m'a dit, c'est quelqu'un qui m'a dit d'y aller, un collègue qui m'a dit "va voir le Docteur X" [...] J'ai pris sans rendez-vous, j'ai pris le docteur » (Entretien N°5).

- 2 **Un recours passif** : des attitudes passives dans le recours aux soins premiers ont été identifiées dans le discours de 4 patients. Les patients semblaient dépossédés de leur recours, qui était décidé ou initié par autrui. Ces patients ramenaient quasi systématiquement leur motif de consultation à des motifs administratifs, et semblaient avoir développé une relation limitée avec leur médecin généraliste.

« D'ici on nous envoie ... moi on m'envoie ... parce que c'est assez touffu leur organisation, y'a plusieurs, je dirais plusieurs organes qui s'occupent, on n'est pas tous, on n'a pas tous les mêmes infirmières, de temps en temps elles m'envoient au centre médical (nom du centre médical) pour faire des contrôles pour renouveler des ordos pour ... et c'est là où je rencontre ... plusieurs fois, je sais pas 3, 4, 5 fois peut être que je l'ai vu ... le docteur X (nom du médecin), très sympathique mais ça va pas loin quoi je vous dis le plus gros travail souvent c'est renouveler une ordonnance parce qu'il me faut des médicaments [...] » (Entretien N°1).

Le recours était dans ces situations initié par les professionnels des structures d'aide que les patients côtoyaient, le plus souvent les infirmières de ces structures.

« Oui en général oui, c'est, c'est l'infirmière qui me suit qui sait, qui dit "tiens monsieur X (nom du patient) on n'a plus de médicaments. On a ceci, il faut cela, faut renouveler ..." Bon c'est elle qui voit les besoins, les petites pilules, les petits machins que je bouffe matin et soir. » (Entretien N°1)

Le médecin généraliste n'était alors pas choisi par les patients, qui s'approprièrent peu cette nouvelle relation de soins.

« Ils m'ont désigné celui qui est là-bas alors à chaque fois je prends le tram, le tramway jusque là-bas [...] C'était une personne qui travaillait ici, j'étais venu le voir, pour prendre rendez-vous avec le médecin. Alors je lui ai demandé s'il ne pouvait pas me trouver un médecin. Il m'a dit "c'est celui-là", celui qui est derrière, de toute façon il m'a dit "celui-là ou l'autre, c'est pareil". » (Entretien N°3)

« c'était pour renouveler une ordonnance, bon fallait appeler un médecin alors ici ils sont en relation avec eux, ils m'ont dit "bon vous avez RDV avec le Docteur (nom du médecin) tel jour à telle heure" et puis voilà, pour renouveler l'ordonnance, à la limite j'aurais vu sa secrétaire en lui disant « faut mettre le tampon pour renouveler une ordonnance » c'aurait été pareil. » (Entretien N°1)

Les professionnels des structures étaient parfois identifiés comme des acteurs de premier recours, des aidants, lorsqu'un problème de santé était ressenti. Dans ces situations, ils pouvaient aider à ancrer les patients dans un bon parcours de soins, et être une alternative positive au non recours.

« J'en parle directement à l'infirmière. Mais en général c'est passager. Un petit coup de froid. J'ai toujours une boîte de paracétamol sur moi donc... Et puis parfois je me dis "c'est peut-être parce que j'ai trainé toute la journée dehors donc je vais dans ma chambre, je me repose et après une heure ou deux de repos, ça va mieux. » (Entretien N°1)

Les personnels des structures pouvaient aussi être une aide pour l'accès aux soins premiers ou spécialisés, à travers par exemple l'aide à la prise des rendez-vous.

« Voilà et là j'ai revu le cardiologue. La femme qui était là, comment elle s'appelle ? X (nom de l'infirmière de la structure) ? Je suis allé la voir donc elle m'avait pris rendez-vous avec le cardiologue ici. » (Entretien N°2)

Des attentes façonnées par le besoin d'être considéré

Les attentes exprimées par les patients sans chez-soi envers le médecin généraliste étaient principalement d'ordre relationnelles (Tableau 3). Ces attentes relationnelles ont été exprimées par l'ensemble des patients, et étaient récurrentes dans leur discours. Ainsi, les patients attendaient de leur médecin généraliste une écoute et une compréhension, une attitude adaptée et respectueuse, une considération, la possibilité de développer une connaissance mutuelle entre ces deux acteurs de la relation. La confiance était un élément important de la relation de soins. Les attentes étaient beaucoup moins tournées vers des

compétences médicales. Lorsqu'elles se rapportaient à des compétences médicales, les patients attendaient principalement de leur médecin qu'il les examine (ce qui pouvait se rapprocher de la considération de ces patients par leur médecin, qui les touchait à travers l'examen), et qu'il propose une démarche diagnostique appropriée.

Tableau 3 – Attentes des patients sans chez-soi envers le médecin généraliste

Attentes exprimées Thématiques	Composantes	Exemples de verbatims
Relationnelles (16 patients, 172 verbatims)	Ecoute, se connaître et se comprendre, attitude et apparence du médecin, considération et respect par le médecin, confiance	« <i>Déjà il nous écoute, déjà c'est beaucoup. Déjà on va à n'importe quelle heure il est toujours attentionné</i> » (Entretien n°10) « <i>Déjà quelqu'un qui est à l'écoute de ses patients, c'est ça un bon médecin généraliste. Non ?</i> » (Entretien N°6) « <i>Sympathique, aimable, toujours à l'écoute, souriant, un peu comme le Docteur à côté, souriant, il est bien franchement.</i> » (Entretien N°10)
Compétences médicales (12 patients, 30 verbatims)	Démarche diagnostique, il m'examine/me touche, compétences ressenties, démarche diagnostique, prise en charge médicale (prévention, suivi, psychologue)	« <i>Quand je vois qu'il prend le temps pour bien faire ses analyses pour bien examiner la personne ça me plaît comme ça</i> » (Entretien N°11) « <i>Un bon médecin généraliste c'est celui qui s'occupe de moi, de ma maladie, de me diagnostiquer, de me conseiller, c'est tout, c'est tout.</i> » (Entretien N°9) « <i>Et puis j'attendrais de lui qu'il y ait un suivi</i> » (Entretien N°1)
Approche centrée patient (7 patients, 17 verbatims)	Adaptation du médecin au patient et son environnement	« <i>Il veut me faire faire un régime mais je lui ai dit "qu'est-ce que vous voulez que je fasse un régime ?". Ici c'est impossible, déjà je ne mange pas le soir parce que c'est entouré de vautours, de tout ce que vous voulez ... Je mange que le midi, le soir j'achète des kafir chez l'épicier à 1 €</i> » (Entretien N°5)
Disponibilité (7 patients, 17 verbatims)	Immédiateté de la réponse, prendre le temps	« <i>Il est toujours là quand je l'appelle au téléphone, il répond tout le temps. Celui que j'avais avant il ne me répondait jamais</i> » (Entretien N°10) « <i>Il ne doit pas être que médecin, que le docteur qui donne une ordonnance et ... connaître son patient. Prendre le temps.</i> » (Entretien N°14) « <i>Oui malgré qu'il y ait du monde il prend le temps. En plus il est toujours disponible alors qu'il y en a, il faut téléphoner pour prendre RDV.</i> » (Entretien N°7)
Médico-psycho-sociales (10 patients, 24 verbatims)	Un guide, une réponse médico-sociale	« <i>J'ai eu des moments difficiles. Il m'a aidée. (Long silence). [...] il m'a fait des demandes, des aides, voilà j'ai été aidée.</i> » » (Entretien N°12) « <i>Une personne lui explique un peu la situation de la vie, voilà. Il peut te donner un petit peu, d'un point de vue psychologique et moral. Une orientation psychologique et morale, voilà.</i> » (Entretien N°4)

		<p>« Oui c'est lui qui m'a dit pour le fauteuil, c'est lui qui m'a dit quand marcher, c'est lui qui m'a aidé à me remettre debout, c'est lui qui m'a dit. » (Entretien N°5)</p> <p>« Elle m'a fait le dossier, elle m'a [demandé] "d'où vous venez". Comme ça comme ça, et cette journée-là elle m'a aidé pour le 115. » (Entretien N°9)</p>
<p>Organisation de l'accueil (6 patients, 13 verbatims)</p>	<p>Accueil bas seuil, sans rendez-vous, ambiance, propreté, attitude secrétaire, respect des horaires, satisfaction des besoins de base</p>	<p>« Déjà quand vous avez rendez-vous à 14h c'est pas, c'est pas ... 15h55 hein c'est 14h piles déjà ». (Entretien N°1)</p> <p>« C'est fou comme c'est un bon médecin, même à l'accueil c'est sympa. L'accueil il y a une ambiance chaleureuse » (Entretien N°10)</p> <p>« Et le centre, quand je vais là-bas, je ressens ... Il y a un manque d'attention envers nous. C'est pas comme ici où tu bois le café, on te sourit, les gens te parlent ... Il y a des gens qui cherchent à savoir qui tu es. » (Entretien N°13)</p>
<p>Faible exigence (8 patients, 22 verbatims)</p>	<p>Pas d'attente exprimée, attitude compréhensive du patient envers son médecin, « juste des médicaments »</p>	<p>« Je veux pas aller chez le docteur et dire "je veux ça, ça" quand j'ai besoin pour des médicaments je l'appelle il me donne l'ordonnance je ne vais pas le déranger pour rien » (Entretien N°10)</p> <p>« Oui ça arrive bon ce sont des êtres humains aussi ! des fois je ne sais pas ce qu'ils ont avant de venir ça fait que voilà des fois ils ne sont pas très coopératifs ! Pas très disponibles pour voir, ce sont des êtres humains hein ! » (Entretien N°11)</p>

Le parcours d'exclusion sociale semblait façonner les attentes des patients vivant une situation d'absence de chez-soi. Le besoin d'être considéré comme un être humain normal et digne était ainsi récurrent. De nombreux patients ont spontanément parlé de leur passé, et manifestaient le besoin que les enquêtrices connaissent leur situation, en mettant en avant leurs situation et ressources passées.

« *Vous savez j'étais bien avant, j'étais très bien, point de vue finances, pour tout.* » (Entretien N°12)

« *J'ai joué au bridge avec mon médecin de famille, j'ai joué - enfin non pas mon médecin de famille, mon copain, j'ai joué au golf avec lui* » (Entretien N°1, le patient parle de son médecin traitant qu'il avait dans le passé, avant la transformation de sa situation sociale).

Le besoin d'être considéré comme une personne normale venait faire écho à des expériences perçues comme un rejet par la communauté.

« *Je n'avais même pas le droit de voir une assistante sociale. Comme si j'étais un monstre. Je comprends hein, je ne suis pas con. Excuse-moi pour cette parole* » (Entretien N°13)

L'inscription dans une prise en charge non stigmatisante, semblable à celle de toutes les personnes en général, était alors valorisée.

« *Oui, très bien, très très bien, j'attends, je m'inscris comme tout le monde et puis après je passe à mon tour* » (Entretien N°5).

Leurs attentes, majoritairement tournées vers des attentes relationnelles, fortement exprimées à travers le besoin d'être écouté et compris, semblaient faire écho à ce besoin d'être considéré. Ces attentes étaient centrales dans la construction de la relation médecin-patient avec leur médecin. Dans plusieurs récits, la satisfaction ou non de ces attentes conditionnait :

- soit la réussite d'une relation de qualité et la réussite de la mise en place d'un suivi stable avec un médecin généraliste, devenant parallèlement l'outil du rétablissement social,
- soit causer l'échec et la rupture de relation de soins avec le médecin généraliste.

Par exemple, la patiente N°10, lorsqu'on lui demandait de décrire son médecin généraliste, abordait uniquement les aspects relationnels, puis rajoutait qu'elle « *ne changerait pas pour un autre docteur* » (elle est suivie par ce médecin depuis 40 ans).

A l'inverse, elle abordait un épisode de soins avec un autre médecin généraliste, qui l'a rapidement amenée à rompre sa relation de soins avec lui, et où son expérience négative des soins et son manque d'adhésion envers les prescriptions effectuées semblait associé à une attitude négative, voire ressentie comme agressive, par ce médecin : « *Pas bien. Déjà il était agressif il me recevait mal déjà "oui vous voulez quoi ? C'est pourquoi ? Il faut attendre dans la salle d'attente", j'ai attendu plus de 6 heures dans la salle d'attente [...] Il m'avait donné un médicament pour la [Maladie chronique] alors que j'en n'avais pas besoin quand j'ai vu sur internet ce qu'ils disaient sur le médicament je me suis dit "ah c'est quoi ça" j'ai été le voir et je lui ai dit "monsieur je n'ai pas besoin de ça" il me dit "ah c'est une erreur", heureusement que je ne l'ai pas pris* »

A l'extrême, le sentiment de ne pas avoir été considéré, ou respecté, a pu engendrer des comportements violents envers le médecin chez plusieurs patients :

« *On dirait qu'elle est coincée. Une fois je lui ai dit : " Docteur vous allez au WC un peu ? " elle me dit "Pourquoi ?" "Vous avez l'air constipée". Elle l'a mal pris. Je dis la vérité ma foi ! Je lui demande mon traitement et vous vous me regardez bizarrement là, en plus j'ai tout commandé à la pharmacie [...]. J'ai dit "vivement qu'il revient [Surnom amical donné à son médecin généraliste] !". Elle me dit "vous avez un accent de temps en temps qui ne me plaît pas" "quel accent ?" "de temps en temps vous avez un peu l'accent [type d'accent]" "et alors ? je vous emmerde" » (Entretien N°6).*

Facteurs de l'adhésion aux soins premiers

Nous avons tâché d'extraire, lorsque cela était abordé dans les entretiens, les conditions à la réussite du maintien d'un suivi stable des patients sans chez-soi avec leur médecin traitant.

Si la mobilité de ces patients apparaissait comme un facteur non modifiable des ruptures de la relation de soins, plusieurs facteurs ont été perçus dans le discours des patients interviewés comme conditionnant la réussite ou l'échec d'un suivi stable.

Ici aussi, la relation avec le médecin généraliste était centrale : une relation de qualité, et la confiance qu'ils portaient en leur médecin généraliste, étaient rappelées par les patients lorsqu'ils témoignaient de leur fidélité et leur attachement à leur médecin généraliste, ou inversement mis en cause pour justifier des changements de médecin :

« Oui là aussi si je ne suis pas content je change, mais j'ai confiance. Si je n'ai pas confiance avec un médecin je change, mais là je peux lui poser n'importe quelle question il me répond ». (Entretien N°7)

« [Réponse à la question : « et pourquoi vous voyez ce monsieur, et pas les autres ? »] C'est une habitude, c'est un peu dans la tête. Puis il est gentil, je le trouve gentil, conciliant. Je n'ai jamais eu de problème avec lui. » (Entretien N°12)

Les autres conditions à une relation de soins stable faisaient intervenir des facteurs liés :

- Aux conditions d'accueil des cabinets médicaux (où un accueil chaleureux et un accès peu exigeant en termes de conditions administratives, la proximité géographique, une attente limitée, étaient valorisés) ;
- Aux conditions de vie des patients (les conditions de vie à la rue devenant pour les patients des freins à un maintien de soins suivis, et parallèlement le logement ou le rétablissement social apparaissant pour certains comme des conditions préalables pour se soigner, et parfois les lieux d'hébergement ou d'accueil de jour des patients permettant d'initier une prise en charge médicale lorsqu'une offre médicale était disponible sur ces structures).

3.2.4. Discussion et conclusion

- Principaux résultats :

Cette étude a mis en évidence l'importance centrale de la relation médecin-malade et de l'attitude du médecin généraliste lors de la prise en charge des personnes sans chez-soi pour favoriser une bonne expérience des soins et l'adhésion aux soins premiers des personnes sans chez-soi. Les personnes sans chez-soi attendaient ainsi principalement des compétences relationnelles de leur médecin généraliste, centrées sur l'écoute, le respect, l'humanisme. Ces attentes semblaient répondre à un besoin d'être considéré comme un être humain normal, capable, et digne de respect. L'accompagnement par les professionnels de structures, dont les paramédicaux, permettait d'initier, lors de l'hébergement ou l'arrivée de ces patients dans les structures d'hébergement ou d'aide, un ré-ancrage dans un parcours de soins. Cependant, il était aussi associé à une moindre appropriation par les patients de leur médecin, et à des modes de recours par ces patients plus souvent passifs.

- Forces et limites :

L'approche qualitative choisie nous a permis de comprendre en profondeur l'expérience vécue par les personnes sans chez-soi dans leurs rapports au médecin généraliste.

Cette recherche arrive après environ 5 ans de travaux que j'ai menés auprès des personnes sans chez-soi, et dans le cadre d'une expérience que j'ai acquis au fur et à mesure du fait de mon activité professionnelle (étant médecin généraliste installée dans un cabinet médical où nous recevons régulièrement des personnes sans chez-soi, à proximité de plusieurs centres d'aide et hébergement pour les personnes sans chez-soi, dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille, quartier le plus pauvre de la ville et de France (195)). Se pose alors la question de ma posture de chercheuse, qui s'est probablement transformée par l'expertise acquise dans mes travaux de recherche et sur le terrain. Consciente de l'évolution de mes a priori, et de ma posture en tant que soignante, je me suis efforcée de m'ancrer dans ma posture de chercheuse pour l'analyse des résultats (196). La discussion de l'analyse des résultats avec deux internes en médecine, permettant une triangulation de l'analyse, doit aussi permettre une distanciation suffisante dans notre analyse.

Concernant les limites de cette étude, nous devons relever le caractère encore limité de la diversité des personnes interviewées, en particulier concernant les personnes sans-abri plus éloignées du système de soins, et les femmes. Les premières analyses de ce travail ont soulevé l'influence du lien avec les personnels des structures sur le recours aux soins et le vécu des rapports aux soins premiers de ces patients. La démarche inductive de ce travail, dans une approche de théorisation ancrée, nous a donc amenés à souhaiter inclure, dans le cadre de la poursuite de notre échantillonnage théorique (156), en particulier des personnes sans-abri ou sans-logement ne sollicitant pas les structures d'aides, afin de poursuivre nos explorations. Par ailleurs, notre étude est marquée par un nombre important (14 sur 16) d'hommes. Or la part des familles, et plus particulièrement des femmes avec enfant vivant des situations d'absence de chez-soi, est croissante : deux personnes sans domicile sur 5 étaient des femmes en 2012 (56) ; lors d'une enquête menée en Ile de France en 2013, 10280 familles en situation d'absence de chez-soi étaient recensées et le nombre de familles hébergées dans des foyers a été multiplié par 3 en dix ans (59,197). En 2016 sur Marseille les femmes représentaient près de 20% des personnes sans-abri (avec un gain de 4% par rapport à 2011) (3). Il apparaît nécessaire de poursuivre la diversité de notre recrutement, voire de poursuivre nos études, auprès des femmes avec enfant, sans-logement ou sans-abri, qui sont marquées par d'autres réalités du parcours, du vécu de l'absence de chez-soi et de l'accès aux soins (88,198–201).

Concernant les effectifs de notre corpus actuel, s'ils peuvent apparaître encore limités (16 personnes), ils ont toutefois permis l'atteinte, pour ce groupe et dans la limite de sa diversité encore restreinte avec émergence du besoin de poursuivre notre échantillonnage théorique, de la saturation des données. Lors d'une recherche qualitative, les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. En effet, une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (202). Ainsi, ces méthodes ne visent pas à inclure un grand nombre de personnes dans une recherche de puissance statistique, mais d'avoir exploré en profondeur le phénomène visé par la recherche et d'atteindre en ce sens une saturation des données. Ce phénomène peut être décrit comme « le moment où la collecte de données n'apporte plus à l'avancement de la conceptualisation du phénomène » (203). Le point de saturation théorique peut ainsi être

atteint lorsque, de la collecte des données, n'émerge plus rien de vraiment nouveau ni de vraiment consistant. Cette notion de saturation reste cependant relative, en considérant qu'une analyse est toujours plus ou moins saturée et qu'elle pourrait toujours l'être davantage (204). Dans cette première partie de l'étude menée auprès des personnes sans chez-soi, aucun thème majeur n'a émergé à partir du douzième entretien (aucun élément n'a modifié la conceptualisation du phénomène étudié et fait émerger de nouvelle hypothèse quant aux expériences et rapports aux soins des personnes sans chez-soi interviewées, pouvant définir l'atteinte de la saturation des données). La saturation complète des données a été atteinte au 15ème entretien analysée (avec absence de nouvelle étiquette/code ayant émergé dans l'analyse de l'entretien) et confirmée par le 16ème. Les durées relativement limitées (environ 32 minutes en moyenne) des entretiens peuvent résulter à la fois de la nature complexe du terrain d'enquête (auprès de personnes vivant des phénomènes d'exclusion, avec qui il est apparu difficile d'aborder en profondeur les parcours de vie et rapports aux soins), mais aussi de l'expérience limitée des deux internes en médecine, principales enquêtrices dans cette étude. Ainsi, elles ont à la fois découvert les recherches qualitatives lors de cette étude, et rencontré pour la première fois des personnes sans chez-soi. Pour restreindre ces limites, elles avaient lu au préalable plusieurs ouvrages sur la recherche qualitative, avaient mené au préalable deux entretiens tests débriefés en détail à posteriori, puis avaient assisté au troisième entretien que j'avais mené. Elles ont par la suite bénéficié d'une formation de deux jours à la recherche qualitative en Septembre 2019, permettant une bonne maîtrise des stratégies d'analyse des entretiens, et l'amélioration de la conduite des entretiens complémentaires à venir.

- Discussion des résultats :

Les résultats de cette étude se rapprochent de ceux retrouvés auprès des patients bénéficiaires de l'Aide médicale d'état, avec comme nuance la manifestation chez les personnes sans chez-soi du besoin d'exister et d'être considéré, différent du besoin de légitimité et régularisation pour les patients bénéficiaires de l'Aide médicale d'état.

Là aussi, il semble que les personnes sans chez-soi aient des attentes relationnelles plus marquées que les patients en situation de précarité de façon générale (189,190), et encore plus marquées que pour la population générale (191). Ces résultats peuvent traduire un vécu d'exclusion sociale plus marqué chez eux par rapport à l'ensemble des patients définis comme « précaires » par le score EPICES. L'ensemble des patients interviewés dans cette étude ont été recrutés via des structures dédiées à l'aide et/ou l'accueil des personnes sans-abri ou sans logement. Il est possible que, même parmi les patients qui vivaient des situations moins extrêmes d'exclusion liée au logement (personnes avec logement inadéquat ou précaire), les situations de vulnérabilité soient plus marquées, les amenant à solliciter ces structures dédiées, ou que le ressenti d'exclusion soit plus marqué par l'ancrage de ces patients dans des parcours au sein de ces filières dédiées de la précarité. Il serait intéressant d'explorer les attentes des patients vivant en logement précaire ou inadéquat, mais ne sollicitant pas les structures dédiées à l'aide ou l'accueil des personnes les plus précaires.

Une analyse phénoménologique des expériences des soins menée aux Etats-Unis auprès de personnes sans chez-soi a mis en exergue le sentiment d'exclusion des patients, qui se sentaient comme « différents ». Les thèmes associés à une satisfaction de ces patients envers les soins exprimaient le besoin :

- D'une prise en charge compréhensive et engagée (sans rejet en cas de non compliance du patient, avec proposition de soins plus larges que leurs demandes exprimées, ou sans jugement en cas de manquements aux rendez-vous),
- D'un respect des professionnels,
- De pouvoir avoir confiance envers les professionnels,
- De ne pas ressentir l'existence de préjugés de la part des soignants,
- De participer aux décisions relatives à leurs soins (205).

Ces besoins, qui rejoignent les attentes exprimées par les patients de notre étude, peuvent s'expliquer par les spécificités des situations vécues par les personnes sans chez-soi : les situations d'insécurité sociale pouvant justifier le besoin particulièrement prégnant de

pouvoir faire confiance envers le médecin, le sentiment d'être différent pouvant justifier le besoin de ne pas être jugé à priori par les professionnels qui les prennent en charge.

Une étude longitudinale menée aux Etats-Unis en 2001 sur 260 patients sans chez-soi a pour sa part retrouvé une association significative entre l'expérience des soins, la continuité des soins avec le même professionnel de santé, et la satisfaction du patient envers le professionnel de santé, et une meilleure confiance du patient envers le professionnel de santé (206). Il semble alors se construire un cercle vertueux : l'attitude positive et adaptée du médecin permettant d'une part une meilleure confiance de la part du patient et une meilleure expérience des soins, favorisant une meilleure adhésion aux soins, elle-même permettant de renforcer la confiance du patient envers son médecin. La confiance semble se construire alors plus grâce à des compétences relationnelles, que biomédicales, du médecin.

L'accompagnement dans l'accès aux soins des personnes sans chez-soi n'était pas formulé par les patients interviewés dans cette étude comme une attente claire. Certains témoignaient de leur recours auprès des professionnels des structures d'accueil qu'ils fréquentaient, comme une aide pour leur accès aux soins et leur maintien dans le parcours. Mais pour plusieurs patients, lorsque ce recours était initié par des professionnels, la relation avec leur médecin généraliste semblait moins ancrée, et les modes de recours devenaient plutôt passifs. La démarche du « aller vers » qui rejoint les préconisations du rapport de l'IGAS sur la non-demande (207) a été initialement décrite dans le champ social comme « *aller chercher [les personnes en non-demande] dans le cercle de repli qui est devenu le leur , [...] leur donner [...] l'occasion de s'exprimer, de prendre la parole , reposant sur l'idée que si l'initiative ne vient pas de la personne, il faut qu'elle vienne de l'intervenant social* » (207). Pour les personnes sans chez-soi, et encore plus pour celles qui entreront dans ce phénomène d'auto-exclusion, elle s'applique dans le champ de la santé, avec comme objectif de faire émerger la demande de soins médicaux puis d'accompagner celle-ci tout au long du parcours de soins (208).

Si les stratégies d'accompagnement, ou d' « aller vers », sont souvent développées par les programmes de soins primaires spécialisés dans la prise en charge des personnes sans chez-soi (209), et semblent être des outils facilitant l'accès aux soins (210), on peut se poser la question de la qualité de la relation de soins et de l'expérience des soins qu'elles engendrent

pour les patients. Il peut être nécessaire, encore plus pour les patients qui auront au départ bénéficié d'un accompagnement à l'accès aux soins, d'encourager leurs démarches actives et leur autonomisation, pour les rendre de nouveau acteurs de leur santé. Une autre explication à ces relations de soins moins investies et plus administratisées peut se trouver dans le vécu d'exclusion et les fréquents sentiments d'humiliation et dégradation des patients les plus exclus dans leurs rapports aux soins. Dans une étude menée par Isabelle Parizot et Pierre Chauvin auprès de patients vulnérables consultant des centres de santé gratuits, l'association entre une relation de soins distanciée et le vécu humiliant du recours aux soins chez ces patients, qui avaient dû demander assistance, était relevée (110,211). Dans notre étude, certains patients comparaient leur médecin traitant actuel où ils décrivaient une relation de soins médiocre, au médecin de famille qu'ils avaient eu auparavant, dans l'enfance, ou du moins avant leur entrée dans ce parcours d'exclusion, où ils décrivaient une meilleure relation de soins, souvent associée à une relation amicale et de respect mutuel. Il semblait par ailleurs que la relation de soins avec les médecins généralistes était meilleure pour les patients qui voyaient leur situation sociale se stabiliser et/ou le relogement approcher. Il apparaît intéressant d'étudier plus en détail, dans une perspective diachronique, l'évolution des rapports aux soins et au médecin généraliste des patients sans chez-soi selon les divers stades d'exclusion, l'ancienneté de l'absence sans chez-soi, mais aussi l'arrivée proche du logement. Une analyse est actuellement en cours en ce sens par les deux thésardes, et viendra compléter, dans les limites du corpus et des parcours de vie connus des patients interviewés, nos résultats.

Des études explorant plus spécifiquement le vécu, et les effets de l'accompagnement aux soins des personnes sans chez-soi sur leurs expériences de soins et comportement de recours aux soins seraient intéressantes.

En conclusion, l'attitude du médecin est centrale dans la prise en charge des personnes sans chez-soi. Manifester du respect, un intérêt pour ces patients via une écoute compréhensive, dans une démarche centrée-patient, est un critère indispensable pour la réussite d'une relation médecin-patient de qualité et secondairement d'une continuité du suivi de ces

patients et leur adhésion aux soins. Cette relation peut devenir thérapeutique, permettant au patient, à travers la considération, l'écoute, et le respect qu'il aura ressenti, d'améliorer son estime de soi.

VII. Discussion

1. Penser des innovations en soins primaires pour améliorer la prise en charge des personnes sans chez-soi : les enseignements d'une approche holistique

L'analyse globale de ce travail a permis de mettre en lumière des adaptations à privilégier dans l'organisation du système de soins et des pistes quant à l'approche à avoir en tant que médecin généraliste pour améliorer l'expérience des soins et les modalités de recours aux soins premiers des personnes sans chez-soi.

L'approche par méthode mixte, intégrant analyses qualitatives et quantitatives, était justifiée par la nature complexe du phénomène étudié : organisation des systèmes de soins, avec interaction des acteurs et des usagers, dans le contexte particulier de la grande précarité (153–155). L'intégration de la perspective de différents acteurs, à la fois professionnels de santé et patients, nous a permis d'aboutir à une compréhension plus riche et approfondie de notre problématique (149,151,212,213). Par ailleurs, la comparaison et la mise en lien de ces multiples perspectives a permis d'infirmier ou confirmer au fil de cette recherche les diverses hypothèses émergentes, et a renforcé la rigueur de nos analyses (214,215).

Les évolutions proposées ne concernent pas seulement les aspects organisationnels du système de santé français, mais aussi les postures des acteurs de santé, ainsi que des évolutions dans les outils de la coordination.

Concernant l'organisation des soins, l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire a été soulevée par l'analyse des ressentis des médecins généralistes, qui relevaient la complexité des prises en charge et le besoin d'une coordination médico-sociale et des soins de santé somatiques et mentaux renforcée. L'analyse de la revue de la littérature a montré que la quasi-totalité des programmes prenant en charge les personnes sans chez-soi privilégiaient cette approche et/ou proposaient des soins de santé intégrés, avec

éventuellement mise à disposition sur les mêmes lieux des soins de santé somatiques, psychiatriques et des acteurs sociaux. Les entretiens auprès des personnes sans chez-soi ont confirmé la nécessité de proposer des solutions de réhabilitation sociale, fortement intriquée à leur besoin de légitimité et de considération en tant qu'humain. La prise en charge sociale devient alors une partie intégrante voire centrale du soin global de ces patients.

Il est apparu que les structures spécialisées de la précarité étaient associées à une meilleure expérience des soins pour les personnes sans chez-soi. Or, l'analyse qualitative auprès des médecins généralistes a permis de comprendre que les médecins « experts » de la précarité, conscients des problématiques sociales de ces patients, développaient une démarche de prise de recul, compréhension des comportements de santé des patients en intégrant la compréhension de la réalité de leur quotidien, s'adaptaient dans la prise en charge, et se responsabilisaient vis-à-vis de la réussite ou non de la relation de soins. Les entretiens auprès des personnes sans chez-soi ont pour leur part relevé l'importance des attentes relationnelles de ces patients : plus qu'une réponse médicale, ou sociale, ils attendent d'être écoutés, considérés et compris de leur médecin généraliste. Une meilleure information et formation des professionnels relatives aux réalités et problématiques des patients sans chez-soi, dans les diverses situations qu'ils peuvent rencontrer, ainsi que des collaborations étroites avec des structures expérimentées de la prise en charge des personnes les plus précaires pourraient favoriser une réponse des médecins plus adaptée aux attentes des personnes sans chez-soi dans les structures classiques de droits commun en soins premiers.

L'accompagnement a montré une amélioration significative de l'accès aux soins des patients sans chez-soi. Les entretiens auprès des bénéficiaires de l'AME ont permis de comprendre la place centrale d'un tissu social spécifique dans leur rencontre avec les soins premiers. Concernant les personnes sans chez-soi, l'accompagnement permettait la réussite du recours aux soins, mais faisait apparaître des discours témoignant d'un recours plus passif, et plus administratif au médecin généraliste. Ces attitudes plus distanciées dans la relation de soins peuvent s'expliquer par le vécu d'exclusion de ces patients, qui, associé à un sentiment d'humiliation à demander assistance, a déjà été décrit comme un facteur de distanciation dans la relation de soins pour les patients les plus précaires (110,211). Il serait intéressant de

poursuivre les analyses relatives aux effets de l'accompagnement sur les recours aux soins, en termes d'expériences, ou de parcours de soins.

Enfin, l'analyse globale de ce travail a permis de confirmer et mieux comprendre les enjeux d'une approche centrée-patient de la part des médecins généralistes prenant en charge les personnes sans chez-soi.

Les études réalisées auprès des patients, à travers le prisme des patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, et des patients sans chez-soi sollicitant les structures d'aide (unités d'hébergement d'urgence, Centres d'hébergement et de réhabilitation sociale, Accueils de jour), amènent des premières pistes de compréhension des postures des patients, et soulèvent le besoin de poursuivre plus en profondeur les analyses de notre terrain, en explorant les postures des personnes dans la diversité de leurs réalités de vie (personnes sans-abri, demandeurs d'asiles, femmes, personnes en rupture de droits, etc.). Il apparaît par ailleurs nécessaire de compléter notre analyse par l'exploration des interactions, attentes, et besoins des autres acteurs principaux intervenant dans la prise en charge des populations les plus précaires parmi les personnes sans chez-soi (professionnels en santé mentale, assistant(e)s social(e)s, infirmier(e)s, acteurs du champ associatif, éducateurs, ...).

2. Une nécessaire adaptation des professionnels de santé dans la prise en charge des personnes sans chez-soi

Dans les articles inclus dans notre revue de la littérature, les programmes prenant en charge les personnes sans chez-soi proposaient souvent la mise à disposition de biens de première nécessité et une colocalisation des services de santé somatique, mentale et des services sociaux. La mise à disposition de biens de première nécessité et une atmosphère chaleureuse étaient par ailleurs associées à de meilleures expériences de soins des personnes sans chez-soi. L'importance d'un accueil chaleureux s'est confirmée lors des entretiens menés auprès des personnes sans chez-soi, et pouvait s'expliquer par leur besoin central d'être considéré comme un être humain normal, digne, et respecté. Si l'adaptation de toutes les structures en termes de services à disposition et d'organisation matérielle n'est pas toujours possible, il est

important que les professionnels soient conscients des problématiques sociales vécues par les personnes sans chez-soi et des adaptations qu'ils doivent penser dans leur posture, la relation médecin-malade, et les réponses médicales à apporter. Une étude socio ethnographique menée auprès de 700 consultations dans 8 cabinets médicaux a elle aussi montré l'importance de la qualité de la relation médecin-patient, de l'implication du médecin dans les dimensions médico-sociales, et d'adaptations organisationnelles dans l'accueil des patients précaires pour leur prise en charge (216).

Pour pouvoir adapter sa posture, et proposer une réponse adaptée et spécifique au patient qu'il recevra, il est nécessaire que le médecin connaisse les spécificités des parcours sociaux et des rapports à la santé des personnes en situation de grande précarité. Le rapport au corps transformé des patients les plus précaires explique des comportements de santé et des demandes qui peuvent être mal perçues ou comprises par les professionnels de santé les prenant en charge. Boltanski a décrit ainsi un rapport au corps moins médicalisé dans les classes pauvres que dans les classes aisées. L'intérêt et l'attention portés au corps, concernant leur apparence physique ou leurs sensations physiques (de plaisir ou de déplaisir) sont, de la même manière, moins marquées. Sont alors formulées des demandes souvent plus diffuses pour les patients les plus précaires, avec des difficultés à exprimer précisément leurs symptômes ou besoins (117,120). Il existe en conséquence un décalage entre besoin de soins, demande exprimée par le patient et demande comprise par le soignant.

Le psychiatre Jean Furtos explique pour sa part que les personnes les plus exclues, qui entrent dans une logique de survie et subissent la situation d'exclusion, développent parfois ce qu'il nomme le « syndrome d'auto-exclusion ». Il définit ce syndrome comme une « déhabitation de soi », se manifestant par une anesthésie corporelle, un émoussement affectif, une hypomanie et une inhibition intellectuelle. S'associent alors à ce syndrome des « signes paradoxaux » : la non demande (plus une personne va mal psychiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide), la réaction thérapeutique négative (plus l'aidant aide, plus la personne va mal), ou une différence dans l'expression des demandes et symptômes (121). On comprend ici la nécessité de rechercher le besoin de soins non exprimé, et l'importance de la relation médecin-malade pour la création d'un lien de confiance. Cette posture devient ici, plus qu'un instrument de la relation médecin-malade, un élément du soin

dans une démarche de santé globale : dans notre contexte d'étude, elle permet aux patients les plus exclus de se sentir considérés comme des personnes normales et dignes. Elle fait écho aux attentes relationnelles plus fortes que pour les patients précaires (189,190), et encore plus que dans la population générale (191) que nous avons retrouvé dans les entretiens auprès des personnes sans chez-soi et des patients bénéficiaires de l'AME : le besoin d'une légitimation, le besoin d'être simplement considéré et respecté comme un être humain.

3. Evolutions de l'organisation des soins primaires en France et réponses aux besoins d'adaptation

L'organisation des soins primaires en France a récemment évolué, avec en particulier le développement des Maisons de santé pluriprofessionnelles, la mise en place de nouveaux modes de rémunération, et la création de nouvelles compétences pour les infirmiers dans le cadre du dispositif Asalée, et du développement du diplôme d'infirmier de pratique avancée. Ces évolutions doivent permettre d'accentuer l'exercice coordonné entre les différents acteurs de santé et optimiser le parcours de soins des patients.

La prise en compte de la complexité de la prise en charge des patients précaires, à travers l'inclusion dans le forfait médecin traitant d'une rémunération adaptée au taux de patients bénéficiaires de la CMUc est une première avancée pour considérer et encourager l'investissement de l'ensemble des médecins généralistes dans ces prises en charge (217). L'extension de cette considération à la prise en charge des patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'état serait intéressante : actuellement ces patients ne peuvent pas intégrer un parcours médecin traitant et n'apparaissent nullement dans les rémunérations forfaitaires liées à la patientèle des médecins généralistes ou dans le cadre des rémunérations sur objectifs de santé publique. Une autre limite spécifique aux patients bénéficiaires de l'Aide médicale d'état concerne l'absence de détention d'une Carte Vitale. La Carte Vitale, permettant l'acquisition du statut d'assuré social dans le parcours de soins coordonnés, paraissait déterminante aux patients bénéficiaires de l'AME interviewés dans ce travail pour un accès optimal aux soins et une rencontre avec la médecine générale ambulatoire de

meilleure qualité, avec notamment le droit de choisir un médecin traitant. La détention d'une Carte Vitale, même provisoire, pour ces patients, est une piste à réfléchir pour déstigmatiser leur accès aux soins.

Parmi les nouveaux modes de rémunération, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) concerne les maisons et pôles de santé. Il comprend trois axes majeurs :

- 1- l'accès aux soins facilité dans les maisons de santé (horaires d'accueil consolidés, une incitation à l'accueil de spécialistes de second recours, implication des équipes dans des actions de santé publique)
- 2- la valorisation du travail en équipe, coordonnée par un professionnel dédié, soutenu par des protocoles et organisant des réunions de concertation pluriprofessionnelle autour de situations complexes ;
- 3- l'utilisation de systèmes d'information partagés et labellisés par les équipes, permettant de prendre en charge le patient en « pluriprofessionnalité » (218–220).

Le développement des maisons de santé, proposant un projet de santé adapté au diagnostic de leur territoire, et coordonné grâce aux rémunérations permises par l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI), apparaît une réponse pertinente pour la population générale, et peut-être encore plus pour les personnes les plus précarisées, aux besoins de soins complexes. Mise à part la limite à répondre à certains besoins spécifiques pour les personnes les plus exclues (personnes sans-abri plus particulièrement), comme la fourniture de biens de première nécessité, dans un tel modèle de maisons de santé, la coordination entre un personnel d'accueil chaleureux, un médecin pouvant se rendre disponible, une infirmière pouvant panser les fréquentes blessures mais aussi coordonner et suivre les parcours de soins de l'ensemble des patients sans chez-soi, une consultation de service social avancée, voire la présence d'un spécialiste en santé mentale ou d'un psychologue, peuvent créer les conditions favorables à un projet de soins intégré dans un projet de vie.

Ainsi, il est possible d'envisager la présence au sein des maisons de santé, en sus d'infirmiers libéraux classiques, de nouveaux postes infirmiers.

Dans le cadre d'un dispositif expérimental créé en 2004, le dispositif Asalée (Actions de santé libérale en équipe), des infirmiers Asalée salariés par l'association Asalée peuvent intervenir auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes qui leur adressent des patients en consultation pour partager leur suivi dans le cadre de quatre protocoles : dépistage et prise en charge du diabète, suivi des patients à risque cardiovasculaire, dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive et dépistage des troubles cognitifs. Ce dispositif associe ainsi plusieurs innovations organisationnelles en soins primaires, en particulier le développement de pratiques coopératives médecin-infirmière-patient, et un nouveau mode de financement par une organisation intermédiaire jouant un rôle de tiers entre les financeurs et les professionnels (221). Bien qu'impliquant des tâches bien définies des infirmiers, il serait intéressant de poursuivre les expérimentations dans le cadre de ce dispositif, en réfléchissant aux rôles des infirmiers Asalée dans l'éducation à la santé et les suivis de parcours de soins par exemple auprès de patients vivant des situations d'exclusion et vivant des phénomènes de non-recours ou ruptures de soins.

Les premiers infirmiers de pratique avancée (IPA) seront diplômés à la fin de l'année universitaire 2018-2019. Les IPA pourront exercer en ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin (par exemple en maison ou centre de santé). L'IPA exercera dans une forme innovante de travail interprofessionnel. En acquérant des compétences relevant du champ médical, il suivra des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui de ses patients. Il verra régulièrement ceux-ci pour le suivi de leurs pathologies, en fonction des conditions prévues par l'équipe. L'IPA discutera du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe. Il reviendra vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou lorsqu'il repèrera une dégradation de l'état de santé d'un patient. Parmi les domaines d'intervention qui ont été actuellement définis, le domaine des pathologies chroniques stabilisées et polyopathologies courantes en soins primaires pourra concerner la prise en charge des personnes sans chez-soi et vivant des situations d'exclusion ou grande précarité (222).

Ainsi, le modèle des maisons de santé pluriprofessionnelles, intégrant ces innovations organisationnelles, a l'avantage de ne pas être une structure spécifiquement conçue pour l'accueil de cette population, tout en pouvant répondre de manière plus adaptée aux exigences d'une prise en charge adaptée, centrée-patient, et coordonnée, voire intégrée. Il peut permettre une continuité de suivi tout au long du parcours d'insertion, sans nécessité de changer de structure de soins avec l'amélioration des indicateurs médicosociaux. Il a enfin l'avantage d'être adapté aux soins premiers dans leur évolution actuelle en France. Néanmoins, la capacité des maisons de santé pluriprofessionnelles ayant un service social avancé à faciliter le retour de ces populations précaires dans un projet thérapeutique adapté reste à prouver par des études de terrainⁱ.

4. Construire un modèle collaboratif pour résoudre le débat entre structures « spécialisées » et « non spécialisées » de la précarité ?

Ce travail de thèse a fait ressortir dans chaque partie l'importance de développer une prise en charge médico-psycho-sociale, avec collaboration étroite entre les différents acteurs du soin des personnes sans chez-soi.

Le social apparaissait comme une partie centrale du soin de ces patients, à la fois dans le discours des médecins et l'importance qu'ils percevaient du social dans la prise en charge, mais aussi dans les expériences des patients où les conditions de vie étaient intriquées avec leur rapport et leurs modalités de recours aux soins.

Les médecins soulevaient plus particulièrement le besoin de liens plus renforcés avec les assistantes sociales. L'importance qu'ils percevaient de la gestion des questions sociales dans

ⁱ Réflexions inspirées de l'analyse commentée par Christophe Berkhout (UFR Lille) dans un article à paraître dans la rubrique « Publications Phares » de la revue *Exercer*, à propos de la troisième étude de ce doctorat : « Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. Jego M, Abcaya J, Ștefan DE, Calvet-Montredon C, Gentile S. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15: E309 »

la prise en charge des personnes sans chez-soi pouvait les amener à discuter leur propre rôle dans la prise en charge de ces patients.

Plusieurs travaux montrent qu'il existe un cloisonnement entre les professionnels du domaine social et les médecins généralistes. En France, la méconnaissance réciproque entre les acteurs sociaux et les médecins généralistes a déjà été soulevée : dans une thèse menée par questionnaire auprès de médecins généralistes, 22% des médecins interrogés déclaraient connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs sociaux de leur territoire, en particulier les jeunes médecins (< 45 ans) (223).

La construction d'un partenariat avec des professionnels du champ médico-social peut permettre de mieux répondre aux besoins des patients comme le démontrent les exemples britanniques et néerlandais qui, dans leur lutte contre les inégalités sociales de santé, ont placé les soins primaires au cœur de la prise en charge (7). En France, les plateformes territoriales d'appui ont été créées en 2016, dans l'objectif d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie, à travers l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires, l'appui à l'organisation des parcours complexes, le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination (224). Le secteur de Marseille est depuis fin 2018 doté d'une plateforme territoriale d'appui, dont l'opérationnalité, prévue début 2019, est attendue prochainement (225). Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), pilotées par les professionnels de santé, sera un autre moyen de formaliser un exercice pluridisciplinaire en médecine ambulatoire. Ces dispositifs associent des professionnels de santé de toutes spécialités, du premier et du second recours, exerçant en structure d'exercice coordonné (maisons et centres de santé), en cabinet de groupe ou individuel voire en établissement médico-social. Les professionnels des établissements hospitaliers publics ou privés, notamment du fait de leur fonction de proximité, peuvent participer ou contractualiser avec les CPTS. Elles n'impliquent pas de regroupement géographique des professionnels au sein d'un même lieu de soins (226). Ces nouveaux dispositifs pourraient être des outils pour renforcer la coordination et décroiser les parcours entre les champs médical et social.

Il serait particulièrement important dans le secteur de Marseille qu'un axe fort soit porté lors de leur développement sur la coordination médico-sociale des sujets en situation de précarité.

Une étude réalisée sur Montpellier entre 2009 à 2010 auprès de patients recrutés via leur médecin généraliste ou suite à des consultations aux urgences du centre hospitalier universitaire, a évalué si l'orientation précoce des patients ayant des difficultés financières à l'accès aux soins vers une plate-forme sociale dédiée permettait d'obtenir une couverture médicale complète, d'éviter la précarisation liée aux frais de soins et diminuait les renoncements aux soins pour raisons financières. Les patients étaient randomisés en deux groupes : groupe action, et groupe information. Dans le groupe action, un rendez-vous était donné au patient avec une assistante sociale, dans le groupe information, une brochure d'information était remise au patient, relative à l'existence d'une plateforme sociale. A 3mois, une couverture maladie avait été obtenue pour 58% des patients inclus via un médecin généraliste et 36% des patients inclus via les urgences : le déploiement de plateformes sociales dédiées à l'aide à l'accès aux soins des patients vulnérable apparaît utile pour améliorer la couverture sociale des patients, bien que restant limitée. Il n'y avait cependant pas de différence significative entre le groupe action et le groupe information sur les critères étudiés, à 3 mois après la prise en charge, en dehors d'une augmentation du nombre de consultations spécialisées et de réalisations des actes de biologie prescrits. Les auteurs formulent les hypothèses d'un manque d'efficacité de l'orientation effective vers une assistante sociale, ou d'un manque de puissance. Dans cette étude, les relations entre les médecins et les assistantes sociales n'étaient pas détaillées ; il est probable qu'elles aient été peu développées : on peut se poser la question de l'effet d'un travail plus collaboratif entre médecins et travailleurs sociaux (227).

Les moyens sont-ils actuellement suffisants pour permettre l'accès à toutes les personnes en situation de grande précarité à un accompagnement social renforcé ? En 2011, la France totalisait 1,2 millions de travailleurs sociaux. Parmi eux, 40 % d'entre eux travaillaient auprès de particuliers employeurs, comme assistantes maternelles, gardes d'enfants à domicile ou aides à domicile. Et au final, parmi les 727000 travailleurs sociaux restants, seuls 51000

travaillaient dans le secteur de la prise en charge des personnes en difficulté sociale (228) : si le chiffre absolu peut paraître satisfaisant, il laisse entrevoir la part limitée des ressources allouées dans la prise en charge des personnes en situation de grande précarité.

Dans les analyses qualitatives menées dans la première phase de ce travail, auprès des médecins généralistes experts de la précarité, les difficultés de coopération entre les différents professionnels et structures prenant en charge les personnes sans chez-soi ont été relevées. Les médecins formulaient alors souvent des limites à la réussite d'un réseau formel et pérenne pour les personnes en situation de grande précarité sur Marseille. Des études complémentaires, auprès des autres acteurs centraux de la prise en charge des personnes sans chez-soi (infirmiers, psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, représentant des structures impliquées dans l'accueil et la prise en charge des personnes sans chez-soi), seraient intéressantes pour mieux cerner les limites et leviers à une collaboration interprofessionnelle réussie.

Un autre champ où les enjeux apparaissent particulièrement importants pour l'amélioration de la santé des personnes sans chez-soi est celui de la collaboration entre médecin généraliste et services de santé mentale. En effet, la prévalence des troubles de santé mentale chez les personnes sans chez-soi, et la complexité perçue par les médecins généralistes des prises en charge pour les patients souffrant de troubles mentaux ou en situation d'addiction, justifient la nécessité de développer prioritairement une prise en charge pluridisciplinaire et intégrée entre médecins généralistes et services de santé mentale.

Malgré l'évidente nécessité de coopération fonctionnelle entre ces deux secteurs, il s'agit probablement de l'un des domaines où les difficultés de communication sont les plus prégnantes. Sur Marseille, dans le cadre de la volonté des services universitaires de psychiatrie d'améliorer la communication entre médecins généralistes et psychiatres, nous avons mené une étude auprès des médecins généralistes explorant leurs ressentis dans la prise en charge des patients ayant des troubles de santé mentale (quel que soit le statut par rapport au logement) (229). Dans cette étude, les médecins généralistes ressentaient des difficultés importantes dans leur communication avec le secteur psychiatrique, qu'ils percevaient comme opaque, clos, et dont l'accès dépendait de la qualité du réseau de chaque médecin

généraliste. Cette insatisfaction des médecins généralistes dans les relations qu'ils ont avec les spécialistes en santé mentale avait déjà été exprimée dans une autre étude française : ils regrettaient un manque de communication, rapportaient des difficultés pour adresser leurs patients à un psychiatre, ainsi que des difficultés dans la compréhension mutuelle entre médecin généralistes et psychiatres (230). En miroir, les psychiatres ont aussi souhaité voir cette collaboration améliorée (231). Dans notre étude, les médecins généralistes catégorisaient la sévérité de leurs patients plutôt selon les types de troubles que la sévérité de chaque trouble. Les troubles de type psychotique étaient ainsi plus considérés comme sévères, et associés à une prise en charge perçue complexe, de laquelle les médecins généralistes se sentaient exclus, ou désinvestis, privilégiant un rôle ponctuel en cas d'affection aiguë somatique. On comprend alors les fondements d'une prise en charge non adaptée aux besoins de soins complexes des personnes sans chez-soi, chez qui une part non négligeable présente des troubles sévères, dont psychotiques (55). Il semble que ce soit pour les personnes qui nécessitent le plus une prise en charge pluridisciplinaire intégrée, que les difficultés de mise en pratique d'une telle prise en charge soient les plus ressenties, et que les médecins généralistes soient les moins investis en tant que médecins traitants. Ces résultats rappellent ainsi l'enjeu majeur de renforcer les liens entre les deux secteurs plus particulièrement pour les personnes sans chez-soi. Des modèles pour améliorer la collaboration entre médecins généralistes et services de santé mentale ont été évalués. Plusieurs études ont retrouvé un impact positif de l'exercice localisé dans un même lieu de soins entre professionnels de soins primaires et de santé mentale sur leurs pratiques collaboratives (232,233). D'autres études ont relevé les bénéfices d'une approche de prise en charge en équipe, avec une collaboration étroite entre professionnels de soins primaires, psychologues et psychiatres (234).

Dans la suite de ce travail de thèse et dans la continuité des logiques d'amélioration de l'accès aux soins des personnes sans-abri sur Marseille, ainsi que des projets d'amélioration de la collaboration entre les médecins généralistes et le secteur de la psychiatrie sur Marseille, il apparaît intéressant de déployer et évaluer des modèles collaboratifs entre médecins généralistes et professionnels en santé mentale dans la prise en charge des personnes sans-abri présentant des troubles de santé mentale.

L'expérience des microstructures, et du « réseau Canebière » dans les Bouches-Du-Rhône a semblé particulièrement intéressante pour replacer le médecin généraliste au centre de la prise en charge de patients précaires présentant des problématiques d'addictions et des besoins de soins complexes (235). Ces microstructures, équipes pluriprofessionnelle constituée par un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste, au sein de son cabinet, mettent en pratique un modèle de coopération sur les mêmes lieux de soins entre médecin généralistes, professionnels en santé mentale, mais aussi assistants sociaux. Une permanence psychologique et sociale de plusieurs heures hebdomadaires s'organise dans le cabinet médical (le ou les médecins mettent un local à disposition ou prêtent leur cabinet en leur absence). Des réunions de synthèse mensuelles autour des dossiers des patients rassemblent les différents intervenants de la microstructure. On peut déplorer la mise à mal du fonctionnement des microstructures dans le département des Bouches-du-Rhône, à la suite de l'arrêt provisoires des subventions fournies par l'ARS. Leurs nouveaux financements attendus pour 2020 pourront permettre leur nouvelle extension dans le département. Il est prévu d'associer ces microstructures à des projets de maisons de santé ou centres de santé (135). En France en 2018, 42 microstructures, organisées en réseaux, étaient déployées. Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2020 a inclut dans ses priorité la construction de parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisée mieux structurée. Il cite alors les microstructures comme solution, relevant que le « suivi médico-psychosocial de proximité peut être plus adapté aux situations souvent complexes de certains patients du cabinet confrontés à la précarité et dont les addictions sont associées à d'autres pathologies (troubles psychiatriques, hépatites...) » (236). L'extension de financements de modèles similaires plus largement aux populations en situation de grande précarité, ainsi qu'aux personnes en situations de grande précarité présentant des troubles de la santé mentale, avec ou sans addiction, pourrait apparaître particulièrement pertinente.

Enfin, lors de ce travail a été discuté la question d'ancrer dans une filière spécialisée de la précarité, ou de maintenir dans une filière de droit commun, la prise en charge des personnes en situation de grande précarité. D'un côté, l'ancrage dans des filières dédiées peut permettre une prise en charge plus adaptée aux problématiques de ces personnes, et plus

compréhensive, ce qui peut favoriser le recours de ces patients par une meilleure expérience vécue de la prise en charge (142). Outre leur degré de spécialisation, on retrouve dans l'organisation des soins centrés vers l'amélioration de la santé des personnes sans chez-soi, la réunion de moyens permettant de répondre au besoin de contingence, c'est-à-dire à concentrer sur un même lieu géographique offres de soins médicaux et aides sociales. Des initiatives consistant à centraliser sur un même lieu géographique soins de premier recours et service sociaux et d'aide au logement ont montré une efficacité dans l'amélioration de l'accès et du recours aux soins de santé : réduction du délai de prise en charge, phénomène de non-recours moindre, meilleure prise en compte de la prévention, etc. (94). Ces programmes et modèles de prise en charge tendent à se développer. Nous pouvons citer l'exemple de « l'unité Soins de santé de sensibilisation », gérée par des infirmières praticiennes en collaboration avec les médecins de famille et localisée sur le même lieu que les services sociaux pour les familles sans-abri à New York. Cette unité met en étroite collaboration une école de soins infirmiers, des programmes de santé communautaires en médecine de famille appuyés par l'hôpital, et un réseau d'organismes de services sociaux (237).

Mais ancrer la prise en charge des personnes sans chez-soi dans des structures spécialisées de la précarité présente des limites. D'une part, les ressources des structures spécialisées sont parfois insuffisantes pour répondre aux besoins de soins élevés d'une population sans cesse croissante (limite des droits sociaux et d'accès aux examens, traitements ou second recours, surcharge des structures dédiées, limites des structures fonctionnant sur le bénévolat, carences pour la continuité des soins en l'absence d'un médecin référent...) (144). Un rapport évaluant l'accès aux soins à l'hôpital des personnes en situation de précarité a ainsi fait le constat de la saturation, en France, des dispositifs PASS (Permanence d'accès aux soins de santé), avec un nombre important de personnes ne pouvant être reçues par le dispositif chaque jour (139). D'autre part, lorsqu'il s'agit de tenir compte de la santé des personnes de manière globale, en intégrant les dimensions psychiques du bien-être, cette filiarisation va ancrer les patients dans un vécu stigmatisant de la prise en charge, qui pourra contribuer à la baisse de leur estime de soi, et à leur enfermement dans un sentiment d'exclusion (110). Lester et son équipe, qui ont analysé les atouts et inconvénients des centres dédiés aux personnes sans chez-soi dans le système anglais, entrevoyent les conséquences du

développement de ces centres sur les comportements de soins et l'organisation des filières conventionnelles : ils décrivent ainsi leur potentiel à absoudre les médecins généralistes locaux à fournir des soins primaires à ces populations, participant alors à la ghettoïsation des personnes sans-abri au lieu d'encourager leur intégration dans les soins primaires ordinaires (144).

Les auteurs qui ont formulé ces limites ont proposé un meilleur modèle qui combinerait des soins avec des équipes spécialisées de la précarité et des structures de soins primaires classiques. Dans un tel modèle, les patients pourraient voir des praticiens habituels, et pourraient être réadressés vers une équipe spécialisée dans la prise en charge des populations précaires en soutien lors des situations de crise.

Un tel modèle apparaît intéressant à développer pour les personnes sans chez-soi, et plus largement pour les personnes en situation de précarité. Cependant, il existe actuellement peu d'étude évaluant l'efficacité de tels modèles. Il apparaît nécessaire de développer et évaluer rigoureusement des modèles de prise en charge permettant une meilleure collaboration entre structures spécialisées de la précarité et médecine conventionnelle ambulatoire en France.

Dans cette optique, à Marseille, le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde Marseille a mis en place une PASS de ville ayant pour objectif de réorienter directement vers les soins primaires, dans le système de droit commun, les patients consultant à Médecins du Monde et pouvant bénéficier d'une telle réorientation.

Il s'agit de permettre l'accès immédiat aux soins en ville des personnes qui n'ont pas de couverture médicale, soit parce qu'elles ont des droits potentiels/théoriques mais pas de couverture médicale effective, soit parce qu'elles ne peuvent encore prétendre à une couverture médicale.

Cette organisation :

- met en lien directement et d'emblée les patients et les acteurs de soins primaires ;
- permet la garantie de paiement pour les professionnels de santé de ville avec facturation différée ;
- assure un accompagnement des patients dans les démarches sociales et de soins ;

- offrira un pôle téléphonique permettant d'accompagner les professionnels de santé lorsqu'ils se trouvent en difficulté dans la gestion d'une situation complexe.

Ainsi, les patients pourront être orientés auprès de tous les professionnels de santé en soins primaires j (qu'ils soient libéraux ou salariés), dans tous types de structures (cabinets libéraux, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, maisons médicales de garde, cabinets de radiologie, laboratoires de biologies, pharmacies, cabinets dentaires ou centres dentaires...). Ces acteurs de soins primaires ne seront pas eux-mêmes des membres de Médecins du Monde. MDM est le porteur provisoire de la plateforme d'orientation et d'accompagnement, cette plateforme ayant vocation à être reprise par un opérateur au terme de l'expérimentation (3 ans) si elle s'avère positive. Le dispositif PASS de ville deviendrait alors un pont pérenne permettant une orientation et un accompagnement d'emblée auprès de professionnels de santé dans le droit commun, au plus près des lieux de vie du patient.

Un projet de recherche accolé au dispositif a comme objectif d'évaluer l'efficacité de cette innovation organisationnelle proposant une plateforme d'orientation et d'accompagnement permettant la structuration d'une PASS de ville impliquant l'ensemble des acteurs de soins primaires, et les conditions de pérennisation de la portabilité de cette plateforme.

Ce projet d'évaluation, qui a obtenu un financement dans le cadre d'un PREPS (Programme de Recherche sur la Performance du Système de soins) (2018), et débutera entre fin 2019 et début 2020, constitue **la continuité et la suite des travaux relatifs à ce travail de doctorat** (annexe 6).

^j A ce stade les premiers acteurs de soins primaires sollicités ont été pré-identifiés parmi des acteurs déjà investis dans la prise en charge des personnes en situation de précarité : centres de santé sollicités, médecins généralistes libéraux, certaines pharmacies, centres de santé dentaires. Le dispositif a pour vocation lors de sa montée en charge de s'étendre à un nombre croissant de professionnels, mobilisés au plus près des lieux de vie des patients bénéficiaires.

VIII. Conclusion et perspectives

Ce travail de thèse fournit plusieurs pistes pour adapter l'organisation de la prise en charge en soins primaires des personnes sans chez-soi. Les programmes de soins primaires souhaitant prendre en charge mieux les personnes sans chez-soi devraient privilégier une approche pluridisciplinaire et décloisonnée des soins de santé physique, mentale, et de la prise en charge sociale de ces patients. Les maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent être un modèle intéressant pour développer et tester des organisations structurelles non stigmatisantes et adaptées aux personnes vivant des situations de grande précarité. Il peut s'agir de l'organisation de l'accueil, favorisant l'accès aux soins avec ouverture de temps de consultation sans rendez-vous, proposant un accueil physique permanent et chaleureux. Il pourrait aussi s'agir de l'organisation d'une réponse médico-psycho-sociale coordonnée, avec l'intégration d'un temps financé d'assistante sociale dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, voire de psychologue, et la réalisation de réunions pluridisciplinaires pour discuter des patients présentant des situations complexes. Une meilleure collaboration, voire une collaboration formalisée, entre professionnels de santé de premier recours de ville et structures dédiées à la prise en charge des personnes en situation de grande précarité, est une piste pour résoudre le débat entre filières spécialisées ou non spécialisées de la précarité. Sur ces réflexions, un modèle de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de ville a été construit par le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du monde. Il repose sur une articulation entre le CASO et la ville : les patients consultant aux CASO et pouvant entrer dans ce dispositif se voient alors proposer une évaluation sociale, un accompagnement à l'ouverture des droits, et une orientation avec possible accompagnement vers des professionnels de santé de ville, les ancrant donc rapidement dans un parcours coordonné au plus près de leurs lieux de vie. L'évaluation de ce dispositif innovant apportera plus de réponses sur l'intérêt et les limites des modes d'exercice collaboratifs entre filières spécialisées et non spécialisées de la précarité.

Cette étude a par ailleurs relevé la nécessaire adaptation des professionnels de santé eux-mêmes, dans leur posture et les réponses qu'ils doivent apporter dans le soin de ces patients. Pour les personnes sans chez-soi, encore plus que pour la population générale, il apparaît nécessaire que les médecins généralistes proposent une approche centrée-patient, en adaptant leur posture et leurs réponses médicales aux spécificités des diverses situations sociales de leurs patients précaires.

IX. Bibliographie

1. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. oct 2014;384(9953):1529-40.
2. Fondation Abbé Pierre. 22e rapport sur l'état du mal-logement en France en 2017 [French]. 2017. 430p.
3. Daguzan A, Farnarier C. Estimation du nombre de personnes sans abri à Marseille en 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://www.bouches-du-rhone.gouv.fr/Politiques-publiques/Sante-solidarite-hebergement-logement-et-populations-vulnerables/Acces-a-l-hebergement-logement-accompagne/Estimation-du-nombre-de-personnes-sans-abri-a-Marseille-en-2016>
4. Briant P, Donzeau N. Etre sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles. La situation dans les années 2000. *INSEE Première*. janv 2011;(1330):1-4.
5. Mannoni C, Harzo C, Chevallier D. Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les personnes sans-abri à Marseille, rapport final. *Observatoire social de Lyon*; 2011 juill. 141p.
6. FEANTSA. Vers un chez-soi pour tous ? Rapport de la FEANTSA sur le suivi du sans-abrisme et des politiques de lutte contre le sans-abrisme en Europe. 2012. 100p.
7. Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *Bmj*. 2003;327(7406):81.
8. Joyce DP, Limbos M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men: Before and after access to primary health care. *Can Fam Physician*. nov 2009;55(11):1110.
9. Amossé T, Doussin A, Firdion J-M, Marpsat M, Rochereau T. Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire, enquête INED, Paris et petite couronne. sept 2001;(40):1-4.
10. Equipe mobile santé mentale communautaire. Mortalité des personnes sans-abri à Marseille, premières données et premières analyses. 2009 p. 1-8.
11. Labeille B, Canat G, Sindezingue M, Fontaine-Gavino K, Fontaine D, Bolamperti P, et al. Etude « maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité, volet quantitatif: morbidité et mortalité des personnes en grande précarité de l'agglomération de Lyon ». *ORS Rhône-Alpes*; 2011 mai. 82p.

12. Chwastiak L, Tsai J, Rosenheck R. Impact of Health Insurance Status and a Diagnosis of Serious Mental Illness on Whether Chronically Homeless Individuals Engage in Primary Care. *Am J Public Health*. déc 2012;102(12):e83-9.
13. De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *INSEE Première*. avr 2003;(893):1-4.
14. Reid P, Klee H. Young homeless people and service provision. *Health Soc Care Community*. 1 janv 1999;7(1):17-24.
15. Kerker BD, Bainbridge J, Kennedy J, Bennani Y, Agerton T, Marder D, et al. A population-based assessment of the health of homeless families in New York City, 2001-2003. *Am J Public Health*. mars 2011;101(3):546-53.
16. Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al. Mortality Among Homeless Adults in Boston: Shifts in Causes of Death Over a 15-year Period. *JAMA Intern Med*. 11 févr 2013;173(3):189-95.
17. Hwang SW, Ueng JJM, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, et al. Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons. *Am J Public Health*. août 2010;100(8):1454-61.
18. Kushel MB, Gupta R, Gee L, Haas JS. Housing instability and food insecurity as barriers to health care among low-income americans. *J Gen Intern Med*. janv 2006;21(1):71-7.
19. Khandor E, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Med*. 2011;5(2):e94.
20. Crane M, Warnes AM. Primary health care services for single homeless people: defects and opportunities. *Fam Pract*. 1 juin 2001;18(3):272-6.
21. Power R, French R, Connelly J, George S, Hawes D, Hinton T, et al. Health, health promotion, and homelessness. *BMJ*. 27 févr 1999;318(7183):590-2.
22. Kushel MB. Factors Associated With the Health Care Utilization of Homeless Persons. *JAMA*. 10 janv 2001;285(2):200.
23. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013 p. 158p.
24. Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. août 1998;7(4):352-7.
25. Cheng S, Chen C, Hou Y. A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalization: Evidence from a universal coverage health care system. *Arch Intern Med*. 11 oct 2010;170(18):1671-7.

26. Gill JM, Mainous AG, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*. avr 2000;9(4):333-8.
27. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics*. mars 2001;107(3):524-9.
28. Jego M, Balique H. Formaliser un parcours de soins des personnes sans chez-soi: étude de l'acceptabilité du dossier médical personnel (DMP) par les généralistes Marseillais à l'aide d'une méthode mixte. [Mémoire de master] 2012, France; 2014. 161 p.
29. Précarité. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [Internet]. [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/precarite>
30. Encyclopédie Universelle [Internet]. Dictionnaires et Encyclopédies sur « Academic ». [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: http://encyclopedie_universelle.fracademic.com/?f=&t=&nt=0&p=0
31. Chauvin P, Lebas J. Benamouzig Daniel; Des mots pour le dire : exclusion et précarité, catégories d'action publique. Extrait de *Précarité et Santé*. 1998;28-32.
32. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels; 1987.
33. Haut comité de la santé publique, Rainhorn J-D, Grémy F. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Éd. ENSP; 1998.
34. Tudrej B, Herve C. Précarité, analyse d'un concept. Mémoire de Master 1 recherche en éthique médicale. [Internet]. René Descartes Paris V; 2007 [cité 18 oct 2016]. Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=PUF_HERV_2000_01_0007
35. Paugam S. Le Salarié de la précarité. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2000. 437 p.
36. Pierret R. Qu'est-ce que la précarité ? *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*. 16 déc 2013;(2):307-30.
37. Bouzon A. Ulrich Beck, La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité, trad. de l'allemand par L. Bernardi. *Questions de Communication* [Internet]. 1 déc 2002 [cité 22 nov 2016];(2). Disponible sur: <https://questionsdecommunication.revues.org/7281>
38. Brodier-Dolino A. Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie. Rennes: PU Rennes; 2014.
39. Larcher P. La parabole du trampoline. *Revue Quart Monde*. 2000;La santé pour tous : pour quand ?(184).

40. Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Paris: La Documentation française. 2000;23-50.
41. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, Poirier G, Sass C, Vendittelli F, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. Eur J Public Health. août 2015;25(4):604-9.
42. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Santé Publique. 1 déc 2006;18(4):513-22.
43. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. La Revue de l'Ires. (53):3-49.
44. Chambaud L. La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri- Rapport définitif [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2007 [cité 18 juin 2014]. 165p. Report No.: RM 2007-076P. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/rapportsdf_stats_chambaud.pdf
45. Edgar B, Meert H. 5ème bilan de statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe. FEANTSA; 2006.
46. Experts Contributions Consensus Conference on Homelessness; European consensus conference on homelessness. Brussels; 2010 déc.
47. Edgar B. The ETHOS definition and classification of homelessness and housing exclusion. Eur J Homelessness. 2012;6(2):219-225.
48. Busch-Geertsema V, Edgar W, O'Sullivan E, Pleace N. Absence de chez-soi et politiques en la matière en Europe: les enseignements de la recherche [Internet]. Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme. Bruxelles.; 2010 [cité 3 sept 2014]. Disponible sur: http://feantsa.horus.be/files/freshstart/Consensus_Conference/Research/FEA%20020-10_FR_final.pdf
49. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez-soi, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports. 2009 nov. 236p.
50. Fondation Abbé Pierre, FEANTSA. Regard sur le mal-logement en Europe. 2015. [Internet]. p. 55p. Disponible sur: https://www.fondation-abbepierre.fr/documents/pdf/regard_sur_le_mal-logement_en_europe_2015_-_le_rapport_complet.pdf
51. European Commission. Communication from the commission Europe 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels; 2010 p. 17-8.

52. Bruner A. Le tableau de bord de la pauvreté en France. Observatoire des inégalités [Internet]. [cité 20 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Le-tableau-de-bord-de-la-pauvrete-en-France>
53. Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile et l'emploi, des emplois aussi fragiles que leurs conditions de vie. Insee Première. avr 2014;(1494):1-4.
54. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012, des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. Insee Première. juill 2013;(1455).
55. Laporte A, Chauvin P. Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. 2004 [cité 25 juin 2015]; Disponible sur: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925/document>
56. Yaouancq F, Duée M, INSEE. Dossier - Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. France, Portrait Social, édition 2014. :121-38.
57. FNARS. Rapport annuel du 115. Année 2014. FNARS; 2014.
58. Charrier L, Cirbeau C. Rapport annuel du 115, année 2011.
59. Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. Eur J Public Health. févr 2016;26(1):71-6.
60. Hwang SW, Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, et al. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. Am J Public Health. déc 2013;103 Suppl 2:S294-301.
61. DREES. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2013 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>
62. Colineaux H, Querrec FL, Pourcel L, Gallart J-C, Azéma O, Lang T, et al. Is the use of emergency departments socially patterned? Int J Public Health. 13 janv 2018;1-11.
63. Loh L, Dovey S. Who attends Dunedin's free clinic? A study of patients facing cost barriers to primary health care access. J Prim Health Care. 1 mars 2015;7(1):16-23.
64. Sommers BD, Blendon RJ, Orav EJ, Epstein AM. Changes in Utilization and Health Among Low-Income Adults After Medicaid Expansion or Expanded Private Insurance. JAMA Intern Med. 1 oct 2016;176(10):1501-9.

65. Kushel MB, Perry S, Bangsberg D, Clark R, Moss AR. Emergency department use among the homeless and marginally housed: results from a community-based study. *Am J Public Health*. mai 2002;92(5):778-84.
66. Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Flammarion Médecine-Sciences; 1998. 299 p.
67. Maric M, Grégoire E, Leporcher L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. *Série Etudes et Recherches*. (81):1-127.
68. Farnarier C, Fano M, Magnani C, Jaffré Y. Projet TREPSAM (Trajectoire de soins des Personnes Sans-Abri à Marseille), rapport final. 2014 nov.
69. Léal F, Larpin C, Bauduceau A, Gryson C. La précarité sanitaire vue par les médecins. *Humanitaire*. Enjeux, pratiques, débats. 12 déc 2011;(30).
70. Ben Hammou K. Le patient précaire au cabinet de médecine générale. Le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Rouen; 2014.
71. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficulties in the management of precarious patients and precarious migrants. *Santé Publique*. oct 2015;27(5):679-90.
72. Wood N, Wilkinson C, Kumar A. Do the homeless get a fair deal from general practitioners? *J R Soc Health*. oct 1997;117:292-7.
73. Tiffou H. Diagnostic auprès des médecins généralistes du centre-ville de Marseille sur la prise en charge des patients en situation de précarité [Mémoire de master]. Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2007.
74. INSEE. Revenus et pauvreté des ménages en 2012 [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1895078>
75. Sablier N, Rousselot P, Dubreuil Z, Suquet S, Bonnans A. Etude Cohésion Sociale. Contrat de ville Marseille Provence. Etat initial de l'observatoire des quartiers Conseil de Territoire de Marseille Provence. AGAM (Agence d'Urbanisme de l'Agglomération Marseillaise); 2017 nov. 74p.
76. Bazus C, Daguzan A, Sambuc R. Projet « Accès aux soins des personnes sans-abri à Marseille », évaluation quantitative du nombre de personnes sans abri sur Marseille en 2011. 2012.
77. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. nov 2012;12(11):859-70.
78. Baggett TP, Lebrun-Harris LA, Rigotti NA. Homelessness, cigarette smoking and desire to quit: results from a US national study. *Addict Abingdon Engl*. nov 2013;108(11):2009-18.

79. Lee TC, Hanlon JG, Ben-David J, Booth GL, Cantor WJ, Connelly PW, et al. Risk factors for cardiovascular disease in homeless adults. *Circulation*. 24 mai 2005;111(20):2629-35.
80. Kim DH, Daskalakis C, Plumb JD, Adams S, Brawer R, Orr N, et al. Modifiable cardiovascular risk factors among individuals in low socioeconomic communities and homeless shelters. *Fam Community Health*. déc 2008;31(4):269-80.
81. Frencher SK, Benedicto CMB, Kendig TD, Herman D, Barlow B, Pressley JC. A comparative analysis of serious injury and illness among homeless and housed low income residents of New York City. *J Trauma*. oct 2010;69(4 Suppl):S191-199.
82. Mackelprang JL, Graves JM, Rivara FP. Homeless in America: injuries treated in US emergency departments, 2007-2011. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2014;21(3):289-97.
83. Topolovec-Vranic J, Ennis N, Colantonio A, Cusimano MD, Hwang SW, Kontos P, et al. Traumatic brain injury among people who are homeless: a systematic review. *BMC Public Health*. 8 déc 2012;12:1059.
84. Gruber L. Evaluation de l'état de santé des femmes sans abri hébergées à l'Unité d'Hébergement d'Urgence de la Madrague école St Louis à Marseille [Thèse d'exercice]. [2012, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2014.
85. Association JUST. Etude épidémiologique à l'UHU la Madrague ville. 2016.
86. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet Lond Engl*. 25 juin 2011;377(9784):2205-14.
87. Strehlau V, Torchalla I, Kathy L, Schuetz C, Krausz M. Mental health, concurrent disorders, and health care utilization in homeless women. *J Psychiatr Pract*. sept 2012;18(5):349-60.
88. Roze M, Vandentorren S, van der Waerden J, Melchior M. Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey. *J Affect Disord*. 15 2018;229:314-21.
89. Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2016;38:51-60.
90. Hammoud M, Prudhomme J, Champsaur L, Jégo M. [Mental health and disability of children managed by child welfare services in the Bouches-du-Rhône department]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. juin 2018;30(3):349-59.
91. Ubanga-Jones E. Impact de la prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance sur la croissance staturo-pondérale des enfants qui lui sont confiés dans les Bouches-du-Rhône [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2017.

92. Hewett N, Hiley A, Gray J. Morbidity trends in the population of a specialised homeless primary care service. *Br J Gen Pract.* 1 mars 2011;61(584):200-2.
93. Health Quality Ontario. Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review. *Ont Health Technol Assess Ser.* 1 avr 2016;16(9):1-50.
94. McGuire J, Gelberg L, Blue-Howells J, Rosenheck RA. Access to primary care for homeless veterans with serious mental illness or substance abuse: a follow-up evaluation of co-located primary care and homeless social services. *Adm Policy Ment Health.* juill 2009;36(4):255-64.
95. Présentation générale des dispositifs d'aide (Protection universelle maladie, PUMA, CMUC, ACS, AME) [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/les_droits_a_la_couverture_maladie.php
96. Fond de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2017. 2017 p. 127p.
97. Ameli.fr. CMU Complémentaire : conditions et démarches [Internet]. [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/cmu-complementaire>
98. Ameli.fr. Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [Internet]. 2019 [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/aide-paiement-complementaire-sante>
99. Guthmuller S, Jusot F, Wittwer J. Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009. *Questions d'Economie de la Santé.* 2014 (195);1-8.
100. Projet de loi de finances pour 2016 - notes de présentation [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/commission/fin/pjlf2016/np/np25/np255.html>
101. Ameli.fr. Aide médicale de l'État et soins urgents [Internet]. [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>
102. La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite. *Trib Sante.* 25 juill 2011;n°31(2):109-109.
103. Touati S, Vergan S. PASSAGE : Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire. 25 oct 2017 [Thèse d'exercice] [cité 30 mai 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01901229>

104. Bertrand J, Charles J-C. Le Non-recours, une approche qualitative en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cahiers du DROS. 2014;Novembre 2014(16).
105. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé Publique. 2007;19(2):99.
106. Chauveaud C, Warin P, Odénore. Le non-recours à la Couverture maladie universelle Complémentaire. Enquête auprès de populations précaires. 2016 nov. 66p.
107. Médecins Du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France Médecins du Monde. 2010 oct.
108. Vuagnat A, Drees. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on? Panorama des Etablissements de Santé 2013;11-28.
109. Bocognano A, Dumesnil S, Frérot L, Le Fur P, Sermet C. Santé, soins et protections sociale en 1998. Enquête sur la santé et la protection sociale en France 1998. CREDES; 1999. Report No.: 487.
110. Parizot I, Chauvin P. [The access to care of underserved populations: a research among free clinics patients in the Paris area]. Revue D'épidémiologie et de Santé Publique. déc 2003;51(6):577-88.
111. Rode A. Le'non-recours' aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. [Thèse d'Université]. Université Pierre Mendès-France-Grenoble II; 2010.
112. Despres C. Le renoncement aux soins pour raisons financières, analyse socio-anthropologique. DRESS Série Études et Recherche. mars 2012;(119).
113. Drouot N, Simonnot N. « Je ne m'occupe pas de ces patients », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. Médecins Du Monde, Coordination Mission France; 2006 p. 42p.
114. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). European Union Minorities And Discrimination Survey (EU-MIDIS), data in focus report 5, Multiple discrimination. 2010.
115. Vignier N, Dray Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, et al. Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants in France: a comparison according to their HIV and HBV status. Eur J Public Health. oct 2018;28(5):904-10.
116. ARS PACA. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, PRAPS 2012-2016.
117. Boltanski L. Les usages sociaux du corps. Annales. Histoire, Sciences Sociales. 1971;26(1):205-33.

118. Wen CK, Hudak PL, Hwang SW. Homeless People's Perceptions of Welcomeness and Unwelcomeness in Healthcare Encounters. *J Gen Intern Med.* 5 juin 2007;22(7):1011-7.
119. Trabert G. [Health status and medical care accessibility of single, homeless persons]. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentl Gesundheitsdienstes Ger.* juin 1997;59(6):378-86.
120. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Soins.* nov 2014;(790):14-8.
121. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées.* 2007;(11):24-33.
122. International Conference on Primary Health Care (1978 : Alma-Ata, USSR), World Health Organization, UNICEF. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1978 [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/39228>
123. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales.* 22 oct 2010;(3):11-20.
124. WONCA Europe. The european definition of general practice / Family medicine [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
125. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définition et description des compétences en médecine générale. *Exercer.* avr 2013;24(108):148-55.
126. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P-Y, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. *Questions D'économie de la Santé.* 2005;(93):1-8.
127. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, Project A, IRDES. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Revue de littérature. Questions D'économie de la Santé.* 2012;(179):1-8.
128. O'Toole TP, Buckel L, Bourgault C, Blumen J, Redihan SG, Jiang L, et al. Applying the chronic care model to homeless veterans: effect of a population approach to primary care on utilization and clinical outcomes. *Am J Public Health.* déc 2010;100(12):2493-9.
129. Wright NM, Tompkins CN. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract.* 1 avr 2006;56(525):286.
130. Riley AJ, Harding G, Underwood MR, Carter YH. Homelessness: a problem for primary care? *Br J Gen Pract.* juin 2003;53(491):473-9.

131. Rochester regional health. Health Reach Healthcare for the Homeless [Internet]. [cité 17 août 2015]. Disponible sur: <https://www.rochesterregional.org/services/community-outreach-programs/health-reach-healthcare-for-the-homeless>
132. Ministère des solidarités et de la santé. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
133. Di Nino F, Imbs J-L, Melenotte G-H, Doffoel M. Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006-2007. BEH. oct 2009;(37):4004-404.
134. Di Nino F, Imbs J-L, Melenotte G-H, Doffoel M. Progression de la couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B chez les usagers de substances psychoactives suivis par le réseau des microstructures médicales d'Alsace, 2009-2010. BEH. avr 2014;(11):192-200.
135. Rapport d'activité 2018. BUS 31/32. Microstructures. Plus belle la nuit. 2018 p. 115-52.
136. Georges P, Waquet C. Les centres de santé : situation économiques et place dans l'offre de soins de demain. IGAS; 2013. Report No.: RM2013-119P.
137. ARS. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. 2017 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-permanences-daccès-aux-soins-de-sante-0>
138. ARS PACA. Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) [Internet]. 2018 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/permanences-daccès-aux-soins-de-sante-pass>
139. Fédération des acteurs de la solidarité. Enquête. Le fonctionnement des PASS (permanences d'accès aux soins de santé) [Internet]. 2017 mars p. 1-5. Disponible sur: https://www.federationsolidarite.org/images/stories/2_les_actions/sante/actualites/Enquete-PASS.pdf
140. HAS. Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins [Internet]. 2017 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801473/fr/personnes-vulnerables-et-eloignees-du-systeme-de-sante-s-appuyer-sur-les-mediateurs-et-interpretés-pour-améliorer-l'accès-aux-soins
141. Samu Social, Ville de Marseille. Guide de l'urgence sociale, 9ème édition [Internet]. 2017. Disponible sur:

http://social.marseille.fr/sites/default/files/contenu/social/PDF/guide_urgence_sociale_9e_edition_corrige.pdf

142. Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, Jones RN, Roth DL, Stringfellow E, et al. Comparing Homeless Persons' Care Experiences in Tailored Versus Nontailored Primary Care Programs. *Am J Public Health*. déc 2013;103(Suppl 2):S331-9.
143. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet Lond Engl*. 25 oct 2014;384(9953):1541-7.
144. Lester H, Wright N, Heath I. Developments in the provision of primary health care for homeless people. *Br J Gen Pract*. févr 2002;52(475):91-2.
145. Foucras P. Un enseignement sur l'exclusion pendant les études médicales ?1. *Rev Quart Monde [Internet]*. 2002; La santé pour tous : pour quand?(84). Disponible sur: <http://www.editionsquartmonde.org/rqmwww.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2476>
146. Pass de ville à Marseille : un dispositif innovant d'accès aux soins [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/pass-de-ville-marseille-un-dispositif-innovant-dacces-aux-soins>
147. Ridde V, Haddad S. Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue D'Épidémiologie et de Santé Publique*. juin 2013;61:S95-106.
148. Guével M-R, Pommier J. [Mixed methods research in public health: issues and illustration]. *Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy Fr*. févr 2012;24(1):23-38.
149. Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing A Mixed Methods Study In Primary Care. *Ann Fam Med*. janv 2004;2(1):7-12.
150. Wisdom J, Creswell JW. Mixed methods: integrating quantitative and qualitative data collection and analysis while studying patient-centered medical home models. Agency for Healthcare REsearch and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2013 mars. Report No.: 13-0028-EF.
151. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014. 273 p.
152. Apostolidis T. Représentations sociales et triangulation: une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2006;22(2):211-226.
153. Nelson G, Macnaughton E, Goering P. What qualitative research can contribute to a randomized controlled trial of a complex community intervention. *Contemp Clin Trials*. nov 2015;45(Pt B):377-84.
154. Macnaughton EL, Goering PN, Nelson GB. Exploring the value of mixed methods within the At Home/Chez Soi housing first project: a strategy to evaluate the implementation of a complex population health intervention for people with mental

- illness who have been homeless. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. 2012;103(7 Suppl 1):eS57-63.
155. Meschede T, Chaganti S. Home for now: A mixed-methods evaluation of a short-term housing support program for homeless families. *Eval Program Plann*. oct 2015;52:85-95.
 156. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.
 157. Jego M, Grassineau D, Balique H, Loundou A, Sambuc R, Daguzan A, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open*. 1 nov 2016;6(11):e013610.
 158. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé | Legifrance [Internet]. [cité 27 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSZ1609256D/jo/texte>
 159. Gagneux M. Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé, mission de relance du projet de Dossier médical personnel, recommandations à la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. IGAS; 2008 avr. 120p.
 160. Lasbordes P. Rapport sur le dossier médical personnel (DMP) : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ? (compte rendu de l'audition publique du 30 avril 2009) [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.senat.fr/notice-rapport/2008/r08-567-notice.html>
 161. Bourquard K. Dossier médical partagé ou personnel: situation internationale. *Santé Publique Pratique et Organisation des Soins*. 2007;38(1):55-67.
 162. L'assurance maladie. Dossier de presse, 5 millions de personnes ont ouvert leur DMP, le dossier médical partagé poursuit son ascension [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_5_millions_de_DMP.pdf
 163. En quoi consiste le dossier médical partagé (DMP) ? [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872>
 164. El Matouat A. Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2018.
 165. Levasseur G, Bataillon R, Samzun J-L, Cuggia M. A propos du dossier médical partagé : une enquête en médecine générale. *Journées Francophones d'Informatique Médicale*; 2005.

166. Hurtaud A, Dépinoy D. Dossier médical personnel: qu'en pensent les médecins? Une enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims. *Médecine*. 2007;3(6):278-282.
167. Cucheval J, Tramier B. Les médecins libéraux de Picardie et Le Dossier Médical Personnel, 1/3 des médecins donnent leur avis. URML Picardie; 2005.
168. Enouf S. Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé: enquête auprès des médecins généralistes de la Manche [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2016.
169. Tout savoir sur le Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/dossier-medical-partage/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage>
170. DMP: Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>
171. Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG, Garner RE. Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *Am J Prev Med*. nov 2005;29(4):311-9.
172. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:638.
173. Bah A. Inventivité et responsabilité l'accueil de l'autre selon Derrida. *Le Sujet Dans La Cité*. 2016;2(7):227-40.
174. Damgé M. A quoi les migrants ont-ils vraiment droit en France ? *Le Monde* [Internet]. 13 oct 2016 [cité 24 mars 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/10/13/a-quoi-les-migrants-ont-ils-vraiment-droit-en-france_5012683_4355770.html
175. Ferradji T, Lesœurs G. Approches transculturelles de la santé, prendre soin et parler. *Cultures & sociétés: sciences de l'homme*. janv 2016;(37):33.
176. Aïna Stanojevih E, Veïsse A. La santé des migrants - Repères sur la santé des migrants. *Santé de l'Homme*. 2007;392:21-4.
177. Migrant/migration | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
178. Simonnot N, Rodriguez A, Nuenberg M, Fille F, Aranda-Fernandez P-E, Chauvin P. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries. Report on social and medical data gathered in 2015 in 11 European

- countries and Turkey. [Internet]. Médecins du Monde - Doctors of the World; 2016. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01493906/document>
179. Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. DREES Etudes et Résultats. 2008;(645):1-8.
180. Despres C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Questions D'économie de la Santé. oct 2011;(169):1-7
181. Bourdillon F. Eclairages sur l'état de santé des populations migrantes en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(19-20):373-4.
182. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'Octobre 2015 à Mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(19-20):382-8.
183. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacobelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(19-20):405-14.
184. Tindo NL. Aide médicale de l'État : parcours des patients depuis le pays d'origine jusqu'au cabinet de médecine générale dans le département de Seine-St-Denis [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris Diderot - Paris 7; 2014. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4770_TINDO_THESE.pdf
185. Ruelle Y, Barais M. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. Exercer. 2013;(105):27-8.
186. Hjörleifsson S, Hammer E, Díaz E. General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway-practice-based shared reflections among participants in focus groups. Fam Pract. 27 2018;35(2):216-21.
187. Gimenez M. Vers une meilleure qualité des soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde: enquête qualitative par focus-groupes auprès des médecins généralistes des bénéficiaires de l'AME de Bordeaux Métropole [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2018. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/MEM-UNIV-BORDEAUX/dumas-01910361>
188. Chauvin P, Parizot I. Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens: résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville. Saint-Denis-La Plaine; Paris: Les Éd. de la DIV ; INSERM; 2007. (Etudes et recherches).
189. Mazalovic K, Villedary M, Beis J, Faure R, Charra C, Zabawa C. Les attentes des patients en situation de précarité vis-à-vis des professionnels de santé. Exercer. 2017;(137):388-94.

190. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Doctor-patient relationship in situations of economic precarity: the patient's point of view. *Sante Publique (Bucur)*. déc 2015;27(6):837-40.
191. Krucien N, Vaillant ML, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? *Questions D'économie de la Santé*. 2011;(163):1-6.
192. Médecins Du Monde, Coordination Mission France. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde en France - année 2017.
193. Cordier A, Salas F, IGF, IGAS. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale de l'Etat. nov 2010;161.
194. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Avis du CNLE. Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis. 2011 juill p. 1-6.
195. Martin M. 17% des habitants vivent sous le seuil de pauvreté en 2012. *Insee Anal Provence-Alpes-Côte-Azur*. juin 2015;(16):1-4.
196. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014. 152 p.
197. Martin-Fernandez J, Lioret S, Vuillermoz C, Chauvin P, Vandentorren S. Food Insecurity in Homeless Families in the Paris Region (France): Results from the ENFAMS Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 28 2018;15(3).
198. Darbeda S, Falissard B, Orri M, Barry C, Melchior M, Chauvin P, et al. Adaptive Behavior of Sheltered Homeless Children in the French ENFAMS Survey. *Am J Public Health*. 2018;108(4):503-10.
199. Vuillermoz C, Vandentorren S, Brondeel R, Chauvin P. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. *PloS One*. 2017;12(9):e0184138.
200. Lewis JH, Andersen RM, Gelberg L. Health care for homeless women. *J Gen Intern Med*. nov 2003;18(11):921-8.
201. Bousquet D, Couraud G, Lazimi G, Collet M. La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes; 2017 mai. Report No.: 2017-05-29-SAN-027.
202. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Armand Colin; 2005. 128 p.
203. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M, Lejeune C. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff: Armand Colin; 2016. 336 p.

204. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? Rech Qual. 2006;26(1):32-50.
205. McCabe S, Macnee CL, Anderson MK. Homeless patients' experience of satisfaction with care. Arch Psychiatr Nurs. avr 2001;15(2):78-85.
206. Van C den B-C, McGuire J. Trust in health care providers: factors predicting trust among homeless veterans over time. J Health Care Poor Underserved. août 2014;25(3):1278-90.
207. Hautchamp M, Naves P, Tricard D. Rapport de la mission « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? » [Internet]. Paris: IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales; 2005. 82 p. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2005/064000195.pdf>
208. FNARS. Guide méthodologique de l'accompagnement santé. Recl Doc. déc 2006;(40):74p.
209. Jego M, Abcaya J, Ştefan D-E, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. Int J Environ Res Public Health. 10 2018;15(2).
210. O'Toole TP, Johnson EE, Borgia ML, Rose J. Tailoring Outreach Efforts to Increase Primary Care Use Among Homeless Veterans: Results of a Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. juill 2015;30(7):886-98.
211. Parizot I. Soigner les exclus [Internet]. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/soigner-les-exclus--9782130534174.htm>
212. Huberman M, Miles M-B. Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook, 2nd Edition. 2nd edition. SAGE Publications, Inc; 1994. 352 p.
213. Baskerville NB, Hogg W, Lemelin J. Process evaluation of a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns improving preventive care. J Fam Pract. mars 2001;50(3):W242-249.
214. Driscoll DL, Appiah-Yeboah A, Salib P, Rupert DJ. Merging qualitative and quantitative data in mixed methods research: How to and why not. Ecol Environ Anthropol Univ Ga. 2007;18.
215. Flick U. Triangulation Revisited: Strategy of Validation or Alternative? J Theory Soc Behav. 1 juin 1992;22(2):175-97.
216. Pauw C de. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2017. 228 p.

217. Convention 2016 - Rémunération au forfait [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/remuneration-au-forfait/>
218. PAPS Portail: Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.paps.sante.fr/Accord-conventionnel-interprofessionnel-ACI.42189.0.html>
219. Ameli.fr. Les structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
220. UNCAM. Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_sig_ne_vf.pdf
221. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions D'économie de la Santé. avr 2018;(232):1-8.
222. DGOS_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
223. Matz C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Henri-Poincaré; 2011.
224. Ministère des solidarités et de la santé. Plateformes territoriales d'appui : un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes [Internet]. 2016 [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/plateformes-territoriales-d-appui-un-soutien-pour-les-professionnels-dans-l>
225. Une nouvelle plateforme territoriale d'appui (PTA) pour faciliter la prise en charge des situations complexes [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/une-nouvelle-plateforme-territoriale-dappui-pta-pour-faciliter-la-prise-en-charge-des-situations>
226. Ministère des solidarités et de la santé. Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces->

territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser

227. Lognos B, Amouyal M, Garcia marc, Cheyrézi régine, Badin M, Cohen Scali jonathan. Plate-forme sociale ville-hôpital : expérimentation d'une aide à l'accès aux soins. *Exercer*. 2013;24(105):20-6.
228. Marquier R. 1,2 millions de travailleurs sociaux en 2011. *DREES Etudes et Résultats*. 2014;(893):1-6.
229. Jego M, Debaty E, Ouirini L, Carrier H, Beetlestone E. Caring for patients with mental disorders in primary care: a qualitative study on French GPs' views, attitudes and needs. *Fam Pract*. 25 janv 2019;36(1):72-6.
230. Dumesnil H, Apostolidis T, Verger P. Opinions of general practitioners about psychotherapy and their relationships with mental health professionals in the management of major depression: A qualitative survey. *PloS One*. 2018;13(1):1-14.
231. De Gantes E, Bellagamba G, Lehucher-Michel M-P. [Lexical analysis on the quality of work life of hospital psychiatrists]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. déc 2014;26(6):803-12.
232. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mai 2006;51(6 Suppl 1):7S-72S.
233. Valenstein M, Klinkman M, Becker S, Blow FC, Barry KL, Sattar A, et al. Concurrent treatment of patients with depression in the community: provider practices, attitudes, and barriers to collaboration. *J Fam Pract*. mars 1999;48(3):180-7.
234. Byng R, Jones R, Leese M, Hamilton B, McCrone P, Craig T. Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness. *Br J Gen Pract*. 2004;(54):259-66.
235. Melenotte G-H, Brun F. Les microstructures à l'épreuve de la médecine générale. *Doss Entrelacs*. mars 2014;Supplément du bulletin trimestriel de la CNRMS (Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures médicales)(1):1-6.
236. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Priorité 6 : construire des parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisée mieux structurée [Internet]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives; 2018 déc p. 52-61. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildec_a_2018-2022_def_190212_web.pdf
237. Morrow R, Halbach JL, Hopkins C, Wang C, Shortridge L. A family practice model of health care for homeless people: collaboration with family nurse practitioners. *Fam Med*. juin 1992;24:312-6.

X. Abréviations

ACS – Aide à la Complémentaire Santé
AME – Aide Médicale d’Etat
ATD – Agir Tous pour la Dignité
ACI – Accord Conventionnel Interprofessionnel
ASSAb – Accès aux Soins des personnes Sans-Abri
ARS – Agence Régionale de Santé
BMJ – British Medical Journal
CASO – Centre d’Accueil de Soins et d’Orientation
CeGIDD – Centre Gratuit d’Information de Dépistage et de Diagnostic
CIRS – Cumulative Illness Rating Scale
CLAT – Centre de Lutte Antituberculeuse
CMGF – Congrès Médecine Générale France
CNGE – Collège National des Généralistes Enseignants
CMU-C – Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPEF – Centre de Planification et d’Education Familiale
CPTS – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CPS – Carte de Professionnel de Santé
CSAPA - Centres de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DMP – Dossier Médical Partagé
EDSVS – Ecole Doctorale des Sciences de la Vie et de la Santé
EGPRN – European General Practice Research Network
EMPP – Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPICES - Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d’Examens de Santé
ETHOS - European Typology on Homelessness and housing exclusion
HPST – Hôpital Patients Santé Territoires
IGAS – Inspection Générale des Affaires Sociales
IJERPH – International Journal of Environmental Research and Public Health
INSEE – Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPA – Infirmier de Pratique Avancée
MDM – Médecins Du Monde
OMS – Organisation Mondiale de la Santé
PASS – Permanence d’Accès aux Soins de Santé
PASSAGE - Parcours de soins et vécu du suivi par les patients bénéficiaires de l’Aide Médicale de l’Etat en médecine générale ambulatoire
PMI – Protection Maternelle et Infantile
PTA – Plateforme Territoriale d’Appui
PREPS – Programme de Recherche sur l’Evaluation et la Performance du Système de Soins
TREPSAM - Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille
UHU – Unité d’Hébergement d’Urgence
USA – United States of America

XI. Annexes

Annexe 1 – Communication orale : **Jego M, Balique H, Sambuc R, Gentile S.** 10^è congrès du CMGF. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes sans chez-soi

Disponible sur : <http://presentations.congresmg.fr/presentations-2016/video/samedi/01-jego/index.html>



Place du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes sans chez-soi

CMGF 2016, Paris
Le 02 Avril 2016

JEGO-SABLIER Maeva
Interne médecine générale (Marseille)
Doctorat santé publique (EDSVS, unité EA 3279)
Dr Hubert Balique , Dr Dominique Grassineau, Pr Stéphanie Gentile



Liens d'intérêt : aucun
Remerciements : faculté de médecine Marseille, ARS PACA (année-recherche 2013-2014)

1

Concept d'absence de chez-soi

- Sans-abri
- Sans logement
- Logement précaire
- Logement inadéquat

Typologie européenne du sans-abrisme et de l'exclusion liée au logement

2

Problématique de l'absence de chez-soi

- Fréquence et aggravation
- Problématiques intriquées, besoins de soins complexes
- Morbimortalité supérieure
- Carences en termes d'accès et de continuité des soins



Priorité de santé publique
Sur Marseille : projet ASSAb

Filières spécialisées ou droit commun ?

Place du médecin généraliste ?

- Un acteur confronté à l'absence de chez-soi
- Compétences du médecin généraliste
- Confiance et recours aux soins

MAIS

- Des MG trop peu identifiés comme solution de premier recours
- Difficultés
- Refus

4

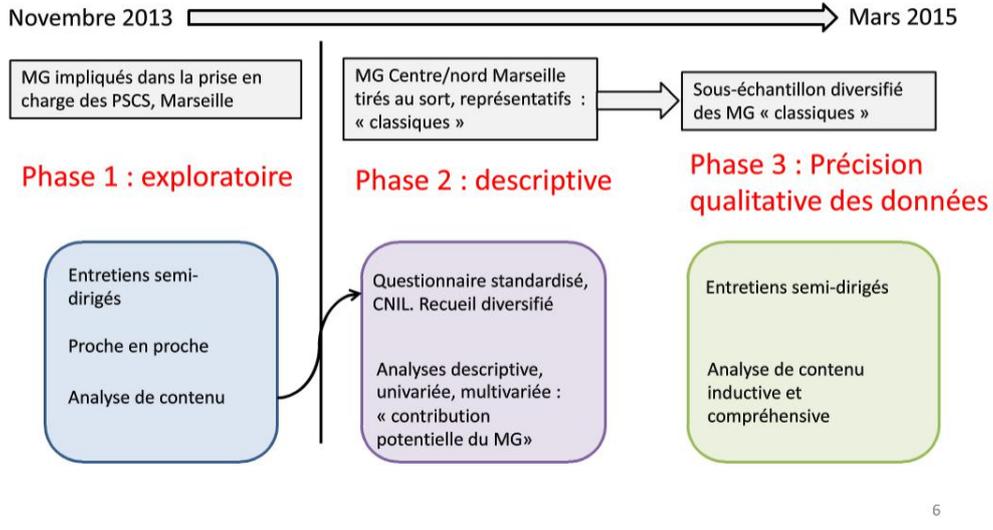
Objectif principal

Etudier les représentations des médecins généralistes vis-à-vis du rôle qu'ils peuvent jouer dans le parcours de soins des personnes sans chez-soi et identifier les facteurs qui influencent ces représentations.

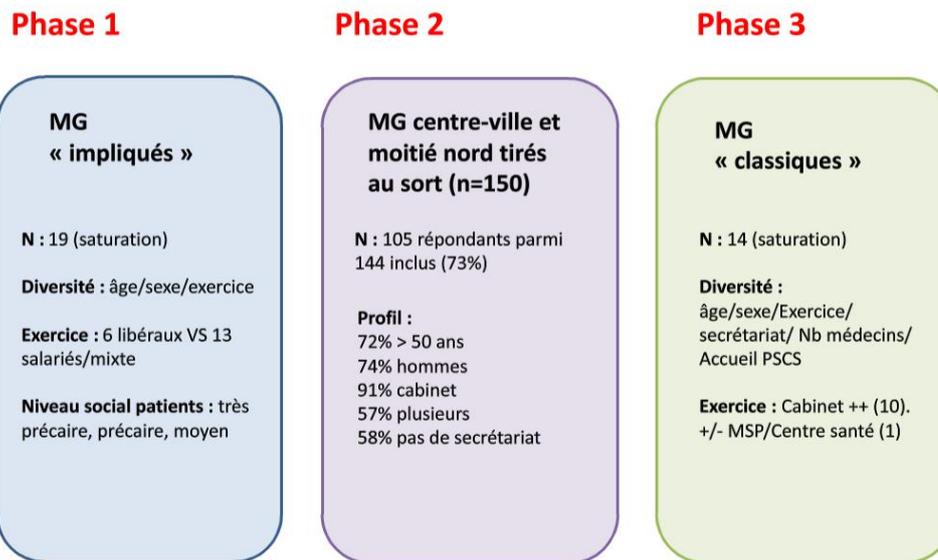
5

Méthode

Etude mixte séquentielle



Résultats : les échantillons



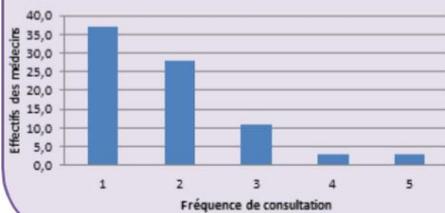
Résultats : médecins « classiques »

- Des médecins exposés à l'accueil des PSCS

Phase quantitative

80% ont déjà reçus des patients
« sans chez-soi »

Fréquence de consultation des
personnes sans chez-soi au cabinet



Phase qualitative

4 profils de médecins :

- Expérience et implication : recrutement
- Exposition : implication
- Exposition faible mais intérêt
- Exposition faible et rejet

Problématiques rassemblées dans la
notion de grande précarité

8

Résultats : médecins « classiques »

- Difficultés pour la prise en charge des PSCS

Difficultés dans la prise en charge		Moy	IC95
Pratiques	Temps (chronophage)	3,25	3-3,5
	Accueil	2,6	2,31-2,88
	Financières (bénévolat)	2,19	1,91-2,46
Médicales	Complexité/lourdeur	3	2,74-3,26
	Récupérations des informations	3,78	3,55-4,01
Questions sociales	Gestion des questions sociales	3,95	3,74-4,17
Interaction/communication	Observance	3,67	3,45-3,89
	Comportement	2,78	2,51-3,05
	Physique	2,74	2,46-3,02
Emotionnelles	Frustration	2,8	2,55-3,06
	Dévalorisation	1,69	1,46-1,91
Facteurs aggravants	Isolement du médecin	3,45	3,18-3,72

Surinvestissement pour le soin, accompagnement nécessaire mais limité, manque moyens

Barrière à l'acceptation pour les médecins ressentant des difficultés

La débrouille, démêler la pelote, difficultés au suivi, perte de contrôle sur la situation/le patient

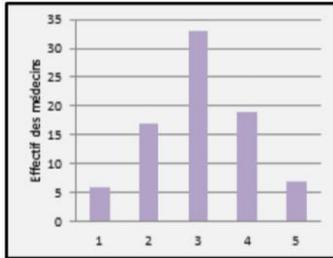
Méconnaissance relais, manque d'appui social, rôle du MG ?

Prise en charge non satisfaisante : insatisfaction/culpabilité/épuisement/anxiété...

13

Résultats : médecins « classiques »

Pensez-vous que les MG peuvent contribuer à la PEC des PSCS (1=pas du tout, 5=énormément) ?



Moy = 3,05 ± 1,041

Caractéristiques des médecins		Analyse univariée		Analyse multivariée	
		Moyennes des réponses	p	OR	p
Age	< 50 ans	3,42	0,022		ns
	> 50 ans	2,86			
Sexe	H	3,16	0,024	4,345	0,01
	F	2,53			
Mode exercice	Libéral	2,97	0,042		ns
	Saïrat/mite	3,80			
Structure exercice	Cabinet	3,05	0,43		
	Autre	2,67			
Ancienneté dans la structure	< 5 ans	3,29	0,26		
	5-10 ans	3,33			
	> 10 ans	2,94			
Nb médecins	Seul	2,89	0,412		
	Plusieurs	3,14			
Secrétariat	No n	3,00	0,763		
	Ou i	3,06			
Nb patients reçus par jour	< 20	3,04	0,53		
	20-30	2,87			
	> 30	3,19			
Niveau social patients reçus	1 (très précaire)	3,40	0,06	0,537	0,044
	2	3,39			
	3	2,88			
	4	2,25			
	5 (très aisé)				
Dossier informatisé	No n	3,16	0,57		
	Ou i	2,98			
Activités précaire	No n	2,99	0,13		
	Ou i	3,43			
Formation précaire	No n	3,05	0,59		
	Ou i	2,60			
Fréquence consultation personnes sans chez-soi	1 (presque jamais)	2,81	0,18		
	2	3,11			
	3	3,09			
	4	4,00			
	5 (quotidiennement)	3,67			
Type de patients reçus	Sa ns logement	3,04	0,82		
	Logement précaire	3,06			
	Logement inadéquat	2,96			

Résultats : médecins « classiques »

- Les conditions à la prise en charge (entretiens)

« Ah ben bien sûr ! y a un suivi, nous on peut faire un suivi »
 « Alors, il faudrait arriver, peut-être à une espèce de contrainte... Qui amènerait à une petite fidélisation »

1. Le suivi / Relation stable
2. Collaboration étroite avec l'assistante sociale
3. Connaissances et adaptation du MG

Limites

Phases qualitatives :

- Désirabilité sociale
- Absence de triangulation des analyses. Mais triangulation méthodologique et rigueur par utilisation d'un logiciel.

Phase quantitative :

- Pas d'extrapolation à l'ensemble des MG français (zones rurale, quartiers aisés en particulier)
- Non-répondants et biais de sélection
- Recueil non systématisé
- Puissance (analyses explicatives)

Conclusion

Adapter les conditions de l'exercice ambulatoire



Equipe et pluri professionnalité
Modes de rémunération
Collaborations étroites social/médical –
droit commun/structures dédiées

Rapport coût-bénéfice perceptible, à quantifier

Annexe 2 – Poster : **Jego M**, Baliq H, Sambuc R, Gentile S. 16^e congrès du CNGE. Formaliser un parcours de soins des personnes sans chez-soi : comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer ?

Poster présenté au congrès CNGE 2016 (français), colloque EDSVS 2016 (anglais), collectif PASS 2016 (anglais)

Formaliser un parcours de soins des personnes sans chez-soi : comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer ?

Maeva Jego^{1, 2}, Dominique Grassineau^{3, 4}, Hubert Baliq¹, Anderson Loundou¹, Roland Sambuc^{1, 3}, Gaetan Gentile², Stéphanie Gentile¹

¹ Ecole Doctorale des Sciences de la vie et de la santé, Aix-Marseille University, unité de recherche EA 3279 – Santé publique et maladies chroniques : qualité de vie, concepts, usages et limites, 13005 Marseille, France

² Département Universitaire de Médecine Générale, Aix-Marseille Université, 13385 Marseille, France

³ PASS, Département de Santé Publique APHM, Marseille, France

⁴ UMR 6278 unité de recherche A.D.E.S – Anthropologie, droits, éthique et santé, Aix-Marseille Université, 13005 Marseille, France

Introduction

Les personnes sans chez-soi (PSCS) souffrent d'une morbidité plus importante et d'une mortalité plus précoce que la population générale. Elles présentent des besoins de santé complexes, associant pathologies psychiatriques, somatiques et difficultés sociales. Cependant, elles font face à des difficultés d'accès aux soins et suivent des itinéraires de soins inadaptés.

Objectif : Explorer les représentations des médecins généralistes (MG) vis-à-vis de leur place dans la prise en charge des PSCS, et comprendre quels facteurs influencent ces représentations.

Méthode

Design

Phase 1

Phase 2

Phase 3

Population / Sampling

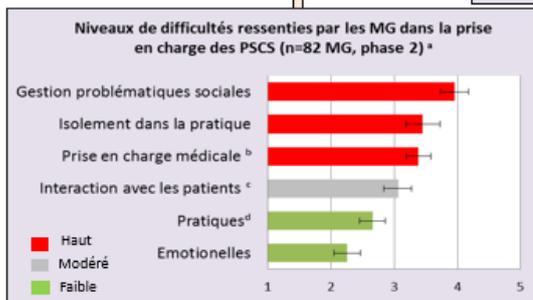
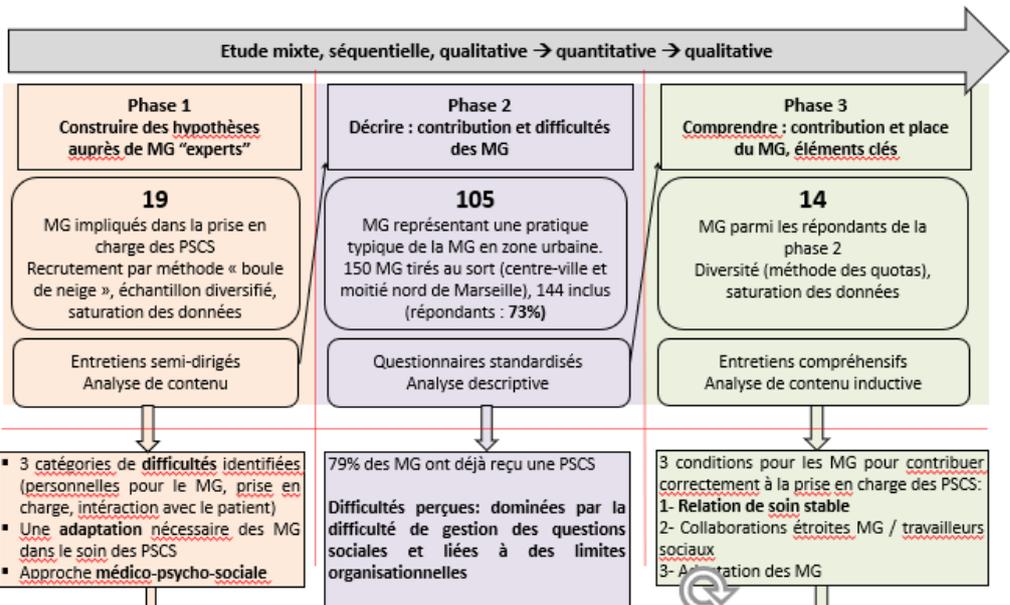
19

105

14

Data/analyses

Results

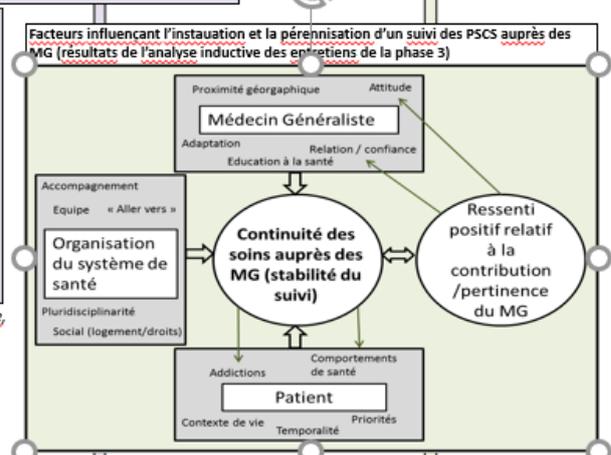


* Moyenne des réponses des MG avec une pratique typique de la médecine générale, sur échelles de Likert (entre 1-absence de difficulté et 5=difficultés majeures)

^b Variable agrégée incluant « complexité » (moy=3,5±1,2) / « informations médicales » (moy=3,8±1,0)

^c Variable agrégée incluant « observance » (moy=3,7±0,99) / « comportement des patients » (moy=2,8±1,2) / « Physique » (moy=2,7±1,3)

^d Variable agrégée incluant « temps nécessaire » (moy=3,2/5±1,1) / « accueil des patients » (moy=2,6±1,3) / « Financières » (moy=2,2±1,2)



Conclusion

Les MG peuvent contribuer à l'amélioration de la santé des PSCS si les conditions organisationnelles et matérielles sont réunies pour rendre la prise en charge efficiente.

Nos résultats pourraient appuyer la construction d'un nouveau modèle d'organisation dans les soins de premiers recours pour améliorer l'accès aux soins des personnes sans chez-soi

Contact/Plus d'informations

Maeva.jego@univ-amu.fr



Faculté de Médecine

Aix-Marseille Université

Improving access and continuity of care for homeless people : how could general practitioners effectively contribute ?

JEGO Maeva, PhD , Ecole Doctorale des Sciences de la vie et de la santé, Aix-Marseille Université
(Human Pathology - Clinical research and Public Health),
Directors : Pr Gentile Stéphanie, Dr Balioue Hubert; Sponsor : Pr Sambuc Roland
EA 3279 - SPMC - Santé Publique et Maladies Chroniques : Qualité de Vie, Concepts, Usages et Limites, Déterminants.
Faculté de médecine, 27 Bd Jean Moulin, 13385, Marseille CEDEX 5, France

Introduction

Homelessness increased in France and Europe on last years. Homeless people (HP) suffer from higher morbidity and early mortality. They often have complex needs associating social, somatic and psychiatric troubles. Despite this, they face difficulties in accessing primary care, and go through inadequate therapeutic routes.

Objective: To analyze the views of general practitioners (GPs) about caring for HP, and to understand which measures could improve the involvement of GPs in caring for HP.

Methods

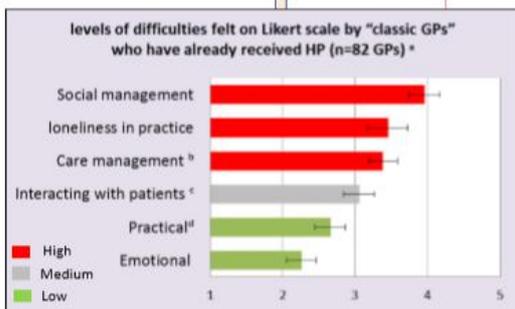
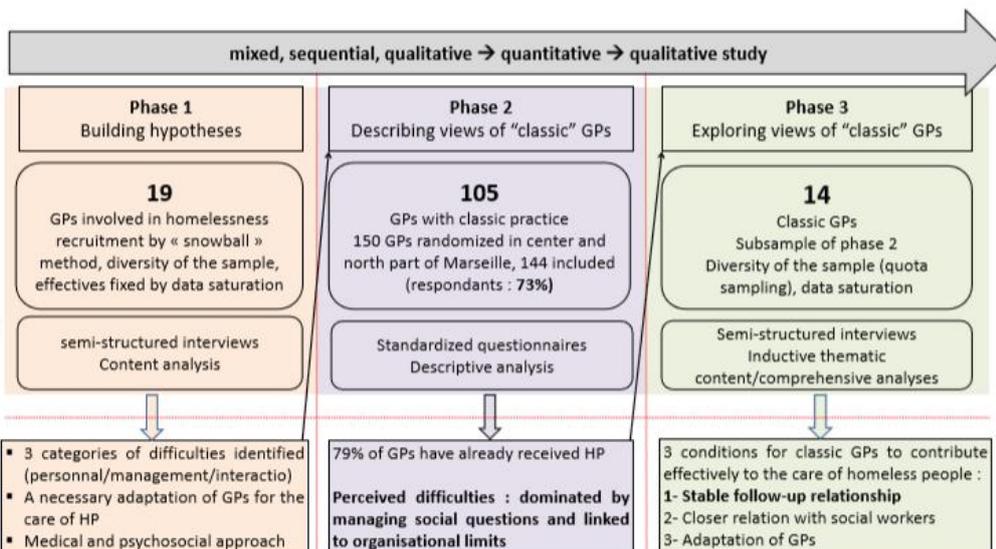
Design

- Phase 1
- Phase 2
- Phase 3

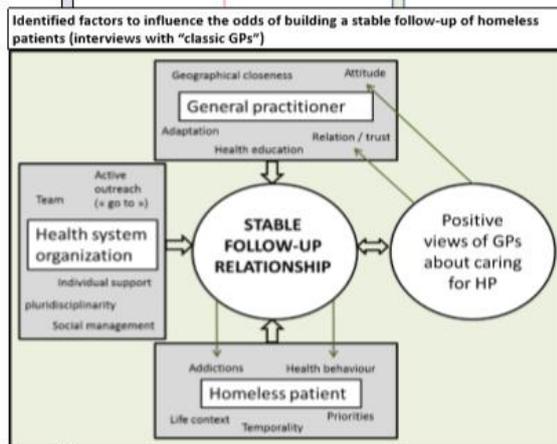
Population / Sampling

Data/analyses

Results



- * Mean of GPs' answers on Likert scale (between 1=none and 5=very high difficulties)
^b Agregate variable including « complexity » (mn=3,5±1,2) / « medical informations » (mn=3,8±1,0)
^c Agregate variable including « patient's compliance » (mn=3,7 ±0,99) / « patient's behavior » (mn=2,8 ±1,2) / « Physical appearance » (mn=2,7±1,3)
^d Agregate variable including « time necessary » (mn=3,2/5±1,1) / « patient's reception » (mn=2,6±1,3) / « Financial » (mn=2,2±1,2)



Conclusion

GPs could contribute to improve the health of homeless people, if we adapted the conditions of their practice.

These results will enable to construct a new model of primary care organization to improve access to care for the homeless.

Contacts / More informations Maeva.jego@gmail.com



Annexe 3 – Poster : **Jego M**, Balique H, Sambuc R, Gentile S. 11^e congrès du CMGF.

Le « Dossier Médical Partagé » (DMP) pour améliorer la prise en charge des personnes sans chez-soi : quelle acceptabilité des médecins généralistes ? Résultats d'une étude mixte.

Le « Dossier Médical Partagé » (DMP) pour améliorer la prise en charge des personnes sans chez-soi : quelle acceptabilité des médecins généralistes ?

Maeva Jego^{1, 2}, Hubert Balique¹, Roland Sambuc¹, Stéphanie Gentile¹

¹ Ecole Doctorale des Sciences de la vie et de la santé, Aix-Marseille University, unité de recherche EA 3279 – Santé publique et maladies chroniques : qualité de vie, concepts, usages et limites, déterminants, 13005 Marseille, France

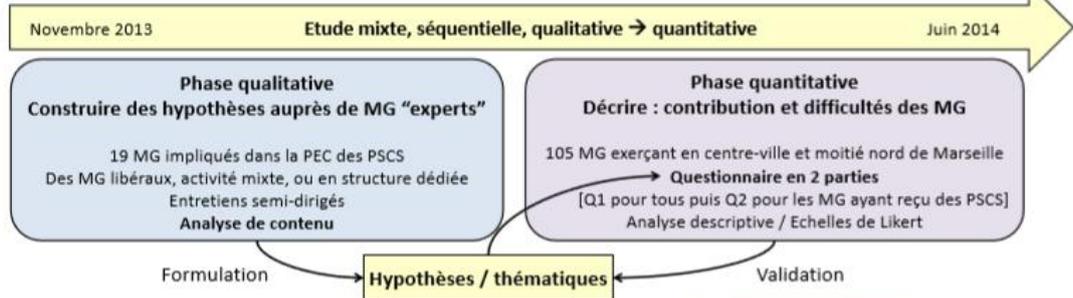
² Département Universitaire de Médecine Générale, Aix-Marseille Université, 13385 Marseille, France

Introduction

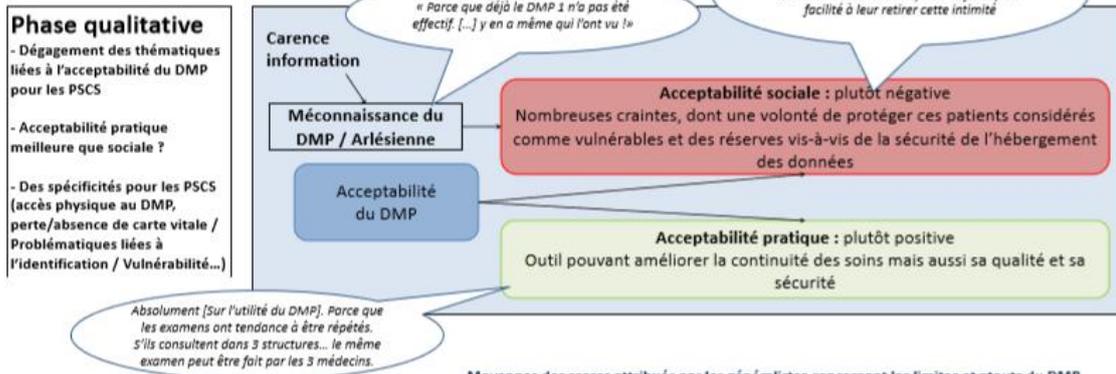
Les personnes sans chez-soi (PSCS) souffrent d'une morbidité plus importante et d'une mortalité plus précoce que la population générale. Elles présentent des besoins de santé complexes, associant pathologies psychiatriques, somatiques et difficultés sociales. Cependant, elles font face à des difficultés d'accès aux soins et suivent des itinéraires de soins inadaptés.

Objectif : Etudier l'acceptabilité de l'utilisation du "Dossier Médical Personnel" [DMP], plus récemment nommé "Dossier Médical Partagé", par les médecins généralistes [MG] dans le contexte spécifique de la prise en charge des PSCS.

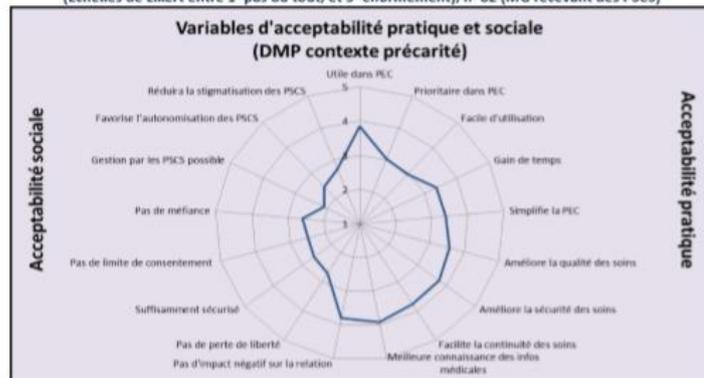
Méthode



Résultats



Moyennes des scores attribués par les généralistes concernant les limites et atouts du DMP (Echelles de Likert entre 1=pas du tout, et 5=énormément), n=82 (MG recevant des PSCS)



Conclusion

L'utilisation du DMP pour les PSCS reste conditionnée à l'information des professionnels, à l'optimisation de ses fonctionnalités, et à l'adaptation de l'outil au contexte de la grande précarité, dans une logique d'universalisme proportionné.

Contact/Plus d'informations

Maeva.jego@univ-amu.fr



Annexe 4 - Communication orale : **Jego M, Abcaya J, Stefan D-E, Calvet-montredon C., Gentile S.** *Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review.* Communication présentée aux :

- 18^e congrès du Collège National des Généralistes Enseignants, Tours, Novembre 2018, plénière publications phares. [Français]
- Congrès de la Médecine Générale de France (CMGF), Paris, Avril 2018 [Français]
- Congrès de l' European Général Practice Research Network, Sarajevo, Octobre 2018 [Anglais]

Vidéo de la communication orale disponible sur :
<https://www.youtube.com/watch?v=v81frs6Hhdc&t=0s&index=41&list=PLwN4aYwrQ9MtVkJDP95t37DNch8dbFRyTx&app=desktop>



Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review

Jego Maeva^{1,2}, Abcaya Julien¹,
Stefan Diana Elena³, Calvet-Montredon Céline¹, Gentile Stéphanie²

¹Aix-Marseille Université, Département de médecine générale

²Aix-Marseille Université, CERESS

³Faculty of Medicine, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*



www.congrescngc.fr

[f](#) [t](#) [#CNGE2018](#)

Liens d'intérêt

Aucun

Mais une confrontation
quotidienne dans mon exercice



[#CNGE2018](#) | [@congrescngc](#)

Introduction

L'absence de chez-soi



Logement précaire / inadéquat / Sans logement / Sans-abri

4 millions / an en Europe

900 000 sans logement personnel en France

#CNGE2018 | @congrescngc

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique
Tours

Introduction

Etat de santé
dégradé et besoins
de soins **complexes**



Difficultés d'**accès**
aux soins, **itinéraires**
inadaptés

**Comment améliorer la prise en charge des
personnes sans chez-soi ?**



#CNGE2018 | @congrescngc

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique
Tours

Objectifs

- Décrire les principales **caractéristiques des programmes** de soins primaires prenant en charge les personnes sans chez-soi
- Identifier quelles caractéristiques sont **pertinentes pour améliorer** la prise en charge des personnes sans chez-soi

#CNGE2018 | @congrescngc



Méthode

Revue de la littérature (Janv 2012 → Déc 2016), **PRISMA**

Articles **décrivant ET évaluant** des programmes en **soins primaires** pour les **personnes sans chez-soi**

Niveau de preuve : grade USPTSF (U S Preventive service Task Force)

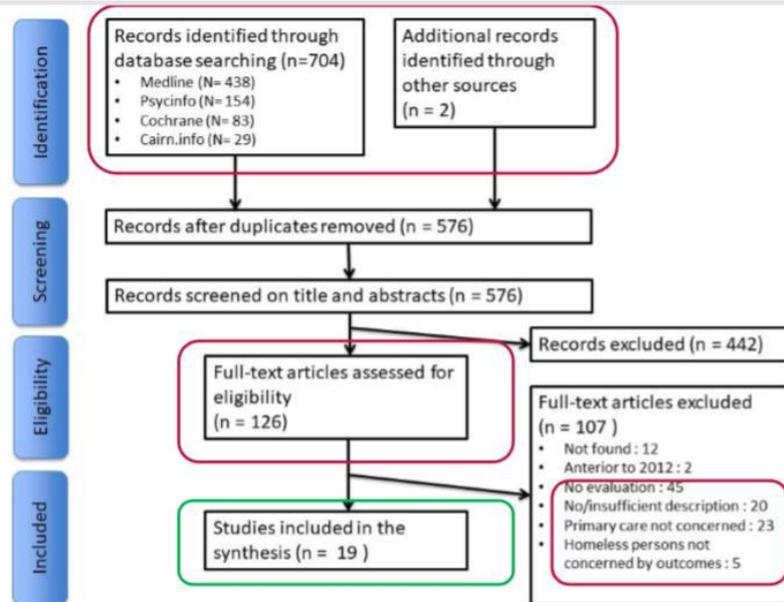
Description des caractéristiques des programmes
Effets

#CNGE2018 | @congrescngc



Résultats :

Sélection des articles



#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

Résultats : caractéristiques des études



Niveaux de preuve **plutôt faibles**

I **3 études**

II **9 études**

III **7 études**

Acteurs : **médecin généralistes, infirmières**, dentistes, étudiants

Structures principalement
"spécialistes" de la précarité (14)

#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

Résultats : quelles composantes principales des programmes ?

Equipe multidisciplinaire
Soins de santé intégrés (n=13)



Regroupement des services (n=7)



Approche centrée patient, santé communautaire, care management (n=16)



Favorisent l'accès: « aller vers », accès bas seuil, atmosphère (n=12)



#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

Résultats : quelles caractéristiques efficaces pour les personnes sans chez-soi ?

Structures « spécialisées »*

Ambiance chaleureuse
Besoins de base sur site



↑ Expérience des soins / satisfaction

(Omori 2012, Kertesz 2013, Chrystal 2015, Rowan 2013)

Infirmières cliniciennes*

Evaluation statut **logement***
Services sociaux / besoins de base*
Engagement **communautaire***



↓ Recours urgences (>30%) hospitalisations (>20%)

(O'Toole, 2016)

Accompagnement physique*



↑ Accès aux soins

(O' Toole, 2015)

* p<0,05

#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

Résultats : quelles principales limites des programmes ?

Accessibilité des services

(Rowan 2013, campbell 2013, weinstein 2013, Dang 2012)

Recours aux urgences VS population générale (1 étude)*

(O'Toole, 2016)

Continuité des soins

(Simons, 2012)

Difficultés exprimées des équipes à développer le travail pluridisciplinaire

(Rowan 2013)

* $p < 0,05$

#CNGE2018 | @congrescngc

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

Forces et limites



Analyse compréhensive
et approfondie

Approche pragmatique



Bases de données (embase)
Niveau de preuve des études
Phénomènes complexes : difficulté
d'isoler les effets d'une composante

#CNGE2018 | @congrescngc

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

Discussion

Résoudre le débat entre filière spécialisée et non spécialisée de la précarité en soins premiers ?



D'autres interventions en dehors du soin



#CNGE2018 | @congrescngc

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

Conclusion

Privilégier :

Approches multidisciplinaires, en équipe

Approches communautaires

Prise en compte besoins sociaux / première nécessité

Explorer :

Résoudre le débat entre filières spécialisées et non spécialisées de la précarité ?



#CNGE2018 | @congrescngc

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

Merci de votre attention !

Pour plus d'informations :

Jego M, Abcaya J, Ştefan D-E, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018;15:309

<https://doi.org/10.3390/ijerph15020309>



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*

Maeva.jego@univ-amu.fr

#CNGE2018 | @congrescng

 18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique *Tours*

Annexe 5 – Communication orale : *Touati S., Vergan S., Jégo M. PASSAGE : Parcours de soins et vécu du suivi par les patients bénéficiaires de l’Aide Médicale de l’Etat en médecine générale ambulatoire. 18^{ème} congrès national du Collège des Généralistes Enseignants, Tours, Nov 2018.*



PASSAGE : Parcours de soins et vécu du suivi par les patients bénéficiaires de l’Aide Médicale de l’Etat en médecine générale ambulatoire

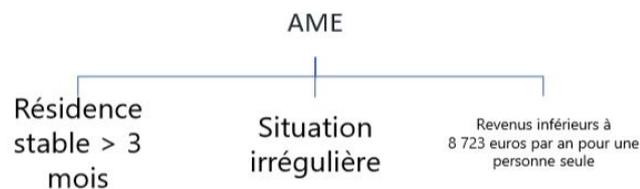
- Thèse soutenue par le Dr Stéphan TOUATI et le Dr Sébastien VERGAN le 25 Octobre 2017.
- Dirigée par le Dr Maeva JÉGO
- Aix Marseille Université

www.congrescngc.fr

[f](#) [t](#) #CNGE2018

INTRODUCTION - CONTEXTE

- **Prise en charge de la santé des migrants** : enjeu éthique et de santé publique



- **Difficultés d'accès aux soins** : non-recours aux soins, barrières professionnelles et économiques
- **Médecin généraliste** : acteur majeur de la PEC des bénéficiaires de l'AME

#CNGE2018 | @congrescngc



PROBLÉMATIQUE

- Différentes études explorent l'approche des médecins généralistes face aux soins des migrants en situation de précarité ≠ ressenti des soins en médecine générale des patients bénéficiaires de l'AME

Objectif principal :

- Explorer **les représentations des soins et le vécu de la PEC en médecine générale ambulatoire** des patients bénéficiaires de l'AME

Objectifs secondaires :

- Identifier les déterminants du **recours aux soins**
- Préciser **les attentes** vis-à-vis de la médecine générale des bénéficiaires de l'AME

#CNGE2018 | @congrescng



MÉTHODE

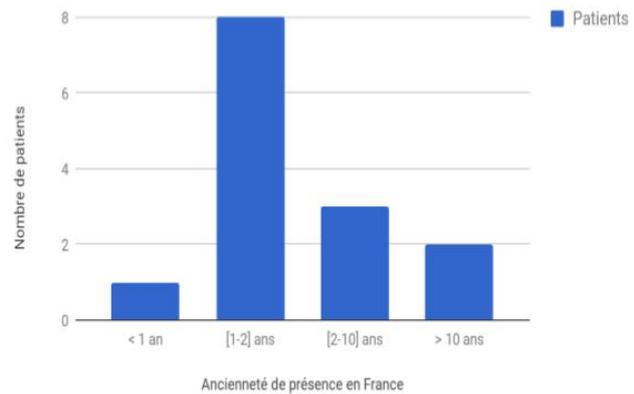
- **Population** : Bénéficiaires de l'AME / > 18 ans / francophones / ayant déjà consulté un MG
- **Constitution de l'échantillon** : Médecins généralistes / PMI / PASS
- **Type d'étude** : Etude qualitative
- **Guide d'entretien** : 3 grandes parties / 9 questions ouvertes/ évolution du guide
- **Analyse** : Analyse de contenu thématique de type inductif/ codage ouvert puis axial/ triangulation
- **Ethique** : Consentement écrit/ accord comité d'éthique / déclaration CNIL

#CNGE2018 | @congrescng



RÉSULTATS : Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon

- 14 entretiens avec suffisance des données obtenue au bout du 13^{ème}
- 7 entretiens menés par chaque doctorant
- Lieux des entretiens : PMI majoritairement

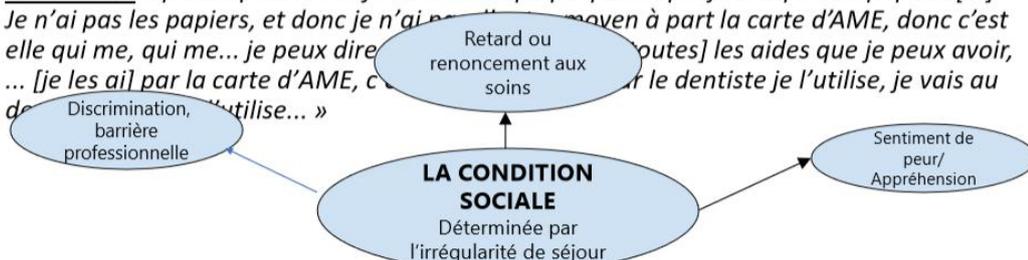


#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

RÉSULTATS : Des représentations des soins et un parcours façonnés par la condition sociale

- **Patiente B :** « parce que moi en fait c'est compliqué parce que je n'ai pas les papiers [...] Je n'ai pas les papiers, et donc je n'ai pas [...] moyen à part la carte d'AME, donc c'est elle qui me, qui me... je peux dire [...] toutes] les aides que je peux avoir, ... [je les ai] par la carte d'AME, c [...] le dentiste je l'utilise, je vais au de [...] utilise... »



- **Patiente A :** « Parce qu'à des moments j'ai été malade, je suis restée à la maison, je [ne] bouge pas [...] j'ai honte aussi »
- **Patiente F :** « C'est pour ça après j'ai... même quand je marche j'ai peur... [...] Je [ne] sais pas comment... quand tu n'as pas de papier, tu as peur. [...] Même quand vous m'avez appelé... j'ai [eu] peur ».

#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

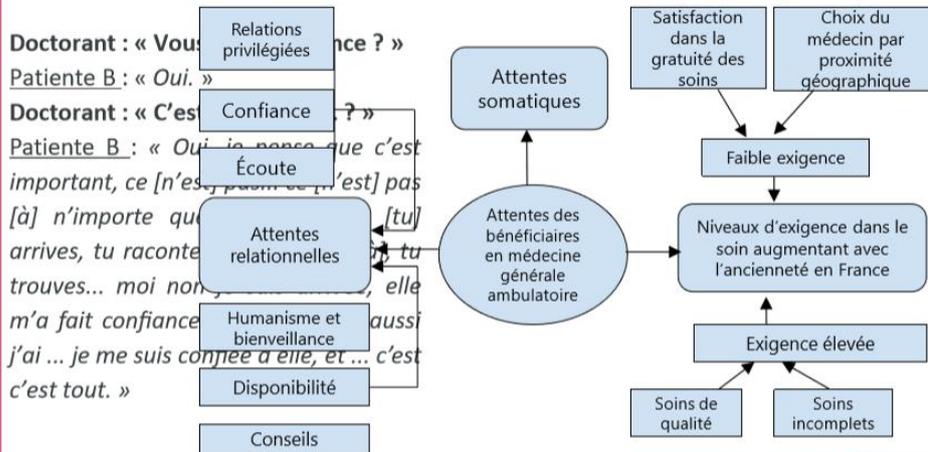
RÉSULTATS : Les déterminants du recours aux soins et de la rencontre avec le MG



#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

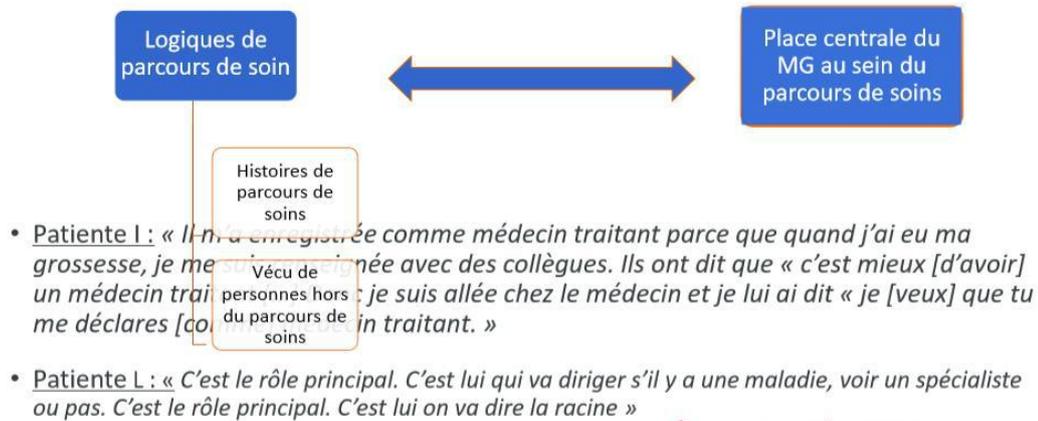
RÉSULTATS : Les attentes des bénéficiaires de l'AME dans la relation médecin/patient



#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

RÉSULTATS : Parcours de soins et place du MG MG



#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

DISCUSSION : Forces et limites

- Posture des chercheurs/soignants
- Mineurs étrangers écartés de l'étude
- Patients francophones
- Recrutement en PMI majoritairement

#CNGE2018 | @congrescng

18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique Tours

CONCLUSION

Maillage médico-social fort

Approche centrée-patient

#CNGE2018 | @congrescng

 18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique *Tours*

Merci de votre attention.

#CNGE2018 | @congrescng

 18^e CONGRÈS NATIONAL 2018
CNGE Collège Académique *Tours*

Annexe 6 – Protocole projet EFFI-PASS (Synopsis)

Effacité d'un modèle organisationnel innovant d'intervention en soins primaires
à destination des populations précarisées : PASS de ville

Projet EFFI-PASS

Protocole de recherche

Sous la direction du Pr. Pascal Auquier

Dr. Maeva Jego, Dr. Aurélie Tinland, Mme Sandrine Loubière, Mme Delphine Payen-Fourment,
Mr Simon Lavabre, Mr Damien Junca, Mme Karine Huet, Mme Emilie Callet, Mr. Anderson Loundou,
Mr. Mohamed Boucekine, Mr Julien Gard, Pr. Thémis Apostolidis, Pr. Christophe Lançon,
Pr. Laurent Boyer

Septembre 2018

Synopsis

Titre de l'étude	Efficacité d'un modèle organisationnel innovant d'intervention en soins primaires à destination des populations précarisées : PASS de ville
Acronyme	EFFI-PASS
Mots clés	Précarité, Soins primaires, Médecine de ville, Urgences, Parcours de soins
Promoteur de l'étude	AP-HM
Investigateur coordonnateur	Pascal Auquier
Nombre de patients	610 (305 bras expérimental / 305 bras contrôle)
Population d'étude	Les personnes précaires n'ayant pas de droits effectifs mais des droits potentiels à une couverture maladie (AME ou CMU-c) et se présentant au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde à Marseille et Bordeaux.
Sites d'inclusion	Marseille, CASO de Médecins du Monde Bordeaux, CASO de Médecins du Monde
Type d'étude	Schéma quasi-expérimental, comparatif, de type ici-ailleurs
Intervention expérimentale	Mise en place d'une plateforme d'orientation et d'accompagnement des personnes précaires n'ayant pas de droits effectifs mais des droits potentiels à une couverture maladie (AME ou CMU-C). Les patients du bras intervention bénéficieront en premier lieu d'un accompagnement à l'ouverture de leurs droits (AME, CMU-C). Le temps de l'ouverture de leurs droits, les patients pourront être accompagnés et reçus, sans frais, par les professionnels de santé de ville participant au dispositif « PASS de ville » (médecins généralistes, spécialistes, officine, laboratoire d'analyses, etc.). La « PASS de ville », conventionnée avec la CPAM, garantit à ces professionnels un délai d'ouverture des droits, ce qui leur permet de suspendre la facturation, le temps de l'ouverture des droits. Les différents professionnels de santé, partenaires du dispositif PASS de ville, pourront utiliser l'interprétariat téléphonique dès que nécessaire. Ils bénéficieront d'un appui renforcé dans la prise en charge des patients précaires via le Pôle d'Orientation Téléphonique représenté par une équipe pluridisciplinaire constituée de travailleurs sociaux, de médiateurs et d'un référent médical qui accompagneront la coordination du parcours de soins des patients.
Planning de l'étude	Janvier 2020 à Décembre 2022
Méthodologies	Méthodologie mixte : quanti-qualitative
Hypothèse de travail	L'innovation organisationnelle en soins primaires proposant une plateforme d'orientation et d'accompagnement des patients précaires présentant des barrières à l'accès aux soins et disposant de droits potentiels doit permettre

	la structuration d'une PASS de ville impliquant assurant le retour au droit commun et optimisant les dispositifs existants.
Objectifs de l'étude	<p>Principal : Evaluer l'efficacité d'une <u>innovation organisationnelle en soins primaires proposant une plateforme d'orientation et d'accompagnement des patients</u> précaires présentant des barrières à l'accès aux soins et disposant de droits potentiels, <u>permettant la structuration d'une PASS de ville impliquant l'ensemble des acteurs de soins primaires une PASS de ville ouverte</u>, comparativement à la prise en charge classique des personnes. L'efficacité est jugée sur la réduction des recours aux urgences à un an.</p> <p>Secondaires :</p> <p>Les objectifs secondaires quantitatifs sont d'évaluer l'impact de cette intervention sur l'accès aux soins et les parcours de soins des patients précaires, la santé perçue, la qualité de vie, et les expériences de soins de la population ciblée, l'adéquation réelle de cette intervention aux besoins de soins de la population ciblée, le coût de mise en place et l'impact économique du dispositif pour le système de soins (coûts évités).</p> <p>Les objectifs secondaires qualitatifs sont d'explorer les expériences des patients et professionnels (professionnels du champ sanitaire et social) vis-à-vis des modalités de prise en charge des patients précaires sans droits effectifs, dans le dispositif innovant PASS de ville de MDM et dans l'offre habituelle, les freins et leviers à la diffusion plus large du modèle, la transférabilité du dispositif.</p>
Critères principaux d'inclusion, de non-inclusion et de sortie d'étude	<p>Critères principaux d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ âgé d'au moins 18 ans ▪ sans couverture maladie effective, ▪ ayant des droits potentiels à une couverture maladie ▪ ayant une demande médicale, ▪ ne présentant pas d'urgence vitale, ▪ ne nécessitant pas un recours au plateau technique hospitalier ▪ ayant déclaré vouloir rester dans la ville au moins 18 mois après son entrée dans l'étude. <p>Critères de non inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ âgé de moins de 18 ans ; ▪ participant à une autre étude simultanément conformément à l'article L1121-12 du code de la santé publique ; ▪ ayant des droits effectifs à une couverture maladie, ▪ les demandeurs d'asile, ▪ en situation d'urgence vitale, ▪ ayant besoin d'un accès au plateau technique hospitalier, ▪ présentant des troubles cognitifs limitants la compréhension, ▪ refusant de participer à l'étude. <p>Critères de sortie de l'étude</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ retrait du consentement au cours de l'étude.
Critère de jugement principal	Pourcentage de patients ayant eu recours aux urgences dans les 12 mois suivant l'inclusion.
Critère(s) de jugement secondaire(s)	<p>Critères de résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recours aux soins ▪ Etat de santé : échelle de multi morbidité CIRS, Addictions ((AUDIT, Drug Abuse Screening Test) ▪ Qualité de vie, Besoins ressentis, satisfaction : SF12, PQoL17, CSQ-8

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eléments économiques : Coûts du dispositif innovant, Coûts directs de la prise en charge des patients, Coût de la prise en charge sociale des patients, Analyse des coûts évités et analyse coût-utilité <p>Critères d'acceptabilité et de transférabilité</p>
Déroulement	<p>Durée des inclusions : 12 mois Durée du suivi : 18 mois pour chaque personne incluse dans le groupe expérimental ou dans le groupe témoin Analyse des données : 6 mois Durée totale de l'étude: 36 mois</p>
Calendrier des différentes visites et des différents examens	M0, M3, M6, M12, M18
Analyse statistique	<p>Des analyses univariées et multivariées seront réalisées sur le critère principal ainsi que sur les critères secondaires afin de mettre en évidence des différences significatives entre les deux bras de l'étude et d'identifier les facteurs prédictifs d'une meilleure efficacité. L'analyse sera conduite en conformité aux Bonnes Pratiques épidémiologiques, et le rapport final sera rédigé, selon les recommandations CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials). Analyse en intention de traiter.</p>
Analyse médico-économique	<p>Dans un premier temps, nous proposons de réaliser une analyse de type coûts-avantages où les avantages pour l'ensemble des acteurs préalablement cités (patients, professionnels de santé et travailleurs sociaux des structures spécialisées dans la prise en charge des populations précaires) seront évalués ; de même que l'ensemble des coûts associés au dispositif et des coûts évités pour le système de soins, social, voire associatif, ainsi qu'au niveau individuel. Cette évaluation portera sur la première année d'évaluation. Dans un second temps, une analyse de type coût-utilité sera proposée sur les données d'efficacité (i.e. QALYs : années de vie ajustées sur la qualité de vie) et de coûts à 18 mois. La perspective retenue sera celle de la société.</p> <p>L'analyse sera conduite en conformité avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé.</p>
Analyse qualitative	<p>Les analyses qualitatives s'intègrent dans le cadre d'une recherche opérationnelle, et devront permettre d'aider à réussir à terme la transférabilité à un opérateur pérenne et l'essaimage du dispositif PASS de Ville proposé par MDM. L'analyse qualitative comportera deux volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le premier consistera à explorer les expériences des usagers (patients et professionnels) du dispositif PASS de ville et du suivi habituel au CASO de Bordeaux, et de préciser leurs attentes et opinions concernant le transfert de ce dispositif à un acteur pérenne. Les usagers seront interviewés par entretiens semi-dirigés, complétés par des focus groups pour les professionnels. Les entretiens et focus groups seront enregistrés et intégralement retranscrits. Les données recueillies feront l'objet d'une analyse de contenu thématique puis inductive. ▪ Le second, dans une approche opérationnelle et pragmatique, ciblera les acteurs potentiellement impliqués dans l'animation de ce dispositif (une PASS de Ville telle que pensée par MDM, agissant en tant que plateforme d'orientation et d'accompagnement) à terme. Elle consistera à rechercher les opérateurs pouvant reprendre le dispositif décrit quel que soit le contexte

	<p>géographique et déterminer les conditions, freins et facilitateurs au transfert du modèle à un opérateur pérenne. Ils seront interviewés à l'aide d'entretiens semi-dirigés avec prise de note et feront l'objet d'une analyse principalement thématique.</p>
<p>Résultats attendus</p>	<p>Fournir les éléments permettant de juger de l'efficacité d'une innovation organisationnelle en soins primaires proposant un plateforme d'orientation et d'accompagnement permettant la structuration d'une PASS de ville ouverte optimisant les dispositifs en place (impliquant l'ensemble des acteurs de soins primaires) permettant le retour des patients vers le système de droit commun.</p> <p>A ce titre le projet pourrait permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et présentant des barrières à l'accès aux soins, ▪ de préciser l'efficacité sanitaire et sociale du dispositif PASS de ville, ▪ de préciser l'efficacité sanitaire et sociale du dispositif PASS de ville, ▪ de préciser les conditions de l'efficacité du dispositif PASS de ville, ▪ de permettre la réussite effective du transfert du dispositif à un opérateur piloté par la médecine de ville, ▪ d'améliorer le parcours de santé des populations précaires, ▪ de permettre le désengorgement des dispositifs existants saturés (urgences, PASS hospitalières), ▪ de valoriser la place de la médecine de ville dans la prise en charge des patients précaires, ▪ de faciliter l'adhésion et la vision des acteurs de santé de premier recours à la prise en charge de patients sans droits.

Résumé

Introduction : les personnes sans chez-soi (PSCS) souffrent d'une morbidité plus importante et d'une mortalité plus précoce que la population générale. Elles présentent des besoins de santé complexes, associant pathologies somatiques, psychiatriques et difficultés sociales. Parallèlement, elles font face à des difficultés d'accès aux soins et suivent souvent des itinéraires de soins inadaptés. Ce travail de thèse a pour objectif d'identifier de nouvelles formes d'organisation et des adaptations à développer en soins primaires pour améliorer la prise en charge des PSCS.

Méthode : l'ensemble de ce travail a consisté, à l'aide d'une recherche par méthodes mixtes, à obtenir une vision holistique de notre objet d'étude. Une première phase a exploré, à l'aide d'études qualitatives et descriptive, les ressentis des médecins généralistes (MG) sur leur place dans la prise en charge des PSCS. La seconde phase a consisté à décrire, par une revue de la littérature, les principales composantes des programmes de soins primaires prenant en charge les personnes sans chez-soi, et identifier celles qui étaient les plus pertinentes. La dernière phase a exploré le vécu et les représentations des PSCS vis-à-vis des soins premiers, à travers deux études qualitatives, auprès des bénéficiaires de l'Aide médicale d'état et des PSCS.

Résultats : l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire a été soulevée par l'analyse des ressentis des médecins généralistes, qui relevaient la complexité des prises en charge et le besoin d'une coordination médico-psycho-sociale renforcée. Le Dossier médical partagé était perçu comme pouvant améliorer la continuité des soins, sa qualité et sa sécurité pour les PSCS. Cependant, il restait mal connu des MG, qui craignaient un détournement et une sécurisation insuffisante du stockage des données. L'analyse de la revue de la littérature a montré que la quasi-totalité des programmes prenant en charge les personnes sans chez-soi privilégiaient cette approche pluridisciplinaire coordonnée et proposaient parfois sur les mêmes lieux des soins de santé mentale, santé physique, et un accompagnement social. Les caractéristiques associées à des impacts positifs pour les personnes sans chez-soi de ces programmes étaient : la spécialisation dans la prise en charge des PSCS, l'accompagnement, les approches en équipe et multidisciplinaire, l'implication d'infirmières dans la prise en charge, l'intégration de services d'aide sociale, et l'engagement dans la santé communautaire. Les entretiens auprès des personnes sans chez-soi ont relevé l'importance des attentes relationnelles de ces patients : plus qu'une réponse médicale, ou sociale, ils attendent d'être écoutés, considérés et compris de leur médecin généraliste. Ils ont mis en exergue la nécessité pour les praticiens les prenant en charge de proposer une approche centrée-patient, prenant en compte et s'adaptant aux besoins et problématiques spécifiques rencontrés dans les parcours de vie et la condition sociale de chaque patient.

Conclusion : les programmes de soins primaires souhaitant prendre en charge mieux les personnes sans chez-soi devraient privilégier une approche pluridisciplinaire et décloisonnée des soins de santé physique, mentale, et de la prise en charge sociale de ces patients. L'approche centrée-patient, intégrant la prise en compte de leur condition sociale, et favorisant une relation médecin-patient de qualité, apparaît justifiée pour améliorer l'expérience des soins de ces patients.

Mots clés : Personnes sans chez-soi, soins primaires, organisation des soins, accès aux soins, méthodes mixtes

Abstract

Introduction: Homeless people (HP) suffer from higher morbidity and earlier mortality than the general population. They have complex health needs, due to associated psychiatric, somatic troubles, and social difficulties. In addition, they encounter obstacles in accessing care. This thesis aims to identify new forms of organization and adaptations to develop in primary care to improve the care of HP.

Method: this whole work, based on a research by mixed methods, consisted on obtaining a holistic understanding of our research subject. The first phase integrated qualitative and descriptive studies, in order to explore the views of general practitioners (GPs) about how they can provide care to HP. In the second phase we led a literature review, to describe the main characteristics of the primary care programs that take care of homeless people, and to identify which could be most relevant. In the third phase, qualitative studies led on HP and migrants explored the experience and views of HP about primary care.

Results: GPs expressed the need to develop medical and psychosocial approach with closer relationship with social workers. They felt that a Shared medical record could improve the continuity, the quality and the safety of the health care for HP. Meanwhile, GPs had a poor knowledge about the French Shared medical record, they felt that HP were vulnerable and wanted to protect their patients; they worried about security of data storage. The literature review showed that almost all homelessness programs favored this coordinated multidisciplinary approach and / or offered co-located mental health, physical health and social services. Some characteristics of these programs were associated with significant positive outcomes: tailored primary care organizations, clinic orientation, multidisciplinary team-based models which included primary care physicians and clinic nurses, integration of social support, and engagement in the community's health. The interviews with HP showed that they had central relational expectations from their general practitioner. More than a medical or social response, they expected to be listened to, considered and understood. They emphasized the need for general practitioners to propose a patient-centered approach, considering and adapting to the specific needs and problems encountered in the life course and social condition of each patient.

Conclusion: Primary care programs that wish a better care for homeless people should develop a multidisciplinary, medico-psycho-social approach. The patient-centered approach, integrating the consideration of their social condition, and fostering a quality doctor-patient relationship, appears warranted to improve the care experience of these patients.

Keywords: homeless people, Health Care Economics and Organizations, primary health care, health services accessibility, mixed methods