

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2022

N° : 261

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat
Mention D.E.S de Médecine Générale

PAR

REGNAULT Arthur
Né le 23/05/1990 à Narbonne

Titre de la Thèse

Étude des caractéristiques médico-sociales,
de patients sans domicile fixe ayant un cancer,
au sein de 2 centres d'hébergement et de réinsertion sociale des Pyrénées.

Président du Jury : Monsieur le Professeur Romain Kessler

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre Frances

Co-Directrice de thèse : Madame le Dr Claire André

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

 Edition MARS 2022
Année universitaire 2021-2022


- Président de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Premier Doyen de la Faculté
- Doyens honoraires : (1976-1982)
(1983-1988)
(1989-1998)
(1999-2007)
(2007-2011)
- Chargé de mission auprès du Doyen
- Responsable Administratif

M. GENEVEN Michel
M. SIBJA Jean
M. DEBUELLE Philippe
M. DORVILLE Marc
M. SAMET Jean-Michel
M. VINCIGUON Guy
M. GUILLEMIN Pierre
M. LUCAS Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEDMAN Geoffrey



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALLY Michel

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

HERZEL Jean-Louis : Chaire "Généralisme humain" (à compter de 01/11/2022)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BOHANN Stéphane : Immunologie Moléculaire (01/10/2012 au 31/09/2019)
DOLFIUS Isabelle : Génétique Clinique (01/10/2014 au 31/09/2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

INSEE	NOM et Prénoms	CE	Services Hospitaliers au Institut / Localisation	Spécialité selon le Conseil National des Universités
	ADAM Philippe Mons	MPS CS	- Pôle de Spécialité Gériatrie - Service d'Orthopédie des Urgences de l'Orthopédie / HP	30.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ALAZOUCI Ouid Mons	MPS CS	- Pôle de Gynécologie Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique HP	34.02 Gynécologie-Obstétrique, gynécologie maternelle 35.01 Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Emmanuel Mons	MPS CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Soins Gérontologiques, Gériatrie (MIRG) - Unité de Médecine Interne, Gériatrie et Médecine Palliative (MCG)	33.01 Gériatrie, médecine interne
	ANDREU Marine Mons	MPS NCS	- Pôle Tête et Cou (CTC) - Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	49.01 Neurologie
	Mme AMAL, Marie-Christine Mons (PCH)	MPS CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hématologie - Unité d'Histologie / Anatomie et Médecine	47.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique selon Biologie
	BRAGAZI Laurent Mons	MPS NCS	- Pôle ORL - Service de Rhinologie / Hôpital de Neurologie	32.01 Rhinologie
	BROUILLER Philippe Mons	MPS CS	- Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Unité de chirurgie générale, hépatique et transplantation et Transplantation / HP	33.02 Chirurgie générale
	BUREAU Stéphanie Mons	MPS CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Moléculaire / Hôpital HUSM CUI - Unité d'Immunologie et d'Immunogénétique / Hôpital CUI / Faculté	47.02 Immunologie (selon Biologie)
	ECLAIRTE Thomas Mons	MPS CS	- Pôle Hépatologie de l'Hôpital CUI - Unité de Hépatologie et des Maladies Infectieuses et Parasitaires / HP	33.01 Gastroentérologie, Hépatologie Général, hépatologie
	Mme BEAU-FILLET Michèle Mons (MCH)	MPS NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.02 Biologie clinique (selon Biologie)
	BEAULIEU René Mons	MPS CS	- Pôle d'Imagerie : CMR / Activités Parascolaires - Unité de Neuro-radiologie interventionnelle / Hématologie	49.02 Radiologie et Imagerie médicale selon Imagerie
	BICHNEUR François Mons	MPS NCS	- Pôle neurochirurgie de l'adulte - Service de Chirurgie Fonctionnelle / Hôpital Neurologie	34.02 Chirurgie interne
	BENNA Fabrice Mons	MPS CS	- Pôle de Psychiatrie, Soins infirmiers et Addictologie - Service de Psychiatrie / Hôpital CUI	49.02 Neurologie et soins infirmiers Général, Psychiatrie d'Adultes
	BERTSCHY Gilles Mons	MPS CS	- Pôle de Psychiatrie et de soins infirmiers - Service de Psychiatrie / Hôpital CUI	49.02 Psychiatrie d'adulte
	BERRI Gilles Mons	MPS NCS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuro-radiologie Hépatique gastroentérologie- Pulmonaire / Hôpital Neurologie	47.02 Radiologie et Imagerie médicale selon Imagerie
	BREHAUT Pierre Mons	MPS CS	- Pôle d'Urgences / Réanimation médicale / CAP - Service des Urgences médicales chirurgicales Adultes / HP	49.02 Neurologie, Médecine d'urgence Général, médecine d'urgence
	BLANC Fabrice Mons	MPS NCS	- Pôle de Génétique - Service Diagnostic - Génétique - Hôpital de la Robertsau	33.01 Médecine interne, addictologie Général, génétique et soins de palliation
	BONN Fabrice Mons	MPS NCS	- Pôle de Chirurgie Multi-spécialité, orthopédique et Dermatologie - Service de Chirurgie Fonctionnelle et Soins infirmiers / Hôpital CUI	33.02 Chirurgie Plastique, Neurochirurgie et Esthétique, Rhinologie
	BONWISSANT Laurent Mons (Mons)	MPS NCS	- Pôle néphrologie et soins infirmiers - Service de Néphrologie / Hôpital de Neurologie	34.01 Néphrologie
	BONVALET Françoise Mons	MPS CS	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'Orthopédie Traumatologie du Membre inférieur / HP	33.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURGEOIS Frédéric Mons	MPS NCS	- Pôle de Soins infirmiers médicaux-Orthopédiques / HUSM - Service d'Orthopédie / Hôpital HUSM CUI	33.01 Gériatrie
	BOURSON Pierre Mons	MPS CS	- Pôle Tête et Cou - CTC - Service de Neurologie - Unité de Soins / Hôpital CUI	49.01 Neurologie
	Mme BROAD Claire Mons	MPS NCS	- Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	33.02 Chirurgie générale
	BRIANT-FORBIN Catherine Mons	MPS CS	- Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie Fonctionnelle et Médecine infirmière / HP	33.04 Gériatrie (chirurgie posturale, neurochirurgie et arthrologie)
	Mme CHILLARD Chantal Mons Mons	MPS NCS	- Pôle de Soins infirmiers médicaux-Orthopédiques / HUSM - Service de Néphrologie Dialyse et Transplantation / HUSM	33.02 Néphrologie

NOM et Prénoms	CE	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CATWLAN Vincent 1951	NRF	Fila Urologie - Réanimation médicale - Centre antitumoral	43.02 Réanimation
CHAVEPE Jean 1928	NRF	Service de Neurologie Adultes (Hôpital Necker)	
CHARLES Yvan-Pierre 1913-1917	NRF	Fila d'actes médico-chirurgicaux Centre vasculaire	51.04 Chirurgie vasculaire - médecine vasculaire Céram - chirurgie vasculaire
Mme DAMASCOY Anne 1928	CS	Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation hépatique - AHC	30.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme DAMBOY Anne 1928	NRF	Fila de l'appareil locomoteur	
Mme DAMBOY Anne 1928	NRF	Service de Chirurgie du tibia - Chirurgie R / HC	
Mme DAMBOY Anne 1928	NRF	Fila de Pathologie Infectieuse	44.02 Physiologie (système locomoteur)
Mme DAMBOY Anne 1928	NRF	Service de Pathologie et d'Explorations Fonctionnelles (MIG)	
Mme DAMBOY Anne 1928	NRF	Fila Tête et Cou - CETO	33.01 Oto-oto-linguistique
Mme DAMBOY Anne 1928	NRF	Service d'Onco-Hématologie et de Chirurgie hématologique - HPF	
Mme DAMBOY Anne 1928	NRF	Fila de Biologie	42.02 Anatomie et cytologie pathologiques (système locomoteur)
Mme DAMBOY Anne 1928	CS	Service de Pathologie / Hôpital de Necker	
CLAVERT Françoise 1928	NRF	Fila de l'appareil locomoteur	42.04 Anatomie (système squelette, articulation traumatologique)
CLAVERT Françoise 1928	CS	Service d'Orthopédie Traumatologie et Membres inférieurs / HPF	
COLLIERE Odile 1928	NRF	Fila d'Anatomie - Réanimation chirurgicale / SOMI-SMUR	43.01 Anesthésiologie-Réanimation / Médecine d'urgence (système Anesthésiologie- Réanimation - Triage Urgent)
COLLIERE Odile 1928	NRF	Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale-HPF	
COLLOMBES Nicole 1914-1915	NRF	Fila Tête et Cou-CETO	49.01 Neurologie
COLLOMBES Nicole 1914-1915	NRF	Service d'Investigation Oncologique / HEC et HPF	
CHIBEN Bernard 1928	NRF	Fila d'Urologie, Médecine et Dermatologie	30.02 Dermatologie
CHIBEN Bernard 1928	CS	Service de Dermatologie / Hôpital Cochin	
de BLAY de LAIX Françoise 1928	NRF	Fila de Pathologie Infectieuse	31.01 Pneumologie
de BLAY de LAIX Françoise 1928	CS	Service de Pneumologie - Hôpital Necker Cochin	
de SEZE Annie 1921	NRF	Fila Tête et Cou - CETO	45.01 Neurologie
de SEZE Annie 1921	CS	Centre d'Investigation Oncologique (CICO) - AHC / HEC de Necker	
DEBRY Christian 1928	NRF	Fila Tête et Cou - CETO	33.01 Oto-oto-linguistique
DEBRY Christian 1928	CS	Service d'Onco-Hématologie et de Chirurgie hématologique / HPF	
DEUXELLE Philippe 1928	NRF	Fila de Chimie Chimie	34.02 Chimie Chimie - génétique métabolique - sels et antibiotiques-métabolisme
DEUXELLE Philippe 1928	NRF	Service de Chimie Chimie - Hôpital de Necker	
Mme DOLFIUS WALTERWV 1924	NRF	Fila de Biologie	42.04 Génétique (système squelette)
DOLFIUS WALTERWV 1924	CS	Service de Génétique Moléculaire - Hôpital de Necker	
DUJOUR Mathieu 1928	NRF	Fila de l'appareil locomoteur	30.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DUJOUR Mathieu 1928	NRF	Service d'Orthopédie Traumatologie et membres inférieurs / HPF	
DUJOUR Mathieu 1928	NRF	Fila Médecine-Chirurgie de Femme	34.01 Pédiatrie
DUJOUR Mathieu 1928	NRF	Service de Pédiatrie S.I.Hôpital de Necker	
Mme FASSA Evelyne 1919	NRF	Fila de l'appareil locomoteur	30.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FASSA Evelyne 1919	CS	Service de Chirurgie de la Main - SOMI - HEC de Necker	
Mme FASSA Evelyne 1919	NRF	Fila de Biologie	42.01 Biochimie - Génétique - médecine Céram - Biologie - Médecine - Génétique - Médecine - Génétique - Médecine - Génétique
FAYOT Françoise 1928	NRF	Fila de Pathologie Infectieuse - Médecine et de Hématologie	33.02 Chirurgie générale
FAYOT Françoise 1928	NRF	Service de Chirurgie générale - Médecine et embryologie et Transplantation - HPF	
FELDES Pierre Emmanuel 1928	NRF	Fila de Pathologie Infectieuse	31.02 Chirurgie Infectieuse et cardi-respiratoire
FELDES Pierre Emmanuel 1928	NRF	Service de Chirurgie Thoracique - Hôpital Necker Cochin	
FERNANDEZ LAURENTE 1928	NRF	Fila d'Onco-Hématologie	42.01 Hématologie - Transfusion Céram - Hématologie
FERNANDEZ LAURENTE 1928	NRF	Service d'Hématologie - Hôpital Necker Cochin	
GALLIEN Nicole 1928	NRF	HC - Hôpital Necker-Universitaire - Hôpital Cochin	43.02 Pathologie et imagerie médicale
GANGI Anne 1928	NRF	Fila d'Imagerie	42.02 Pathologie et imagerie médicale (système squelette)
GANGI Anne 1928	CS	Service d'Imagerie et interventions - Hôpital Necker Cochin	
GARNIER Jean 1921	NRF	Fila d'Imagerie	42.02 Pathologie et imagerie médicale (système squelette)
GARNIER Jean 1921	NRF	Service d'Imagerie et interventions - Hôpital Necker Cochin	
GAUCHER Marie 1928	NRF	Fila des Spécialités Médicales - Gynécologie / SMG	34.02 Gynécologie
GAUCHER Marie 1928	NRF	Service de Gynécologie - Hôpital Necker Cochin	
GENY Bernard 1928	NRF	Fila de Pathologie Infectieuse	44.02 Physiologie (système locomoteur)
GENY Bernard 1928	CS	Service de Pathologie et d'Explorations Fonctionnelles (MIG)	
GEORG Yannick 1928	NRF	Fila d'actes médico-chirurgicaux Centre vasculaire	51.04 Chirurgie vasculaire - médecine vasculaire Céram - chirurgie vasculaire
GEORG Yannick 1928	NRF	Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation hépatique - AHC	
GEORG Yannick 1928	NRF	Fila Médecine-Chirurgie de Femme	34.02 Chirurgie infante
GEORG Yannick 1928	NRF	Service de Chirurgie Pédiatrique - Hôpital de Necker	
GEORG Yannick 1928	NRF	Fila de Médecine Interne - Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIG)	34.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
GEORG Yannick 1928	NRF	Service de Médecine Interne et de Nutrition / HPF	
Mme GONZALEZ Marie 1927	NRF	Fila de Santé publique et santé au travail	42.02 Médecine et santé au travail Toxic
Mme GONZALEZ Marie 1927	CS	Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail-HPF	
GOTTBERG Jacques Eric 1928	NRF	Fila de Médecine Interne - Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIG)	30.01 Rhumatologie
GOTTBERG Jacques Eric 1928	NRF	Service de Médecine Interne - Hôpital Necker	
HERWOODCHE Thierry 1921	NRF	Fila de Spécialités Médicales - Gynécologie / SMG	34.02 Gynécologie
HERWOODCHE Thierry 1921	NRF	Service de Gynécologie - Hôpital Necker Cochin	
HERWOODCHE Thierry 1921	NRF	Fila de Spécialités Médicales - Gynécologie / SMG	42.02 Céram - Maladies infectieuses
HERWOODCHE Thierry 1921	NRF	Service des Maladies infectieuses et parasitaires / MIG	
Mme HELME Jean 1911-1912	NRF	Fila Urologie - Réanimation médicale - Centre antitumoral	43.02 Médecine Interne-Réanimation
Mme HELME Jean 1911-1912	NRF	Service de Réanimation Médicale - Hôpital Necker Cochin	
HERSCH Edouard 1928	NRF	Fila Tête et Cou - CETO	43.01 Neurologie
HERSCH Edouard 1928	NRF	Service de Pathologie Infectieuse - Hôpital de Necker	
HERSCH Edouard 1928	NRF	Fila d'Imagerie	42.01 Biophysique et médecine nucléaire
HERSCH Edouard 1928	NRF	Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale - CCMG	
Mme HERSCHEMANN Marie-Eve 1928	NRF	Fila de Médecine Interne et de Nutrition	34.02 Médecine Physique et Réadaptation
Mme HERSCHEMANN Marie-Eve 1928	NRF	Service de Médecine Interne et de Nutrition - Hôpital de Necker	
JACQUIN Nicole 1928	NRF	Fila de Biologie	42.01 Céram - Biologie - Médecine - Génétique - Médecine - Génétique - Médecine - Génétique
JACQUIN Nicole 1928	NRF	Service de Biologie - Hôpital de Necker	
Mme JACQUIN Nicole 1928	NRF	Fila de Médecine Interne - Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIG)	34.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JACQUIN Nicole 1928	NRF	Service de Médecine Interne - Hôpital de Necker	
Mme JACQUIN Nicole 1928	NRF	Fila d'actes médico-chirurgicaux Centre vasculaire	51.02 Cardiologie
Mme JACQUIN Nicole 1928	NRF	Service de Cardiologie - Hôpital Necker Cochin	
JALVIERO Georges 1928	NRF	Fila de Génétique	30.01 Céram - génétique et biologie de développement
JALVIERO Georges 1928	CS	Service de Médecine Interne - Génétique / Hôpital de la Pitié-Salpêtrière	
JALVIERO Georges 1928	NRF	Service d'Exploration - Génétique / Hôpital de la Pitié-Salpêtrière	

NOM et Prénoms	CE	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CATWLAN Vincent Monsieur	NRF9 NCS	Filié Ugronics - Réhabilitation médicale / Centre antipain Service de Néphrologie Interne (Hôpital Necker)	43.30 Néphrologie
CHATEL Naji Madame	NRF9 CS	Filié d'activités médicales chirurgicales Centre vasculaire Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation hépatique / HEC	31.04 Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire Général, chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe Monsieur	NRF9 NCS	Filié de l'Appareil Urinaire Service de Chirurgie de l'oreille / Chirurgie R / HC	32.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme DAMASIS Anne Madame	NRF9 NCS	Filié de Pathologie Neurologique Service de Pathologie et d'Épileptologie Neurologiques (MIG)	44.02 Physiologie (sauf biophysique)
Mme DAMPHON Anne Madame	NRF9 NCS	Filié de l'Appareil Urinaire Service de Neurologie et de Chirurgie urologique / HP	34.01 Oto-rhino-oto-laryngologie
Mme CHAMPS Nelly Madame	NRF9 CS	Filié de Biologie Service de Pathologie / Hôpital de Necker	42.02 Anatomie et cytologie pathologiques (sauf biophysique)
CLAVERT Françoise Madame	NRF9 CS	Filié de l'Appareil Urinaire Service d'Orthopédie Traumatologie du membre inférieur / HP	43.01 Anatomie (sauf anatomie, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier Monsieur	NRF9 NCS	Filié d'Anesthésie / Réanimation Pédiatrique / SMU SMUR Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / HEC	43.01 Anesthésiologie-Réanimation / Médecine d'urgence (sauf Anesthésiologie- Réanimation / Type d'urgence)
COLOMBES Hubert Monsieur	NRF9 NCS	Filié Titulaire du CNU-CE10 Service d'Investigation Chirurgicale / HEC et HP	43.01 Néurologie
CHIBEN Samir Monsieur	NRF9 CS	Filié d'Urologie, Néphrologie et Dermatologie Service de Dermatologie / Hôpital Cochin	32.04 Dermatologie
M. BLAY ou SAIX Frédéric Monsieur	RFE CS	Filié de Pathologie Neurologique Service de Neurologie (Hôpital Necker Cochin)	31.01 Neurologie
M. SZYB Antoni Monsieur	NRF9 CS	Filié Titulaire du CNU - CE10 Centre d'Investigation Chirurgicale (CIC) - AIO / HEC de Necker	43.01 Neurologie
DIBRY Olivier Monsieur	RFE CS	Filié Titulaire du CNU - CE10 Service d'Orthopédie Traumatologie et de Chirurgie urologique / HP	32.01 Oto-rhino-oto-laryngologie
DEUELLE Philippe Monsieur	RFE NCS	Filié de Neurologie Clinique Service de Neurologie Clinique / Hôpital de Necker	34.02 Otorhinolaryngologie, gastrologie interne, gastro-entérologie médicale
Mme DOLFIUS MATHIEU Madame	NRF9 CS	Filié de Biologie Service de Biologie Moléculaire / Hôpital de Necker	47.04 Génétique Humaine
M. JAGER Marc Monsieur	NRF9 NCS	Filié de l'Appareil Urinaire Service d'Orthopédie Traumatologie du membre inférieur / HP	32.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTE WOLFF Natacha Madame	NRF9 NCS	Filié médecine chirurgicale de Fessées Service de Pédiatrie U / HEC de Necker	34.01 Pédiatrie
Mme FACCÀ Sabine Madame	NRF9 CS	Filié de l'Appareil Urinaire Service de Chirurgie de la Main - SMU SMU - HEC de Necker	32.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FATHI-BREMER Zaida Madame	NRF9 CS	Filié de Biologie Laboratoire Informatique de Biologie / PTM HEC et Faculté	43.01 Biochimie-Médecine, médecine humaine Général Biochimie Médecine humaine
FÉROT François Monsieur	NRF9 NCS	Filié de Pathologie Épidémiologie, Néoplasme et de la transplantation Service de chirurgie générale, Néoplasme et endocrinologie et Transplantation / HP	33.00 Chirurgie générale
FALLET Pierre Emmanuel Monsieur	NRF9 NCS	Filié de Pathologie Neurologique Service de Chirurgie Neurologique / Hôpital Necker Cochin	31.02 Chirurgie Neurologique et cardiologie
FERRODIER Luc Mathieu Monsieur	NRF9 NCS	Filié d'Onco-Hématologie Service d'Hématologie / (SAM)	47.01 Hématologie / Transfusion Général, Hématologie
SHUKH Boris Monsieur	NCS NCS	NCS / Institut Hospitalier Universitaire / Hôpital Cochin	43.02 Radiologie et Imagerie médicale
SANDI Mimi Madame	RFE CS	Filié d'Imagerie Service d'Imagerie à Interventionnelle / Hôpital Necker Cochin	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (sauf anatomie)
SAMSON Jean Monsieur	NRF9 NCS	Filié d'Imagerie Service d'Imagerie à Interventionnelle / Hôpital Necker Cochin	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (sauf anatomie)
SAGONNIER David Monsieur	NRF9 NCS	Filié des Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie / SMU Service d'Orthopédie / Hôpital Necker Cochin	32.30 Otorhinolaryngologie
GENY Bernard Monsieur	NRF9 CS	Filié de Pathologie Neurologique Service de Pathologie et d'Épileptologie Neurologiques / MIG	44.02 Physiologie (sauf biophysique)
GEORGIS Yannick Monsieur	NRF9 NCS	Filié d'activités médicales chirurgicales Centre vasculaire Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation hépatique / HEC	31.04 Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire Général, chirurgie vasculaire
GOZAL Philippe Monsieur	NRF9 CS	Filié neurochirurgicale de Fessées Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Necker	34.00 Chirurgie Pédiatrique
GOZDART Bernard Monsieur	NRF9 CS	Filié de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIG/EC) Service de Médecine Interne et Nutrition / HP	34.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Marie Madame	NRF9 CS	Filié de Biologie humaine et santé au travail Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HP	42.02 Médecine et santé au travail / Travail
GOTTENBERG Jacques Eric Monsieur	NRF9 CE	Filié de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIG/EC) Service de Néphrologie / Hôpital Necker	32.01 Néphrologie
HAMBROOCH Thierry Monsieur	NRF9 CS	Filié de Systèmes Médicaux - Otorhinolaryngologie / SMU Service de Neurologie-Général et Transplantation / HEC	32.30 Néphrologie
LUNDENBERG Yves Monsieur	RFE NCS	Filié de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie / SMU Service des Maladies Infectieuses et Parasitaires / HEC	42.04 Génie / Maladies infectieuses
Mme PELARI Julie Madame	NRF9 NCS	Filié Ugronics - Réhabilitation médicale / Centre antipain Service de Réhabilitation Médicale / Hôpital Necker Cochin	43.02 Médecine Humaine-Réhabilitation
PIRSCH Etienne Monsieur	NRF9 NCS	Filié Titulaire du CNU - CE10 Service de Neurologie / Hôpital de Necker	43.01 Neurologie
SPRENGEL Nicolas Monsieur	NRF9 NCS	Filié d'Imagerie Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / (SAM)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HONCARTY Marie-Em Madame	RFE CS	Filié de Médecine Humaine et de Neurologie Service d'ophtalmologie de Necker/Cochin / Oculiste	42.02 Médecine Physique et Réhabilitation
JACQUIC Boris Monsieur	NRF9 CS	Filié de Biologie Service d'ophtalmologie de Necker/Cochin / PTM HEC et Faculté	43.01 Génie / Biochimie-Médecine (sauf biophysique)
Mme JEANDOUIN Nathalie Madame	NRF9 CS	Filié de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIG/EC) Service d'Endocrinologie, Diabète et Nutrition / HEC	34.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JEUL-BORTEL Laurence Madame	NRF9 NCS	Filié d'activités médicales chirurgicales Centre vasculaire Service de Chirurgie / Hôpital Necker Cochin	31.02 Cardiologie
KALVENOSCH Georges Monsieur	RFE CS	Filié de Génétique Service de Médecine Interne - Génétique / Hôpital de la Pitié-Salpêtrière Service d'Évaluation - Génétique / Hôpital de la Pitié-Salpêtrière	33.01 Génie - génétique et biologie de développement

NOM et Prénoms	CC	Services hospitaliers ou hôpital / Localisation	Base section du Conseil National des Universités
DRS RESSLER Laurette Fénel	MPO NCS	- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (HSP/CC) - Srv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Métabolisme M&HMC	04.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
RESSLER Susan Fénel	MPO NCS	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Pathologie / Nouvel Hôpital Civil	21.01 Parasitologie
KUDO MIKAÉ Fénel	MPO NCS	- Service de Chirurgie Cardio-vasculaire, Centre vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	01.02 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mrs RICHMOND Awa Sagna Fénel	MPO CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Endocrinologie / SMO	07.02 Ophtalmologie (sauf pédiatrie)
CHRISTY Suzanne M&H / F&H	MPO CS	- Pôle d'Urologie - Service Urologie B / Neurologie, Otorhinolaryngologie / Pédiatrie / HP	02.02 Pédiatrie et médecine pédiatrique (sauf ophtal.)
KUPE Pierre Fénel	MPO CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Srv. de Pédiatrie et de Neurologie pédiatrique / Pédiatrie / HP	04.01 Pédiatrie
KURTZ Jean Emmanuel Fénel	MPO NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / F&H	07.02 Ophtal. / Otorhinologie (sauf ophtal.)
Mrs LACROIX Laurette Fénel	MPO CS	- Pôle de Psychiatrie, Soins de jour et Substitutifs - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	05.02 Psychiatrie d'adultes / Addictologie (sauf Addictologie)
LANG Hervé Fénel	MPO NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Mâchoire et Dentaire - Service de Chirurgie Otorhinologique / Nouvel Hôpital Civil	02.04 Chirurgie
LANGE Vincent Fénel	MPO CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Necker	04.01 Pédiatrie
WILLIAMS Anne M&H / F&H	MPO NCS	- Pôle d'actes médico-chirurgicaux cardio-vasculaires - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation vascul. / HMC	01.04 Ophtal. / Chirurgie vasculaire
LE MOUËZ Jean-Marie Fénel	MPO NCS	- Pôle d'urologie - Service d'Urologie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neurologie, d'Imagerie Otorhinolaryngologique et d'Endocrinologie / Hôpital de Médecine	02.01 Anatomie
LE SCAFFER Jean-Marie Fénel	MPO CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et appliquée / SMO / HMC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôpitaux	02.05 Sciences Biologiques et Pharmacie
LEFEBVRE Eric Fénel	MPO NCS	- Pôle de Chirurgie générale reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Mâchoire et Dentaire - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	01.02 Sciences chirurgicales
LIVNEAUX Philippe Fénel	MPO NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SMO / HMC / Hôp. de Necker	05.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALLET Gabriel Fénel	MPO NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Onco-Hématologie / CANC	07.02 Cardiologie / Oncologie Ophtal. / Otorhinologie
MARE Michel Fénel	MPO NCS	- Pôle de Biologie - Département Sciences Biologiques et Santé / SMO	04.02 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (sauf histologie)
MARTIN Thierry Fénel	MPO NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Endocrinologie / SMO / HMC	07.02 Ophtalmologie (sauf pédiatrie)
Mrs MARCAUT Corine Fénel	MPO NCS	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Pédiatrie / Nouvel Hôpital Civil	01.01 Parasitologie / Addictologie
Mrs MARVELIN Corine Fénel	MPO CS	- Pôle de Neurologie - Otorhinologie - Pôle de Neurologie / CANC	04.02 Otorhinologie - Otorhinologie / Otorhinologie Mémoire
MAUREL Laurent Fénel	MPO CS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Necker - Pôle d'Onco-Hématologie / Faculté de Médecine	07.01 Hématologie / Immunologie Ophtal. Hématologie Biologique
MAZZUCOTTI Jean-Philippe Fénel	MPO CS	- Pôle d'actes médico-chirurgicaux Cardio-vasculaires - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	01.05 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier Fénel	MPO NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Médecine vétérinaire / F&H / SMO	02.02 Parasitologie et médecine (sauf histologie)
MERTES Paul-Marie Fénel	MPO CS	- Pôle d'Endocrinologie / Neurologie, Otorhinologie / SMO / SMO - Service d'Endocrinologie / Neurologie, Otorhinologie / HMC	06.01 Ophtal. / Neurologie, Neurologie Srv. HMC
MEYER Anne M&H / F&H	MPO NCS	- Pôle de Pathologie Infectieuse / Faculté de Médecine - Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Pathologie et d'Endocrinologie / HMC	04.02 Physiologie (sauf histologie)
MEYER Nicolas Fénel	MPO NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au Travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de Médecine / Hôp. Civil	06.04 Épidémiologie, Médecine Sociale et Techniques de Communication (sauf Médecine)
MEZARD Hervé Fénel	MPO CS	- Pôle Urgences - Réanimation Médicale / Centre de Soins - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	06.02 Réanimation
MENASSER Jimmy Fénel	MPO CS	- Pôle de Pharmacie chimie - Lab. de Neurologie et Pharmacie Cardio-vasculaire - SMO / HMC	06.03 Ophtal. / Pharmacie Industrielle
MOREL Olivier Fénel	MPO NCS	- Pôle d'actes médico-chirurgicaux Cardio-vasculaires - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	01.03 Cardiologie
MOLIN Bruno Fénel	MPO CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Neurologie, Otorhinologie et d'Endocrinologie / HMC	05.02 Néphrologie
MUTYER Didier Fénel	MPO NCS	- Pôle Neurologie, Otorhinologie et d'Endocrinologie / HMC - Service de Chirurgie vasculaire et Digestive / HMC	02.02 Chirurgie digestive
SAMEN Idris Jacques Fénel	MPO CS	- Pôle d'Urologie - Service de Médecine Nutrition et Organes Mécaniques / CANC	02.01 Biochimie et médecine nutrition
NOEL Georges Fénel	MPO NCS	- Pôle d'Urologie - Service de Neurologie - CANC	07.02 Cardiologie / Neurologie Ophtal. Pathologie Infectieuse
NOLL Eric M&H / F&H	MPO NCS	- Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SMO / SMO - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / HP	06.01 Anesthésiologie Réanimation
OSUNA Gabriel Fénel	MPO HCS	- Pôle d'Urologie - Srv. d'Urologie B - Urgences vasculaires et cardio-vasculaires / HMC	02.02 Pédiatrie et médecine pédiatrique (sauf ophtal.)
OSLAWSKI Agnès Fénel	MPO CS	- Pôle d'actes médico-chirurgicaux Cardio-vasculaires - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	01.02 Cardiologie
Mrs OLLAND Anne Fénel	MPO NCS	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	01.02 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mrs PELLARD Catherine Fénel	MPO CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie II / Hôpital de Necker	04.01 Pédiatrie
PELLACCA Thierry Fénel	MPO NCS	- Pôle d'Urologie / Réanimation Urologique / SMO / SMO - Centre de formation et de recherche en pédiatrie des sciences et de la SMO / Faculté	02.02 Anatomie / Médecine d'urgence Ophtal. Médecine d'urgence

NOM et Prénoms	CE	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialité de Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Béatrice 1937	MFPS NCS	• Pôle Médecine Sportive / Hôpital Civil • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Hôpital Civil	57.02 Chirurgie Générale
M. PÉDRAUX Pierre 1974	MFPS CS	• Pôle des Pathologies Agées, Neurologues et de la • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Générale
M. PÉRIE Thierry 1974	CSa	• CHU • Département de médecine cardiovasculaire	47.02 Cardiologie / Radiologie Général / Cardiologie Clinique
M. PÉRIE Xavier 1974	MFPS NCS	• CHU • Département de médecine cardiovasculaire	47.02 Cardiologie / Radiologie Général / Cardiologie Clinique
M. POTTICHER Julien 1974	MFPS CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations multidisciplinaires / CHU / Hôpital • Service d'Anesthésie et de Réanimation / Hôpital Hôpital Civil	48.01 Anesthésiologie-Réanimation / Médecine d'urgence (autres spécialités)
M. RADONAC Jean 1933	MFPS NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MREND) • Service de Médecine Interne et Endocrinologie / Hôpital	44.04 Médecine
M. REZAY Fatiha 1974	MFPS CS	• Pôle Tête et Cou • Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	49.02 Neurologie
M. ROLL Jean-Edouard 1947	MFPS CS	• Pôle de Soins • Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgence Médico- Légales et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et Hôpital • Hôpital de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.01 Médecine Légale et droit de la santé
M. REYNAUD Jean-Marc 1934	MFPS NCS	• Pôle des Pathologies Agées, Neurologues et de la • Service d'Urgence-Général / Radiologie et d'Urgence Médicale / Hôpital	50.01 Général / Gastro-entérologie
M. RICO Pierre 1947	MFPS NCS	• Pôle de Soins • Département Biologie et Développement et autres spécialités / • CHU	44.01 Biologie et santé moléculaire
M. ROSE Serge 1974	MFPS CS	• Pôle des Pathologies Agées, Neurologues et de la • Service de Chirurgie générale et Digestive / Hôpital	50.02 Chirurgie générale
M. ROSEN Bernard 1947 / 1950	MFPS NCS	• Pôle des Pathologies Agées, Neurologues et de la • Service de Chirurgie générale et Digestive / Hôpital	50.02 Chirurgie générale
Mme ROSEBONC BERNARD Sylvie 1974	MFPS NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie / Hôpital de Pédiatrie	54.01 Pédiatrie
M. ROUSSEAU 1974	MFPS NCS	• Pôle d'Anatomie humaine (Anatomie Cardio-vasculaire) • Service de Cardiologie / Hôpital Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine 1974	MFPS CS	• Pôle d'Urgence • Serv. d'Urgence S. / Urgence médicale et cardi-vasculaire / Hôpital	45.02 Radiologie et imagerie médicale (autres spécialités)
M. SALES Michel 1974	MFPS NCS	• Pôle de Neurologie Clinique • Service de Neurologie-Clinique / Hôpital	54.02 Ophtalmologie-Oncologie / généraliste Général / Ophtalmologie-Oncologie
M. SAURIN Arnaud 1974	MFPS NCS	• Pôle de Soins • Service d'Ophtalmologie / Hôpital Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
M. SAUZE Jean-Marc 1974	MFPS NCS	• Pôle de Soins • Service de Soins Publics / Hôpital Civil • Sociétés de Soins / Faculté de médecine / Hôpital	46.04 Sociologie, Informationnelle médicale et Techniques de Communication (autres spécialités)
M. SAUSSE Olivier 1974	MFPS CS	• Pôle d'Urgence, Médecine et Cardiologie • Service de Chirurgie Urologique / Hôpital Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHMITZ Claude 1974	MFPS CS	• Pôle de Soins • Service d'Ophtalmologie / Hôpital Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
M. SCHLITZBERG 1974	MFPS NCS	• Pôle de Soins • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital Hôpital Civil	47.04 Génétique (autres spécialités)
M. SCHROEDER Pierre 1974	MFPS CS	• Pôle Urgence - Réanimations médicales / Centre d'urgence • Service de Réanimations médicales / Hôpital de Neurologie	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Corinne 1974	MFPS CS	• Pôle de Psychiatrie et de Soins Psychiatriques • Service de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents / Hôpital	49.04 Psychiatrie / Addictologie
M. SCHULTZ Pierre 1974	MFPS NCS	• Pôle Tête et Cou / OTO • Serv. d'ORL-otite-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / Hôpital	50.03 Oto-rhino-laryngologie
M. SERRAFY Laurence 1974	MFPS CS	• Pôle des Pathologies Agées, Neurologues et de la • Service d'Urgence-Général / Radiologie et d'Urgence Médicale / Hôpital	50.01 Gastro-entérologie / Radiologie / Généraliste Général / Médecine
M. SERRA Jean 1974	MFPS NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MREND) • Service de Médecine Interne / Hôpital Hôpital Civil	50.01 Médecine
M. STEFANI Dominique 1974	MFPS CS	• Pôle d'Anatomie humaine (Anatomie Cardio-vasculaire) • Serv. des Maladies vasculaires (MVA) / Pharmacologie (MVA) / Hôpital	51.04 Général / Médecine vasculaire
M. THIBAUD Fabien 1974	MFPS NCS	• Pôle d'Anatomie humaine (Anatomie Cardio-vasculaire) • Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation vasculaire / Hôpital	51.04 Général / Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHART Christine 1974	MFPS CS	• Pôle Tête et Cou / OTO • Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	49.01 Neurologie
M. VELLER Pierre 1974	MFPS CS	• Pôle d'Urgence • Service d'Urgence / Urgence médicale, ORL et pédiatrie / Hôpital	45.02 Radiologie et imagerie médicale (autres spécialités)
M. VELTEN Michel 1974	MFPS NCS	• Pôle de Soins • Département de Soins Publics - Service 3 - Epidémiologie et • Examens de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de Soins Publics (H) / Faculté	46.01 Epidémiologie, Santé publique et de la santé et prévention (autres spécialités)
M. VETTER Denis 1974	MFPS NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MREND) • Service de Médecine Interne, Diabète et Médecine interdisciplinaire / Hôpital	50.01 Général / Gastro-entérologie
M. VIDAL HET Pierre 1974	MFPS CS	• Pôle de Psychiatrie et de Soins Psychiatriques • Service de Psychiatrie d'Urgence, de Soins et de • Soins Psychiatriques / Hôpital Civil	49.02 Psychiatrie d'Urgence
M. VILLE Stéphane 1974	MFPS NCS	• Pôle de Soins • Laboratoire de Psychologie et de Pathologies associées / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (autres spécialités)
M. VOISIN Thomas 1974	MFPS CS	• Pôle de Soins • Serv. de soins de suite et réadaptation psychiatrique / Hôpital	51.01 Général / Soins de suite et de réadaptation
M. VONDER Jean-Olivier 1974	MFPS CS	• Pôle de Soins • Service de Médecine Interne / Hôpital Hôpital Civil	50.01 Général / Médecine Interne

NOU et Prénoms	CE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
NOU F Philippe Prin	NRP NCS	<ul style="list-style-type: none"> Filié des Pathologies épileptiques, topologiques et de la G Neurobiologie Service de Chirurgie Générale et de Transplantation Neurologues / HP Coordonnateur des activités de pathologie et neurophysiologie des HJ 	34.02 - Chirurgie générale
MSG NOU FY Ismaïl Prin	NRP CS	<ul style="list-style-type: none"> Filié Tête et Cou 2008 Neurochirurgie / Hôpital de Neurologie 	34.01 - Neurologie

HC : Hôpital Civil / HP : Hôpital de Neurologie / HNC : Nouvel Hôpital Civil - FTSE = Filié scientifique de neurobiologie
 * : CE (Chef de service au NCS (Non Chef de service Hospitalier) CSp : Chef de service par intérim) CS : Chef de service général (ou sp)
 C2 : Chef d'unité fonctionnelle
 R2 : Pôle RPS (Responsable de Pôle) ou NRP (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultant hospitalier (plusieurs des services hospitaliers sont chef de service) Dr : Directeur
 (1) En survenance ultérieure jusqu'au 31.08.2019
 (2) (1) Consultant hospitalier pour un an renouvelable renouvelable -> 31.08.2017
 (2) En survenance ultérieure jusqu'au 31.08.2019 (3) Consultant hospitalier pour une durée limitée -> 31.08.2017
 (3) En survenance ultérieure jusqu'au 31.08.2017 (3) Consultant hospitalier pour une durée limitée -> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOU et Prénoms	CE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CAC RIL Laurent	NRP CS	<ul style="list-style-type: none"> Filié Spécialité médicale - (Généraliste / GMD) Service de Soins palliatifs / HNC 	34.04 Médecine générale
MARROUZZOUK Hani	CS	<ul style="list-style-type: none"> Pôle Neurologie Service de Soins Neurologie / HNC 	34.01 Soins Neurologie
MOUJARI Tou		<ul style="list-style-type: none"> Filié de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique (HC) 	
SAHATEN	CS	<ul style="list-style-type: none"> Filié Tête-Cou Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM	CE	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialité du Conseil National des Universités
Mme ANAND M001		• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / CANS	43.02 Biochimie et Médecine Nucléaire
Mme AUBIN Sophie M016		• Pôle d'Imagerie • Service de Radiobiologie / CANS	47.02 Génétique / Radiobiologie
Mme ZYME DETROCH Estelle M011		• Pôle de Pharmacie • Unité de Pharmacie Hospitalière / Faculté de Médecine	41.02 Pharmacie fondamentale / pharmacologie clinique; anthropologie / Cellule, pharmacologie expérimentale
Mme BACALAMA Ismaïel M006		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (génomique humaine)
BONNET Cyril M007		• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / CANS	43.02 Biochimie et médecine Nucléaire (génomique)
BOUSSIER Olivier M000		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
Mme BRU Ismaïel M040		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PFMHUS • Centre de Parasitologie / Faculté de Médecine	46.02 Parasitologie et mycologie (génomique humaine)
Mme BUNO Caroline M028		• Pôle d'Imagerie • Service de médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / CANS	43.02 Biochimie et médecine Nucléaire
CHARAFFI Raphaël M012		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie Cellulaire / Nouvel Hôpital Civil	47.02 Immunologie
CAZZATO Renato M014		• Pôle d'Imagerie • Service d'Imagerie à l'intermodalité / MHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (génomique)
Mme CERULLA Alessia M010		• Pôle Télé-Cit • Service de Neurologie / HP	46.02 Neurologie
CERVALLE Justine M022		• Pôle de Biologie • Département de Biologie structurale moléculaire / CEMC	47.02 Catalyse, Biochimie (génomique humaine)
CHARRIER Thomas M026		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie cellulaire / Nouvel Hôpital Civil	47.02 Immunologie (génomique humaine)
CHOUET Philippe M013		• Pôle d'Imagerie • UFR221 - Imagerie Fonctionnelle / HP	43.01 Biochimie et médecine Nucléaire
CEZIE JEAN Raphaël M027		• Pôle Chimie - Régimes de Médecine / Centre de Diagnostic • Service de Radiobiologie Nucléaire / Institut de Neurologie	46.02 Neurologie
Mme COCCARDI Emma Wilma M018		• Pôle Pathologie Médico-Chirurgicale Carde Vasculaire • Serv. des Maladies vasculaires / IALD / cardiologie clinique / MHC	47.04 Cardiologie - Médecine vasculaire
DALY VOUCIF Ahmad Nassim M017		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / MHC	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
DELORME Jean-Etienne M019		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	43.02 Chirurgie générale
DEVYS Odile M015		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (génomique humaine)
Mme DRELLACHER Vera M011		• Pôle Télé-Cit - CATO • Service de Neurologie / Institut de Neurologie	44.01 Neurologie
DOLE Pascal M021		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / MHC	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
Mme EGAÏNE Inna M014		• Pôle de Pathologie Émotionnelle • Service de Psychologie et d'Explorations Neuropsychologiques / CEMC	43.02 Psychologie
Mme FARRUGIA-JACSON Audrey M004		• Pôle de Biologie • Service de Médecine Légale, Consultation d'Épistémologie Médico-Légale et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.02 Médecine Légale et toxicologie
FELTEN Renaud M016		• Pôle Télé-Cit - CENS • Centre d'Explorations Digestives / CIO - ASE / Institut de Neurologie	46.04 Neurologie, Médecine de la douleur, Anthropologie
FILIPPETTI Jean M022	CE	• Pôle de Biologie • Unité de Parasitologie et de Mycologie médicale / PFMHUS et Faculté	46.02 Parasitologie et mycologie (génomique humaine)
FOUCHER Jean M007		• Institut de Psychologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de soins curatifs • Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Psychologie (génomique humaine)
GASTNER Pierre M010		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Institut de Virologie / PFMHUS et Faculté	43.01 Biochimie / Virologie / Hygiène Hospitalière / Cellule / Biochimie / Virologie expérimentale
GES Vincent M020		• Pôle de Sciences Médicales - Otorhinolaryngologie / CEMC • Service de Médecine Orale et Otorhinolaryngologie / MHC	47.02 Otorhinolaryngologie (génomique humaine)
GRILLON Antoine M023		• Pôle de Biologie • Centre d'Études de Biochimie / PFMHUS et Faculté	43.01 Cellule / Biochimie (génomique humaine)
GUERIN Eric M002		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.02 Biologie cellulaire (génomique humaine)
JAFFROY Aurélien M010		• Pôle de Pathologie Médicale - Otorhinolaryngologie / CEMC • Service de Médecine Orale et Otorhinolaryngologie / CEMC	47.02 Otorhinolaryngologie (génomique humaine)
Mme HADJAN RAÏTIL LAÏLA M019		• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / CANS	43.01 Biochimie et médecine Nucléaire
HUBLE Fabrice M020		• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / CANS • Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / MHC	43.01 Biochimie et médecine Nucléaire
KASTNER Philippe M000		• Pôle de Biologie • Département Chimie Biochimie et cancer / CEMC	47.04 Génétique (génomique humaine)
Mme KEMEL Véronique M004		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
KUZY Guillaume M012		• Centre d'Anatomie Humaine / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (génomique humaine)
Mme KHAMSI FACRI Agnès M013		• Pôle de Médecine Physique et de Rééducation • Centre Universitaire de Rééducation / Orléans	46.02 Médecine Physique et Rééducation
Mme LAMOUR Valérie M000		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et Biologie moléculaire
Mme LONDES Eleonora M001		• Institut d'Imagerie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Institut de Neurologie	43.02 Imagerie, Chimie et Cytopathologie (génomique humaine)
LIVARI Thomas M001		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.02 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CE	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialisation du Conseil National des Universités
LECOMTE Denis M110		- Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Maxillofaciale et Dermatologie - Service de Dermatologie - Hôpital Civil	30-35 Dermato-dermatologie
LEWIS Marie M110		- Pôle de Biologie	42-05 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M110		- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Maxillofaciale et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale - Hôpital Civil	35-39 Chirurgie maxillo-faciale et esthétique
MAGNY Laurent M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie Anatomique / Hôpital de Neurologie et MFC	44-34 Biologie cellulaire 45-05 Anatomie - Anatomie
Mme MOUTON Corine et GUYMARD M110	23	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire - CHUJ St-Joseph	34-35 Biologie et médecine de développement et de la reproduction (autres biologies)
MULLER Jean M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital Hôpital Civil	47-24 Génétique humaine (autres biologies)
Mme NICOLAS Anne M110		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Neurologie	43-34 Anatomie et Cytologie Pathologiques (autres biologies)
Mme NOURY Nathalie M110		- Pôle de Soins postopératoires et de Soins de Support - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine de Support	48-05 Médecine et Soins de Support (autres biologies)
PONCINACH Emile M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / MFC	44-01 Biochimie et Biologie moléculaire
POFFY Alexander M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	43-02 Parasitologie et mycologie
Mme PITHON Anne M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / MFC	47-24 Génétique humaine (autres biologies)
Mme PORTER Louise M110		- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Neurologie	47-24 Génétique humaine (autres biologies)
PREZOTT Gilles M110		- Pôle de Biologie - Institut Universitaire de Biologie / PTM HUS et Faculté	43-01 Cellule - Biologie (autres biologies)
Mme RACONTEUR Marie M110		- Pôle de Biologie - Médecine d'Urgence (autres biologies) / Hôpital Hôpital Civil	47-02 Immunologie humaine (autres biologies)
Mme REIX Nathalie M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / MFC - Service de Chirurgie / CHUJ	43-01 Biochimie et Biologie moléculaire
Mme ROLLE Marie M110		- Pôle de Pathologie humaine - Service de Pathologie et explorations fonctionnelles / MFC	43-32 Physiologie humaine (autres biologies)
ROGEE Pierre Et. Ad. M110		- Pôle de Biologie - Médecine de Biochimie, Génétique et Sérologie / MFC	43-01 Biochimie et Biologie moléculaire (autres biologies)
Mme ROLLAND Sophie M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie Anatomique / Hôpital Civil	47-01 Anatomie et Cytologie Pathologiques (autres biologies)
Mme RUPERT Claudine M110		- Pôle de Biologie - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / MFC	43-01 Neurologie
Mme SBOU Inès M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	43-02 Parasitologie et mycologie (autres biologies)
Mme SCHNEIDER Sophie M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital Hôpital Civil	47-24 Génétique
SCHAMM Frédéric M110		- Pôle de Biologie - Institut Universitaire de Biologie / PTM HUS et Faculté	43-01 Cellule - Biologie (autres biologies)
Mme SOLÉ Margare M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie / Hôpital de Neurologie	43-01 Biologie Cellulaire / Hôpital de Neurologie Cellule - Biologie (autres biologies)
Mme SPOFFY Corinne M110		- Pôle de Médecine interne, Neurologie, Nutrition, Endocrinologie, Gynécologie (MFC) - Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	30-01 Neurologie
Mme TADAMNI RESSE Etienne M110		- Pôle de Biologie - Institut Universitaire de Biologie / PTM HUS et Faculté	43-01 Cellule - Biologie (autres biologies)
TALJA Dalry M110		- Pôle de Pathologie humaine - Service de Pathologie et explorations fonctionnelles / MFC	44-02 Physiologie humaine (autres biologies)
Mme TALON Geneviève M110		- Pôle de Biologie - Service de Chirurgie Dentaire / Hôpital de Neurologie	34-35 Chirurgie maxillo-faciale
TELEIN Marie M110		- Pôle de Biologie - Service de Biologie et de Reproduction / CHUJ St-Joseph	34-35 Biologie et médecine de développement et de la reproduction (autres biologies)
VALLET Laurent M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie Anatomique / Hôpital de Neurologie	47-01 Anatomie et Cytologie Pathologiques (autres biologies)
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M110		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie / Hôpital Civil	43-01 Biologie Cellulaire / Hôpital de Neurologie Cellule - Biologie (autres biologies)
Mme YLLARD Cécile M110		- Pôle de Biologie - Unité de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	43-02 Parasitologie et mycologie (autres biologies)
Mme YVOU Marie M110		- Chargé de Mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48-05 Médecine et Soins de Support (autres biologies)
Mme ZALOGNY Anne et MARCANTON M110		- Pôle de Médecine Chirurgicale de Femme - Service de Pédiatrie / Hôpital de Neurologie	34-01 Pédiatrie
JCLL MF et M110		- Pôle de Pathologie humaine - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / MFC	44-02 Physiologie humaine (autres biologies)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONNET Christian Pierre

Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

15. Epistémologie / Histoire des sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

M. KESSEL, Nils	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	75	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. LANDRE Lionel	ICM - CNRS 7257 - Eau de Mer / Faculté de Médecine	66	Neurosciences
Mme MARILLAS Orla	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	75	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Valérie	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Myrtil	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	75	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. VACHONNIER Frédéric	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. ZIEBER David	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	75	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRES Jean-Luc	6004	Médecine générale (01.08.2017)
Pr Ass. GRES-BERTHOUD Anne	6005	Médecine générale (01.08.2016)
Pr Ass. GILLOU Philippe	6006	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	6007	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUSSEAU Fabien	6007	Médecine générale (01.02.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr CRAMÉZ Juliette	6008	52.02 Médecine générale (01.08.2016)
Dr LORONZI Mathieu		53.02 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr DURAS Claire		Médecine générale (01.08.2016 au 01.08.2018)
Dr SAINTELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme KOEHL-HEISLER Fab	4000	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.20)
Mme LONDAS Peggy	4000	Professeure agrégée d'Anglais (depuis 01.09.20)
Mme DEBRIDOUR Marie-Kristin	4001	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JOYER Nicole	4002	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme GARTEN Estelle	4003	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	- Pôle Médecine Urgence de Pédiatrie - Service de Diagnostic Préhospitalier Spécialisé et de Soins Intensifs Pédiatriques / Hôpital de Reims
Dr DE MARCO Marie	- Pôle Oncologie Infantile/Chirurgie et Hématologie - Service d'Oncologie Pédiatrique / CHU
Mme Dr GÉRARD Bénédicte	- Pôle de Soins - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr ODOINÉLÉ Bénédicte	- Pôle de Pharmacie pharmacologie - Service de Thérapie Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Dr KACRON Pascale	- Pôle de Soins - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement pédiatrique / HPIAD / Hôpital de la Pédiatrie
Mme Dr LALLEMAN Lucie	- Pôle Urgences - SAMU35 - Médecine Intensive et Réanimation - Programme d'aide aux soins de suite - LA Bièvre (PAB)
Dr LEBÉREUX Nicolas	- Pôle de Neurologie Pédiatrique - Epileptologie - Hypoxie (SIC) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr LICHTBLAU Isabelle	- Pôle de Soins - Laboratoire de Soins de la reproduction / CMCO de Strasbourg
Mme Dr MARTIN-MUNYADI Catherine	- Pôle de Soins - Service Evaluation / Hôpital de la Pédiatrie
Dr NIGARD Gabriel	- Pôle de Soins Pédiatrique et Soins de suite - Service de Soins Pédiatrique - CHU / Hôpital Civil
Mme Dr PETIT Flore	- Pôle de Soins Médicaux - Ophtalmologie - Hypoxie (SIC) - UCA
Dr PIRELLO Olivier	- Pôle de Génétique et d'Iconomie - Service de Génétique Clinique / CMCO
Dr REY David	- Pôle Systèmes Infectieux - Epileptologie / SIC - La Cité d'Action - Centre de soins de l'infecté par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr RONCE CLAUDE Carole	- Pôle Soins - Service de Chirurgie Digestive / Hôpital de Pédiatrie
Mme Dr RONDERES Catherine	- Pôle de Génétique et d'Iconomie - Centre d'Iconomie d'AMP/CMC
Dr TOUMATEY Sophie	- Pôle Médecine Chirurgie de Pédiatrie - Service des Soins Médico-Chirurgicaux pédiatriques / Hôpital de Reims
Mme Dr WEISS Anne	- Pôle Urgences - SAMU35 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- de droit et à vie membre de l'Institut
CHAMON Marie (Biochimie et Biologie moléculaire)
WINDL Jean-Louis (Génétique et Soins Pédiatriques et néonataux)
- pour trois ans (1er avril 2010 au 31 mars 2012)
Mme STIE Anne (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- pour trois ans (1er septembre 2010 au 31 août 2012)
DUFOUR Pierre (Cardiologie pédiatrique)
NÉAUME Jean (Oncologie pédiatrique)
PASTET Michel (Oncologie, Soins et Maladies Infectieuses)
Mme DUJON Claudine (Pédiatrie)
- pour trois ans (1er septembre 2010 au 31 août 2012)
BILLOU Jean-Pierre (Service de Pédiatrie)
DARCOU Jean-Marc (Pédiatrie)
KEMPT Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPPELSCHMITT Jacques (Généraliste médical chirurgicale Adulte)
- pour trois ans (1er septembre 2011 au 31 août 2014)
DARCOU Anne (Pédiatrie, Soins de suite)
DEBUNDOY Pierre (Anesthésie et Réanimation chirurgicale)
HEBRICHT Basile (Hématologie)
STIE Jean-Paul (Chirurgie de suite)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOURJAK OBU-01 WCAD-pé-08-2009 - 05-09-2010 - www.univ-reims.fr 01-10-2010 09-09-2010 09-09-2010

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

H OMBRON Dominique	0019-0000
H KATZ Pascal	0019-0000
H LIND Walter S.	0019-0000
H MAHE Anne	0019-0000
H MASTELLU Anne	0019-0000
H REY Jacques	0019-0000
Hs RONDERES Catherine	0019-0000

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADOLFF Michel (Chirurgie générale) / 01 28 24	KURTZMAN Francis (Général) / 01 28 07
BAHN Serge (Chirurgie et Traumatologie) / 01 28 21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01 28 24
MALDUP Jean-Jacques (Dermatologie vénérienne) / 01 28 21	LARD Guy (Chirurgie et Traumatologie) / 01 28 28
SARDES Pierre (Cardiologie) / 01 28 12	LARDER Pierre (Cardiologie) / 01 28 19
SAZDOWICZ ALAIN Anne (Médecine Pathologique) / 01 28 28	LEFF Jean-Marc (Pédiatrie) / 01 28 28
SAUMANN René (Néoplasme génito-urinaires) / 01 28 18	LONGCHAMPEL Jean (Physiologie) / 01 28 14
BERGCRAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01 28 14	LUTZ Pierre (Pédiatrie) / 01 28 18
BERTHEL Mary (Général) / 01 28 18	MALLOT Claude (Anatomie normale) / 01 28 28
BERTZ Michel (Médecine Interne) / 01 28 24	MATRE Michel (Général et méd. interne) / 01 28 18
BLOCKE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 01 28 27	ORLI / 01 28 12a (Cardiologie) / 01 28 18
BLOCH Pierre (Pathologie) / 01 28 28	PAROUD Pierre (Médecine Légale) / 01 28 24
BODMANN-BURGER Remy (Physiologie) / 01 28 28	RIANT Jean-Michel (Pharmacologie médicale) / 01 28 24
BOULAT Pierre (Pathologie) / 01 28 28	MARSCAUX Christian (Neurologie) / 01 28 18
BOUDQUET Pascal (Pharmacologie) / 01 28 18	MARSCAUX Jacques (Chirurgie générale) / 01 28 18
BRECHENMAYER Claude (Cardiologie) / 01 28 28	MARX Jean-Jacques (Biochimie et Biologie moléculaire) / 01 28 28
BRETTE Jean-François (Dermatologie-Vénérologie) / 01 28 18	MESSEN Jean (Pédiatrie) / 01 28 27
BURGARD Guy (Pharmacologie) / 01 28 28	METZ Christian (Chirurgie générale) / 01 28 18
BURZYLA Claude (Physiologie) / 01 28 18	METZ Pierre (Biochimie, Biologie moléculaire) / 01 28 28
CASTAGNE Jean-Marc (Général et Spécialité) / 01 28 18	MOYER Jean (Cardiologie) / 01 28 18
CAZMAYE Jean-Pierre (Néphrologie) / 01 28 28	MOSKARD Jean-Marc (Cardiologie) / 01 28 28
CHAPELLE Maurice (Général) / 01 28 28	OUDET Pierre (Chirurgie générale) / 01 28 18
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01 28 18	PASQUA Jean-Louis (Néphrologie) / 01 28 18
CHILLY Jacqueline (Général) / 01 28 28	PATHE Marie (Pharmacologie) / 01 28 18
CHOUQUET Jacques (Chirurgie générale) / 01 28 18	Mme PAUL Sabine (Pharmacologie) / 01 28 18
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie générale) / 01 28 18	PERROT Michel (Chirurgie) / 01 28 18
COLLINS Maurice (Neurologie) / 01 28 28	POTTINGER Thierry (Général-Matérielle) / 01 28 18
CONSTATOPOULOS Anne (Biochimie et Biologie moléculaire) / 01 28 18	ROY Philippe (Chirurgie générale) / 01 28 28
COUSMANN Jean-Louis (Pathologie) / 01 28 17	RITTE Jean (Général-Cardiologie) / 01 28 28
COPYCOG Michel (Général) / 01 28 18	RUMPEL Yves (Général) / 01 28 18
DUCCI Bernard (Général-Cardiologie) / 01 28 18	SANCHEZ Guy (Pharmacologie) / 01 28 18
DUPRECH Jean-Pierre (Néphrologie-Radiologie) / 01 28 18	SANCHEZ Philippe (Pharmacologie médicale) / 01 28 28
ESSELMANN Bernard (Chirurgie générale) / 01 28 18	SAYEGE Paul (Chirurgie générale) / 01 28 28
FABRE Michel (Chirurgie et Maladies) / 01 28 28	SCHLIMMER Guy (Dermatologie-Vénérologie) / 01 28 28
FEDERACH Michel (Pédiatrie) / 01 28 18	SCHNEIDER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01 28 18
FLAMENT Jacques (Chirurgie) / 01 28 28	SCHWAB Jean (Néphrologie) / 01 28 18
GAY Daniel (Chirurgie générale) / 01 28 18	SEE Jean (Anatomie normale) / 01 28 28
GEMMELER Pierre (Général) / 01 28 28	STERZ Jean-Luc (DR) / 01 28 18
GRIGNON Daniel (Général de Médecine) / 01 28 28	STOL Claude (Chirurgie) / 01 28 28
GUY Jean-Pierre (Chirurgie) / 01 28 18	STOLL-KOLLER Françoise (Chirurgie) / 01 28 18
HASSLAMANN Michel (Pharmacologie médicale) / 01 28 18	STORCH Daniel (Médecine Interne) / 01 28 28
HARTMANN Georges (Chirurgie générale) / 01 28 28	TENDE Jean-Claude (Néphrologie médicale) / 01 28 28
HEBESSE Christian (Chirurgie) / 01 28 28	TORGO Jean (Néphrologie) / 01 28 28
HEINER Marc (Médecine Interne) / 01 28 28	TRUBIER Jean (Chirurgie-Vénérologie) / 01 28 28
JACQUIN Didier (Chirurgie) / 01 28 18	VEITZBERG Philippe (Général-Physique et Radiologie) / 01 28 18
JACK Daniel (Chirurgie générale) / 01 28 18	VEYER Jean-Marc (Maladies infectieuses) / 01 28 18
JETTEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01 28 28	VICINICHOS Guy (Chirurgie) / 01 28 28
KOHN Jean-Luc (Chirurgie) / 01 28 18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01 28 28
KLEIN Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01 28 28	WATTEZ Arthur (Chirurgie-Vénérologie) / 01 28 28
KREMER Michel / 01 28 28	WILM Jean-Marc (Chirurgie générale) / 01 28 18
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01 28 28	WILK Anne (Chirurgie maxillo-faciale) / 01 28 18
KREIDER Jean (Neurologie) / 01 28 28	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01 28 28
KURTZ Jean-Louis (Chirurgie) / 01 28 28	WOLFRUM GADEL Pierre (Pédiatrie) / 01 28 28

Légende des adresses :

FRU - Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - F - 67082 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 21 35 20 - Fax : 03 88 21 35 19 et 03 88 21 34 87

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)

- H.C. - Hôpital Militaire Civil - 1, Place de l'Alsace - S.P. 104 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 21 07 06
- H.C. - Hôpital Civil - 1, Place de l'Alsace - S.P. 104 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 11 07 05
- H.P. - Hôpital de Médecine - Avenue Molière - S.P. 48 - F - 67082 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 12 50 50
- Hôpital de La Robertsau - 23, rue Himmelsch - F - 67073 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 11 05 11
- Hôpital de l'Escau - 13, rue Croix-Rouge - 67082 Strasbourg - Tél. : 03 88 11 07 08

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Diagnostic - 12, rue Louis Pasteur - S.P. 120 - Schiltigheim - F - 67021 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 42 55 30

C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main - 15, avenue Bismarck - S.P. 95 - F - 67420 North-Dorf (ancien Cedex) - Tél. : 03 88 36 30 06

E.P.S. - Centre National Français du Sang - Alsace - 10, rue Spillmann - S.P. 97 - 67082 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 21 29 25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strass" - 5, rue de la Porte de l'Alsace - 67082 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 25 24 24

SRU - Institut Universitaire de Radiodiagnostic Dimensionnel - CHU de Strasbourg et IRTICAM (Unité pour la Gestion des Examen de Contrôle d'Assurance Médical) - 40 boulevard Derronville - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARIÉTÉ OÙ LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QUELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

REMERCIEMENTS

Aux professeurs, membres du jury de thèse

**Monsieur le Professeur Kessler Romain, président du jury,
Monsieur le Professeur Bilbault Pascal,
Monsieur le Professeur Clavert Philippe,**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail et d'être présents pour la soutenance de ma thèse.

Recevez la preuve de mon profond respect.

Au directeur et à la directrice, membres du jury de thèse

A Monsieur le Docteur Frances Pierre

Merci pour votre présence et votre soutien depuis le premier jour de stage en médecine générale.

Au-delà de vos discours pertinents, je salue votre pratique de la médecine générale qui est en soi, une source précieuse d'enseignement et d'inspiration. J'y vois un modèle singulier, caractérisé par votre énergie débordante, beaucoup de positivité et un accompagnement dans la durée.

A Madame le Docteur André Claire

Merci pour votre présence et votre soutien précieux, dans la rédaction de cette thèse, mais aussi lors de nos nombreuses discussions toujours enrichissantes.

A ma famille et mes amis

Merci pour votre accompagnement tout au long de mes études.

Merci de faire partie de ma vie, que ce soit de près ou de loin.

Victor Hugo a écrit : "Être, c'est être la somme de tout ce qu'on a été".

Ainsi, à tout moment, je suis heureux d'être riche de nos interactions.

Un aphorisme d'Hippocrate dit en partie : "L'art est long, la vie est brève"

Aussi, merci à ceux qui sont déjà partis, durant ces longues années d'étude.

Aux patients

Merci pour votre confiance.

Tables des matières

+ LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	18
+ INTRODUCTION	19
I. La problématique du cancer en France	19
I.1. Epidémiologie	19
I.2. Prise en charge des cancers	20
I.2.A. Parcours de soins en santé publique	20
I.2.B. Parcours individuel complexe	21
II. Les personnes SDF et le cancer	24
II.1. Définition et Recensement	24
II.2. Epidémiologie	26
II.3. Une prise en charge difficile, liée à des facteurs d'exclusion du parcours de soins classique	27
II.3.A. L'absence de couverture maladie effective	28
II.3.B. L'absence de logement stable	28
II.3.B.1. Parcours pré-hospitalier	28
II.3.B.2. Parcours hospitalier et aux décours	30
+ MATÉRIEL ET MÉTHODE	33
I. Description des lieux de recueil des données	33
I.1 Tableau 1 : définition d'un CHRS	33
I.2 Le CHRS EtapeSolidarité à Céret	34
I.3 Le CHRS Hôtel social Mas Saint-Jacques à Perpignan	34
I.4 Points communs aux deux centres	35
II. Mode de recueil des données	35
★ Tableau 2 : Nombre de patients vus sur une période de 6 ans, de 2015 à 2020	36
+ RÉSULTATS : cf Table des graphiques p5	37
+ DISCUSSION	42
• POPULATION PAR TRANCHES D'ÂGE	42
•.I. Les données de notre étude sur la population SDF	42
•.II. Les données d'autres études concernant l'âge de diagnostic de cancer dans la population générale	42
•.III. Discussion à partir de ces données	43
•.III.1. Pourquoi cette différence d'âge au moment du diagnostic de cancer ?	43
•.III.1.A. Espérance de vie réduite des personnes SDF	43
•.III.1.B. Vieillesse précoce des personnes SDF	44
• POPULATION PAR SEXE	46
•.I. Les données de notre étude	46
•.II. Les données d'autres études	46
•.III. Discussion à partir des données	47
•.III.1. Comment expliquer cette répartition ?	47

•.III.1. A. Une attention particulière de l'action sociale pour les femmes et enfants	47
•.III.1. B. Des différences de comportement	48
• NATURE DES NÉOPLASIES & ADDICTIONS	49
•.I. Les données de notre étude concernant la nature des néoplasies	49
•.II. Les données de la littérature	49
•.II.1. Cancer du Poumon	49
•.II.2. Cancer du Foie	50
•.III. Les données de notre étude concernant l'usage d'alcool, tabac et autres drogues.	51
•.IV. Les données de la littérature sur l'usage d'alcool et tabac et autres drogues	52
•.IV.1. Prévalences des dépendances au tabac et à l'alcool dans la population générale	52
•.IV.2. Prévalences des dépendances au tabac et à l'alcool dans la population SDF	53
•.V. Discussion à partir de ces données	53
•.V.1. Cancer du poumon	55
•.V.2. Hépatocarcinome	56
•.V.3. Cancer de la prostate	57
•.V.4. Cancer colorectal	57
•.V.5. Cancer du sein féminin	58
• MOTIFS DE CONSULTATION	59
•.I. A partir de nos données	59
•.II. A partir des données de la littérature	59
•.II.1. Motifs Médicaux de consultation les plus fréquents:	59
•.II.2. Motifs socio-administratifs	61
•.II.3. Les pathologies psychologiques	61
•.III. Discussion à partir des données	62
•.III.1. Pathologies respiratoires	62
•.III.2. Pathologies mentales	63
•.III.3. Le recours à un médecin pour régler un problème social	66
• COUVERTURE SOCIALE	68
•.I. A partir de nos données	68
•.I.1. Couverture maladie	68
•.I.2. Complémentaire	68
•.I.3. Affection de longue durée (ALD)	68
•.II. A partir des données de la littérature	69
•.II.1. Couverture maladie et complémentaire	69
•.II.2. Affection de longue durée	70
★ Tableau 3 : Comparatif des résultats d'autres études concernant la couverture maladie des personnes SDF	71
•.III. Discussion à partir de ces données	72

•.III.1. Variabilité des chiffres disponibles	72
•.III.2. Accès à des soins sans frais, quelles possibilités ?	74
•.III.2.A. Accès à des soins avec aide de l'état	74
•.III.2.B. Accès à des soins avec financement privé	74
•.III.2.C. Conditions d'accès	74
•.III.3. Accès aux soins sans frais en pratique	75
•.III.3.A. Difficultés à mettre en place une couverture sociale	76
•.III.3.B. Volonté de simplifier l'accès à une couverture sociale	78
•.III.3.C. Une volonté de simplification à nuancer	78
•.III.4. Donnée unique à notre étude, la proportion d'ALD	80
• ORIENTATION POUR PRISE EN CHARGE	82
•.I. A partir des données de notre étude	82
•.II. A partir des données de la littérature	82
•.III. Discussion à partir de ces données	83
•.III.1. Les centres d'hébergement d'urgence	83
•.III.2. Quelles solutions pour un logement stable ?	84
•.III.2.A. Parcours d'accès à un logement classique	84
•.III.2.B. Des patients dans la rue	84
•.III.2.C. Des patients en CHRS	86
•.III.2.D. Des patient en LHSS	90
•.III.2.E. Peu de patients en convalescence	93
•.III.2.F. Peu de patients en famille	94
+ CRITIQUE DE L'ÉTUDE	96
I. Forces	96
I.1. Originalité de l'étude	96
I.2. Expérience de la personne collectant les données	96
I.3. Force liée au lieu de recueil	96
II. Faiblesses	97
II.1. Biais de sélection	97
II.2. Biais de subjectivité	97
II.3. Biais d'information	97
II.4. Biais Statistique	98
+ PERSPECTIVES	99
I. Préambule	99
II. Les solutions pour mieux prendre en charge ces patients	99
II.1. Lits d'accueil médicalisés (LAM)	99
II.2. Accueil familial thérapeutique	100
II.3. Appartements de coordination thérapeutique (ACT)	101
+ CONCLUSION	103
Illustration 1 : poster édité par la fondation Abbé Pierre	105
+ BIBLIOGRAPHIE	111

Table des illustrations et annexes

TABLEAUX :

Tableau 1 : définition d'un CHR	33
Tableau 2 : Nombre de patients vus sur une période de 6 ans, de 2015 à 2020 :	36
Tableau 3 : Comparatif des résultats d'autres études concernant la couverture maladie des personnes SDF	71

GRAPHIQUES :

Graphique 1 : patient SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction des tranches d'âge et du sexe	37
Graphique 2 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction de la nature des néoplasies :	38
Graphique 3 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction des addictions :	38
Graphique 4 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction du motif de consultation (groupé selon la classification CISP-2)	39
Graphique 5 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction de leur couverture sociale	40
Graphique 6 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction de leurs modes d'hébergement lors de la consultation	41
Graphique 7 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction de leur orientation pour une prise en charge	41

ILLUSTRATION :

Illustration 1 : poster édité par la fondation Abbé Pierre	105
--	-----

ANNEXES :

ANNEXE 1 ; CISP - 2 : Classification internationale des soins primaires 2ème édition	106
ANNEXE 2 : Différents vécus de la rue	108
ANNEXE 3 : Tableau 4 : Tableau 15 dans Enquête sur les parcours des personnes accueillies en LHSS et LAM EY – Rapport final par la DGCS – Octobre 2018	109
ANNEXE 4 : Carte 1 : aperçu de la répartition des structures par région illustrant la couverture territoriale des LAM.	110

+ LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

115	Numéro de téléphone d'urgence d'orientation vers des services d'hébergement
ACT	Appartements de coordination thérapeutique
AME	Aide médicale d'état
ALD	Affection de longue durée
CASO	Centre d'accès aux soins et d'orientation
CHRS	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CISP-2	Classification internationale des soins primaires version 2
CMDR	Collectif des morts de la rue
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CSS ou C2S	Complémentaire de Santé Solidaire
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
INCa	Institut National du Cancer
INED	Institut national d'études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits Halte Soins Santé
NACRe	Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche
PUMa	Prévoyance Universelle Maladie
SDF	Sans domicile Fixe
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SNFGE	Société nationale française de gastro-entérologie

Étude des caractéristiques médico-sociales et des hébergements possibles, pour prendre en charge des patients sans domicile fixe, ayant une pathologie néoplasique, au sein de 2 CHRS des Pyrénées.

+ INTRODUCTION

I. La problématique du cancer en France

I.1. Epidémiologie

Incidence des cancers :

En 2018, le nombre de nouveaux cas de cancers en France s'élevait à 382 000, dont 204 600 chez les hommes et 177 400 chez les femmes. (1)

Les cancers les plus fréquents étaient :

- Chez les hommes, le cancer de la prostate (25%), du poumon (15%) et le cancer colorectal (11%).
- Chez les femmes, le cancer du sein (33%), le cancer colorectal (11%) et le cancer du poumon (8,5%).

Vieillesse de la population :

Le risque de cancer augmente avec l'âge. Entre 2010 et 2018, le nombre de nouveaux cas de cancer s'est accru notamment en raison de l'augmentation du vieillissement de la population. (1) Au 1er janvier 2020 les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 20,5 % de la population, contre 20,1 % un an auparavant et 19,7 % deux ans auparavant. Leur part a progressé de 4,7 points en vingt ans. Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011. (2)

Age médian au moment du diagnostic et au moment du décès :

Chez les hommes, diagnostic à 68 ans et décès à 73 ans. (1)

Chez les femmes, diagnostic à 67 ans et décès à 75 ans. (1)

Importance relative des pathologies tumorales par rapport aux autres pathologies

En 2017, pour 591 500 décès cette année-là, les pathologies tumorales représentaient **la première cause de décès** avec 28% des cas, devant les pathologies cardiovasculaires qui représentaient 24% des décès.(3)

I.2. Prise en charge des cancers

1.2.A. Parcours de soins en santé publique

Une volonté publique de soins de qualité pour tous

Suite à la création en 2003 du premier plan cancer, et de la création de l'Institut National du Cancer (INCa) en 2005, les cancers font partie des pathologies placées sous la responsabilité d'une agence sanitaire d'expertise au service de l'État.

Ainsi, l'INCa assure plusieurs missions dont l'organisation et l'amélioration des soins. (4)

Cette politique de santé vise à structurer le parcours de soins des patients atteints de cancer, en proposant des soins personnalisés pour chaque individu, mais aussi, dans la mesure du possible, une égalité de prise en charge quel que soit le lieu de soin choisi.

Des outils pour structurer une prise en charge complexe et personnalisée

Aujourd'hui, le parcours de soins optimal d'un patient atteint de cancer, repose sur un dispositif d'annonce faisant l'objet de dispositions réglementaires sous l'égide de l'INCa.

Il est théoriquement structuré en 5 temps :

- Deux temps sont dédiés à l'annonce de la suspicion d'une maladie cancéreuse puis à la confirmation du diagnostic.
- Un temps dédié à la proposition thérapeutique reposant sur un plan personnalisé de soins (PPS) établi à la suite d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
- Un temps d'accompagnement par un soignant paramédical pour évaluer les besoins du patient en soins de support et le mettre en contact avec d'autres intervenants. Ce

temps sert aussi à réévaluer la compréhension par le patient de ce qui lui arrive et de ce qui est prévu pour la suite.

- Un temps de synthèse et de lien entre le patient, son généraliste et la structure hospitalière étant intervenus précédemment. (4–6)

1.2.B. Parcours individuel complexe

Cette volonté de structurer les prises en charge, dans un but d'une qualité de soins pour tous, se comprend lorsque l'on aborde la complexité que représente la prise en charge d'un patient atteint de cancer. Il existe, d'une part une panoplie d'options thérapeutiques qui ne cesse de s'étoffer, et d'autre part un accompagnement pluridisciplinaire qui mobilise de nombreuses personnes.

➤ **Une panoplie d'options thérapeutiques :**

Depuis les années 80, les options thérapeutiques des affections cancéreuses sont de plus en plus nombreuses grâce à la recherche fondamentale, aux technologies diagnostiques et aux développements de la chirurgie, de la radiothérapie, de la chimiothérapie et de l'immunothérapie.

Certaines techniques sont utilisées isolément mais le plus souvent le traitement implique une combinaison de plusieurs techniques. Le choix des techniques utilisées est guidé entre autre, quantitativement par le degré d'envahissement des lésions, et qualitativement par l'accessibilité aux diverses techniques existantes (lésion localisée opérable facilement, lésion répondant favorablement à un type de chimiothérapie...). Ces combinaisons de traitement permettent diverses stratégies thérapeutiques s'adaptant à chaque situation clinique. Certains patients auront besoin de quelques interventions et pourront être guéris, d'autres ne pourront pas être guéris mais leur vie pourra être prolongée de plusieurs années parfois. Enfin, pour certains patients qui ne pourront pas guérir et pour qui la maladie est trop évoluée, la stratégie proposée veille alors en priorité à assurer la meilleure qualité de

vie possible pour le patient. Cela se traduit par la poursuite de soins de confort et d'éventuelles interventions ponctuelles visant à réduire des symptômes gênants le patient, par exemple : faire une radiothérapie associée à une chimiothérapie dans le but de diminuer les douleurs induites par des métastases osseuses.

.(4,7-9)

➤ **Des intervenant multiples : (10,11)**

Un patient pris en charge pour un cancer mobilise beaucoup de personnes :

- **Des médecins** : Habituellement c'est d'abord, le médecin généraliste qui suspecte la pathologie sur une base clinique. Puis, le concours de différents spécialistes et la réalisation d'exams complémentaires permettent d'affirmer le diagnostic.
- **Des professionnels paramédicaux** : Infirmiers, aide-soignants, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues... Ils sont en contact avec le patient lors des séjours à l'hôpital mais aussi en ambulatoire à domicile. Ils assurent l'administration de certains traitements plus ou moins complexes (antidouleurs, chimiothérapie...) mais aussi la réalisation de soins de support multiples (nutrition, gestion de la douleur, soutien psychologique...)
- **Des assistants sociaux** dont les missions sont nombreuses (aide à la gestion administrative, à la gestion de la situation professionnelle ou financière...)
- Enfin pour beaucoup de patients, **la famille et l'entourage** proche représentent une source de support fondamentale. Dans un contexte où les relations sont redéfinies par la survenue de la maladie.

➤ **Des changements multiples, souvent complexes pour le patient :**

Comme pour toute annonce d'un diagnostic de maladie grave, l'annonce du cancer est un traumatisme et marque l'entrée dans une vie où il faudra composer avec la maladie et ses traitements.(4)

L'expérience des traitements anticancéreux est souvent évoquée sous l'angle d'une transformation du corps. Il existe une dégradation de l'image corporelle attribuée à la nocivité des traitements et à leurs effets secondaires. Les effets secondaires sont multiples (fatigue, vomissements, infections...) et peuvent faire l'objet de difficultés pour le patient comme pour les soignants qui essaient d'adapter la stratégie thérapeutique pour favoriser une qualité de vie acceptable. (4,12,13)

Au-delà des effets secondaires, l'administration de traitements, qu'elle soit per os, au domicile ou en intraveineux lors d'hospitalisations ambulatoires, entraîne un bouleversement de l'agenda social classique. De plus, même en l'absence de symptômes importants, le traitement rappelle au patient de manière régulière l'existence de sa maladie qui est le plus souvent grave sinon chronique. Les nombreuses consultations et/ou hospitalisations quant à elles, conduisent le patient à appréhender la réalité d'un milieu médical souvent inconnu, avec ses codes, son langage et des priorités qui ne sont pas toujours concordantes. C'est pour le patient un exercice difficile mais nécessaire. (12)

Au cours de l'évolution de la maladie et des complications émergentes, le recours à des hospitalisations, plus ou moins urgentes et fréquentes, est souvent indispensable. Il deviendra nécessaire d'adapter l'offre de soins. Mais si les demandes d'hospitalisation augmentent, l'offre de soins pour y répondre n'est, elle, pas toujours adaptée.(14) C'est alors au médecin généraliste et aux différents intervenants (dispositifs d'hospitalisation à domicile, intervenants en ambulatoire, la famille) qu'il incombe de faire au mieux pour le patient.

En ce qui concerne la famille, elle occupe souvent un rôle central, qu'elle soit aidante ou au contraire limitante dans la prise en charge. Aussi, le degré de dépendance du patient est variable en fonction du degré de disponibilité de sa famille. La maladie d'un patient se

répercute toujours sur son entourage et apporte des modifications des rôles sociaux au sein de la famille. Ces modifications peuvent être des épreuves de plus à assumer.

➤ **Le cancer dans la population générale :**

Ainsi, être atteint d'un cancer c'est devoir faire face à beaucoup de changements (psychiques, physiques, organisationnels, sociaux...). Pour une personne qui a un domicile, une source de revenus, un entourage stable, la plupart du temps une organisation est possible, et peut se faire depuis le confort de son domicile, permettant de s'occuper de sa santé, en étant partie intégrante de sa prise en charge. Cela permet de rencontrer de multiples intervenants, dans de multiples nouveaux lieux (Hôpitaux, cliniques spécialisées, laboratoire, cabinet infirmier, domicile...) avec des traitements nouveaux et possiblement déroutants. La personne peut alors prendre le temps de prendre soin d'elle.

II. Les personnes SDF et le cancer

II.1. Définition et Recensement

➤ **Les Sans-domiciles :**

Selon l'Insee, dans le cadre de l'enquête auprès des personnes fréquentant les lieux d'hébergement ou de restauration gratuite, une personne est qualifiée de « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement (centre hébergement collectif, chambre d'hôtel ou logement payé par une association) ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune). (15) Cette définition des personnes sans-domicile constitue aujourd'hui un cadre de référence en France. Cependant elle implique certaines limites : par exemple, utilisée par l'Insee dans le cadre du dénombrement des personnes sans domicile, elle n'inclut pas les personnes qui n'ont pas recours à des services d'aide.

Bien qu'imparfaite, il faut pourtant bien choisir une définition, celle-ci résulte d'un côté pratique, en effet dans le cadre d'un travail d'enquête, il est plus simple et reproductible de consulter les personnes qui viennent d'elles-mêmes dans des services d'aides plutôt que de les chercher dans la rue.

Dans notre étude nous parlerons des "personnes SDF" pour référer aux personnes sans-domicile. Cependant, lors de l'analyse de données étrangères notamment, il est possible que ce terme soit improprement utilisé du fait d'une variété de définitions des personnes SDF, notamment en fonction des pays et des méthodologies d'études.(16)

➤ **Les Sans-Abris :**

Le terme de sans-abris peut également varier selon les études, qu'elles soient françaises ou non. La plupart du temps il fait référence à des personnes qui passent leur nuit dans la rue, ou dans des endroits non prévus pour l'habitation.(16)

➤ **Recensement :**

En 2012, dans les agglomérations d'au moins 20 000 habitants en France métropolitaine, on dénombrait 111 700 personnes SDF dont 81 000 adultes, accompagnés de 31 000 enfants sans-domicile. Parmi les adultes 45 000 étaient nés à l'étranger. (17)

Selon L'Insee *"Depuis 2012, la situation des sans domicile a significativement évolué, notamment avec l'accentuation de la crise migratoire depuis 2015, et plus récemment, avec la crise sanitaire. De nouveaux chiffres circulent d'ailleurs dans le débat public, en particulier ceux de la fondation Abbé Pierre qui, en novembre dernier, a estimé à 300 000 le nombre de sans domicile en France sur le champ de l'enquête de 2012. Du fait des difficultés méthodologiques à disposer d'une estimation robuste à l'échelle du pays, il n'est pas question ici de produire une analyse critique de ces chiffres. Toutefois, les différents faits objectivables (forte hausse du nombre de places d'hébergement, quasi-saturation des différentes structures) vont effectivement dans le sens d'une forte hausse du nombre de sans domicile par rapport au chiffre de 2012."*(18)

II.2. Epidémiologie

Du fait des conditions de vie difficiles des personnes SDF, dans cette population les pathologies néoplasiques ne semblent pas être au premier plan. Il n'y a pas d'étude nationale permettant de mettre clairement en évidence l'incidence du cancer chez les patients SDF, cependant les rares recensements de mortalité et les quelques enquêtes de recours aux soins tendent à confirmer cette idée.

➤ Causes de décès :

Le collectif des morts de la rue (CMDR) recense les cas de décès chaque année et étudie les causes de ces décès. En 2020, selon le rapport du CMDR, la majorité "des causes de décès des personnes sans chez soi sont mal définies et/ou inconnues (64%)". Concernant les causes bien identifiées, "il est observé que 24% des décès sont liés à des causes externes (type agression, suicides, noyades, ...), 4% sont liés à des tumeurs, 4% à des maladies liées à l'appareil circulatoire et 3% à des causes comme des infections, des maladies de l'appareil respiratoire". (19)

➤ Morbidité Néoplasique

Il existe peu d'enquêtes épidémiologiques françaises concernant la morbidité somatique de la population de patients SDF.(16) Et concernant des études orientées spécifiquement sur la prise en charge de leur pathologie néoplasique, nous n'en avons pas trouvé. Certaines études étrangères se concentrent sur l'incidence et les facteurs de risques de cancer chez les personnes SDF, mais elles délaissent généralement le côté pratique de la prise en charge. C'est par exemple le cas de l'étude de Baggett & al. en 2015 : "Disparities in Cancer Incidence, Stage, and Mortality at Boston Health Care for the Homeless Program". (20)

Nous expliquons ce manque d'étude :

- en partie par le fait que les patients SDF atteints de cancer et qui consultent représentent une population de petite taille. L'enquête menée par Médecins du Monde en 2011 sur les patients précaires consultants dans les CASO¹ dénombrait 151 consultations (soit 0,5%) pour un problème de cancer. Les cancers représentaient 0,7% des diagnostics réalisés.
- D'autre part, dans la population des personnes SDF, les conditions de vie, le rapport au corps, à la maladie, au système de soins classique sont autant de spécificités qui altèrent la relation médecin-patient telle qu'on la connaît habituellement. Cela ne permet pas toujours une prise en charge conventionnelle avec un suivi correct dans le temps et constitue un frein à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques. (21,22)

II.3. Une prise en charge difficile, liée à des facteurs d'exclusion du parcours de soins classique

Bien que le cancer dans la population de personnes SDF semble moins présent, cette pathologie existe. Elle représente alors un problème bien plus difficile à prendre en charge du fait des nombreuses contraintes liées au mode de vie des personnes SDF. En effet, les logiques de prise en charge évoquées précédemment se heurtent à de nombreux obstacles.

Car si les patients non SDF peuvent faire un certain nombre de changements pour se concentrer sur leur santé, pour les patients SDF, le cancer est un problème de plus qui s'ajoute à une liste déjà conséquente de difficultés d'accès au soins.

¹ CASO : centres d'accès aux soins et d'orientation

II.3.A. L'absence de couverture maladie effective

L'absence de couverture maladie constitue une limitation évidente d'accès à des soins classiques. Ainsi les patients qui n'ont pas de couverture maladie ont comme seul recours les consultations dans les PASS² (ou CASO³), ou bien dans les services d'urgences.

Les services d'urgence peuvent les prendre en charge ponctuellement et sans frais à condition que leur état rentre dans les critères de soins urgents, ce qui n'est pas toujours le cas. Aussi, les patients qui consultent en dehors de ces critères sont réorientés vers les PASS.

Les PASS, comme les autres institutions, sont généralement débordées et la qualité des soins y est fonction de l'afflux des patients. Des patients qui demandent souvent plus de temps du fait de leur parcours de vie et de leurs difficultés multiples en dehors de leur santé. Problème supplémentaire concernant les prises en charges par les PASS, les patients sans droit ouverts nécessitent des solutions de soin sur place dans le service, car ils ne peuvent pas payer une infirmière ou d'autres intervenants pour des soins ambulatoires au décours.

II.3.B. L'absence de logement stable

Si un patient possède effectivement une protection sociale couvrant ses frais de santé, l'absence de logement fixe constitue également un problème de taille et un facteur d'exclusion d'accès à des soins cohérents comparés aux personnes bénéficiant d'un logement.

II.3.B.1. Parcours pré-hospitalier

➤ **Respecter une heure de rendez vous :**

Consulter un médecin généraliste, au même titre qu'honorer un rendez vous avec une assistante sociale ou tout autre professionnel, n'est pas la chose la plus facile qu'il soit.

² PASS : Les permanences d'accès aux soins de santé

³ CASO : Centre d'accès aux soins et d'orientation

En effet les priorités d'une personne SDF chaque jour sont de, trouver à manger, trouver ou dormir, trouver ou se laver... chacun de ses besoins vitaux, passent par des intermédiaires (centres d'hébergement, associations...) avec leur règles, leurs horaires, et des files d'attente pour chaque étape. Aussi, honorer des rendez vous parfois à l'autre bout d'une grande ville sans moyen de transport implique de faire des compromis difficiles avec ces besoins pourtant essentiels. Bien souvent, une personne SDF consulte tardivement, quand les symptômes empêchent les activités quotidiennes de survie. Et le plus souvent c'est dans un service d'urgence qu'elle s'adresse alors. (23)

➤ **Faire face à autrui :**

Ceci étant, supposons qu'un patient arrive à honorer son rendez-vous en médecine générale. Cela implique souvent de faire face aux autres patients dans une salle d'attente, à leur regard et leur jugement.

N'oublions pas qu'au-delà de l'étiquette SDF y a un être humain avec son parcours de vie et ses émotions. Si nous devenions SDF, pourrions nous nous habituer à l'anxiété, la honte, les émotions qui peuvent survenir, lors d'une confrontation avec une population "dans la norme"? Cela peut être difficile, d'autant plus lorsqu'un manque d'hygiène chronique est présent et incommode les gens autour.

Par ailleurs, il existe des cabinets médicaux qui ne facilitent pas l'accès des soins aux personnes SDF. Soit à dessein, soit simplement à cause de choix organisationnels. Citons par exemple, les médecins accessibles seulement via des prises de rendez-vous en ligne, qui ne facilitent pas la tâche aux personnes n'ayant pas de téléphone ou d'accès à internet.

➤ **Ne pas se faire voler :**

Ne perdons pas de vue également qu'une personne SDF, lorsqu'elle se déplace, doit la plupart du temps sécuriser ses affaires personnelles au risque de se les faire voler. Aussi

il faut parfois transporter de nombreuses choses avec soi, et trouver un cabinet où se “déménagement temporaire” est accepté.

II.3.B.2. Parcours hospitalier et aux décours

➤ L'absence de médecin traitant

Du fait des difficultés exposées ci-dessus, il est fréquent que les patients n'aient pas de médecin traitant. A ce sujet Wuillemin et Bodenmann expliquent dans la revue médicale suisse en 2016 : *”Le plus souvent, les personnes sans abri n’ont pas de médecin de premier recours ni de suivi médical régulier. Les sans-abri constituent des usagers fréquents des services d’urgence. Cette pratique est généralement considérée comme inappropriée car les motifs sont rarement urgents, les “outcomes” de la prise en charge insatisfaisants et les coûts élevés et évitables. Les consultations ponctuelles en urgence interviennent souvent tard dans le décours du problème de santé, y compris en cas de traumatisme et le pronostic de l’intervention s’en trouve limité. De fait, les sans-abri bénéficient peu d’interventions préventives. Les patients SDF ont tendance à recourir aux services d’un médecin tardivement, aux services d’urgences”.* (24–26)

Cela étant dit, il faut bien voir que la plupart des prises en charges par un service d’urgence, quand elles n’aboutissent pas à une hospitalisation, sont organisées le plus souvent autour d’un relais ambulatoire à la sortie. Ainsi, la plupart des patients à la sortie des urgences se retrouvent en difficultés du fait de l’absence d’un médecin traitant et de son réseau de soignants ambulatoires associé.

Il existe des équipes mobiles de santé pour les personnes en situation de précarité. Lorsqu’elles sont en lien avec un service d’urgence, souvent par l’intermédiaire d’une assistante sociale, les prises en charge pour ces patients gagnent en qualité. (16) Toutefois ces équipes sont peu nombreuses et la plupart du temps trop petites pour être disponibles pour tous les patients SDF qui en auraient besoin.

➤ **Biais de confirmation**

De par leur mode de vie, souvent marqué par un manque d'hygiène, des addictions, et des consultations qui peuvent être fréquentes dans les services d'urgences. Il peut exister des représentations mentales chez les soignants qui peuvent desservir certains patients. Notons par exemple la possibilité de méconnaître un AVC chez un patient régulièrement intoxiqué à l'alcool et pour qui l'on pourrait hâtivement conclure à une démence de korsakoff.

➤ **Limitation des prises en charges au décours**

Même en présence d'un médecin traitant, et d'une équipe mobile, l'organisation des soins au décours d'une hospitalisation peut poser problème du fait de l'absence de logement. Suite à un entretien avec une assistante sociale, prenons deux exemples concrets :

- 1) Un patient qui nécessite une sonde nasogastrique au décours d'une opération de la mâchoire sort de l'hôpital. L'assistante sociale reçoit peu de temps après un appel d'un prestataire qui la contacte pour lui demander où il doit livrer les dizaines de poches de nutrition ? En absence d'adresse personnelle propre (autre que celle attribuée par la mairie pour les démarches administratives) une solution est trouvée en urgence avec mise en place d'un séjour de plusieurs semaines dans un établissement non médicalisé qui est normalement prévu pour un hébergement d'urgence limité à une nuit.
- 2) Un patient adulte a une jambe cassée avec une immobilisation complète du membre inférieur. Les soins urgents ont été prodigués à l'hôpital. Le patient n'a pas accès à un SSR car vu son jeune âge, son état est jugé médicalement compatible avec une prise en charge au domicile dans le confort de son logement. Mais cette personne habite sous une tente dans la rue et ne peut pas se lever seule depuis le sol. Elle ne peut pas non plus accéder aux points distribuant de la nourriture. Il est aussi

complexe pour elle de trouver une infirmière pour réaliser des injections prophylactiques d'anticoagulants.

Ces multiples difficultés nous interpellent quant aux limites de l'offre de soin classique, qui est pensée pour des gens bénéficiant d'un domicile, d'un médecin traitant.

Aussi, concernant les personnes SDF, le but de notre travail est de mettre en avant les caractéristiques médico-sociales de cette population mal connue et d'appréhender la réalité de leur prise en charge lorsqu'ils sont atteint d'un cancer.

✚ **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Nous avons effectué une étude rétrospective quantitative et multicentrique au sein de deux CHRS situés dans la région Occitanie, dans les villes de Céret et Perpignan.

Le but de ce travail a été de répertorier sur 6 ans (2015 à 2020) le nombre de patients SDF porteurs de néoplasies, et déterminer leurs caractéristiques médico-sociales.

(Nous avons volontairement décidé de ne pas englober dans ces pathologies néoplasiques les cancers cutanés qui sont pris en charge chirurgicalement, et ne nécessitent le plus souvent pas de traitement complémentaire.)

Dans un second temps le médecin généraliste qui prend bénévolement ces patients en charge donne l'orientation proposée pour ces patients afin qu'une prise en charge optimale soit effective.

I. Description des lieux de recueil des données

★ Tableau 1 : définition d'un CHRS

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.	
<p>L'appellation CHRS peut être accordée à des établissements sociaux ou médico-sociaux dès lors qu'ils remplissent une mission de réinsertion tel que définit ci-dessous :</p> <p><u>Missions des CHRS</u> : assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes connaissant de graves difficultés, en vue de les aider à accéder ou à retrouver leur autonomie (réinsertion) personnelle et sociale.</p> <p><u>Gestion administrative</u> : Ils sont pour la plupart gérés par des associations et organisations humanitaires.</p>	<p><u>Pluralité d'établissements</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - certains CHRS, dit spécialisés, accueillent un public spécifique (femmes enceintes, personnes sortant de prison...) - d'autres sont des établissements dit tout publics. <p><u>Financement</u> : Ils sont financés par une dotation globale de l'Etat, les personnes accueillies s'acquittent d'une participation financière pour leur frais d'hébergement et d'entretien sur la base d'un barème réglementaire tenant compte de leurs revenus. (27,28)</p>

I.1. Le CHRS EtapeSolidarité à Céret :

Ce centre est situé dans la ville de Céret, commune de 7600 habitants en zone rurale. Il emploie des travailleurs sociaux mais aussi une infirmière diplômée d'État (ce qui n'est pas toujours le cas). Il propose 2 modalités d'hébergements :

- Hébergement d'urgence : une dizaine de personnes peuvent être accueillies en urgence (pour une nuit) via le 115.⁴
- Hébergement de Stabilisation : Six personnes peuvent aussi être hébergées "en stabilisation." Elles sont alors hébergées une dizaine de jours. La journée elles doivent quitter leur chambre entre 8 et 17 heures mais elles peuvent rester dans l'enceinte du centre. Un repas est proposé le midi, il est préparé par une équipe de résidents.

A côté se trouve une maison relais comprenant 17 studios autonomes. Les personnes y accèdent pour des durées plus longues et avec plus d'autonomie. Les attributions sont faites à la suite d'une réunion hebdomadaire du SIAO⁵ qui prend en compte des critères d'âge, de revenus, etc.... Cela permet la mise en œuvre de projets de réinsertion.

I.2. Le CHRS Hôtel social Mas Saint-Jacques à Perpignan

Ce CHRS est situé dans la ville de Perpignan, comptant environ 200 000 habitants. Il est ouvert 365 jours par an et 24h/24h. Il présente une capacité d'accueil de 40 personnes (23 en urgence et 17 en insertion).

L'équipe comprend des travailleurs sociaux (hôte d'accueil et éducateurs) la journée, et un veilleur la nuit. Il propose 2 modalités d'hébergements :

⁴ Le 115 est un numéro de téléphone qui permet aux patients n'ayant aucun logement de pouvoir être orientés vers un lieu d'hébergement pouvant les accueillir en urgence.(29)

⁵ SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation.

- En Urgence (via le 115) : Les personnes sont accueillies sur une courte durée. Une participation forfaitaire de 2 euros leur est demandée (obole qui n'est pas demandée pour les patients les plus précaires) ; participation qui donne la possibilité de dormir, dîner et prendre le petit déjeuner. Les patients hébergés de cette manière doivent quitter les lieux avec leurs affaires durant la journée entre 8h et 17h.
- En insertion : pour les personnes qui ont un projet d'insertion. Une participation financière mensuelle leur est demandée selon leurs ressources. Elles peuvent rester la journée, et obtiennent l'aide et l'accompagnement des travailleurs sociaux pour la construction de leur projet personnalisé.

I.3. Points communs aux deux centres

- Il existe un chenil dans chacun des centres ce qui permet aux personnes accompagnées de chiens de venir y séjourner.
- Les deux centres exigent la sobriété des personnes hébergées, ce qui peut être contraignant pour certains.

II. Mode de recueil des données

Le mode de recueil se faisait par interrogatoire oral lors de la consultation pour les données suivantes :

- Âge
- Sexe
- Consommation de tabac, alcool, autres types de drogues
- Couverture sociale
- Motif principal de consultation (retranscrit selon la classification internationale des soins primaires CISP (*cf Annexe 1*))
- Mode d'hébergement (soit en urgence via le 115 soit en stabilisation / insertion)

Dans un second temps, le médecin généraliste qui voit les patients en consultation renseigne l'orientation choisie.

Ces données sont répertoriées secondairement sur un fichier Excel qui permet une exploitation statistique des valeurs obtenues.

Inclusion

Au total, 5734 personnes SDF ont été vues en consultation (*détails cf Tableau 2*)

Parmi elles, 53 présentaient un diagnostic de cancer, ceci en excluant les diagnostics de cancers d'origine cutanée.

L'analyse des données a été réalisée sur cette population de 53 patients.

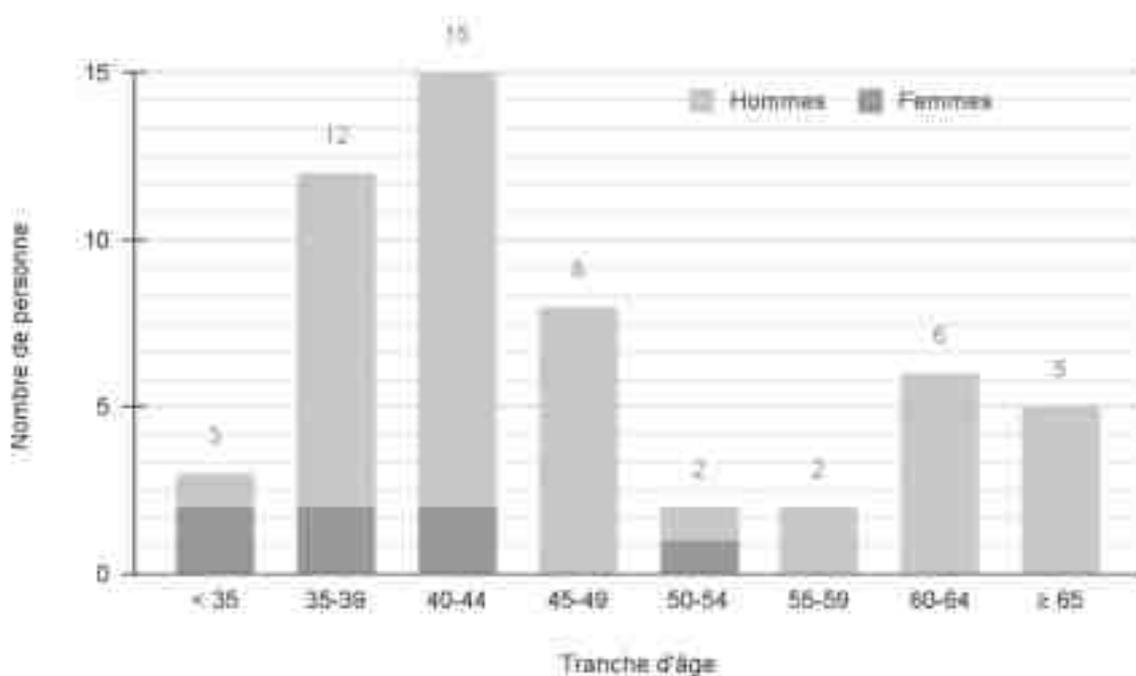
★ **Tableau 2 : Nombre de patients vus sur une période de 6 ans, de 2015 à 2020 :**

Année :	Nombre de patients vus :
en 2015	888
en 2016	896
en 2017	912
en 2018	986
en 2019	1004
en 2020	1048
Total :	5734

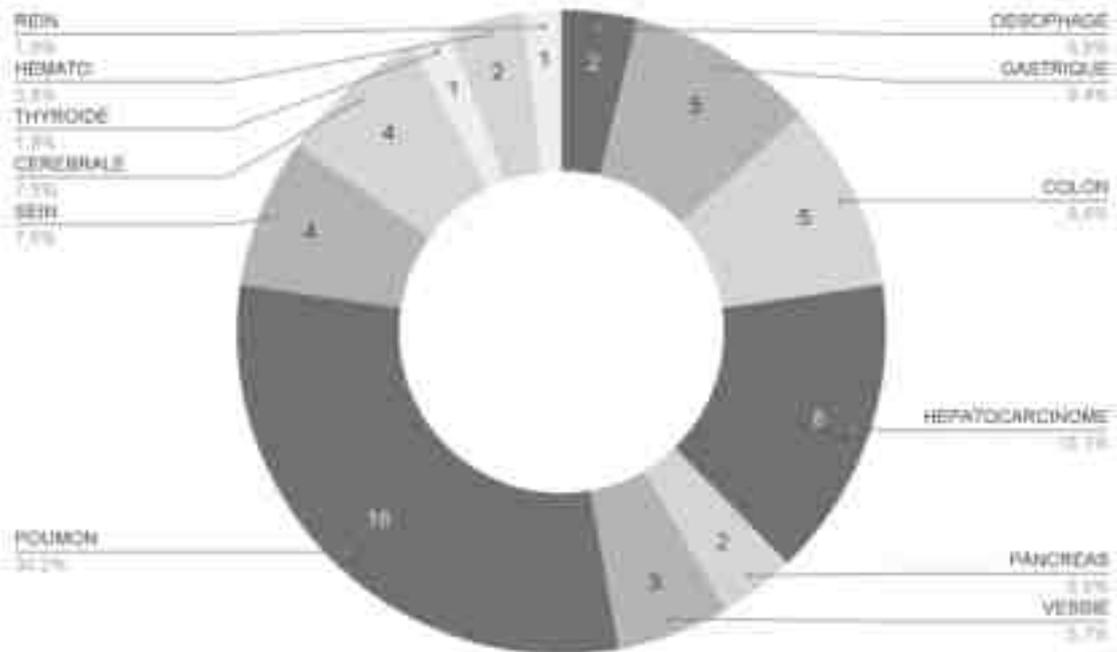
+ RÉSULTATS

➤ **Graphique 1** : Nous avons analysé la répartition des patients SDF présentant une pathologie néoplasique, en fonction de leur âge et de leur sexe. Les âges ont été regroupés par tranches de 5 ans. (Cf graphique 1)

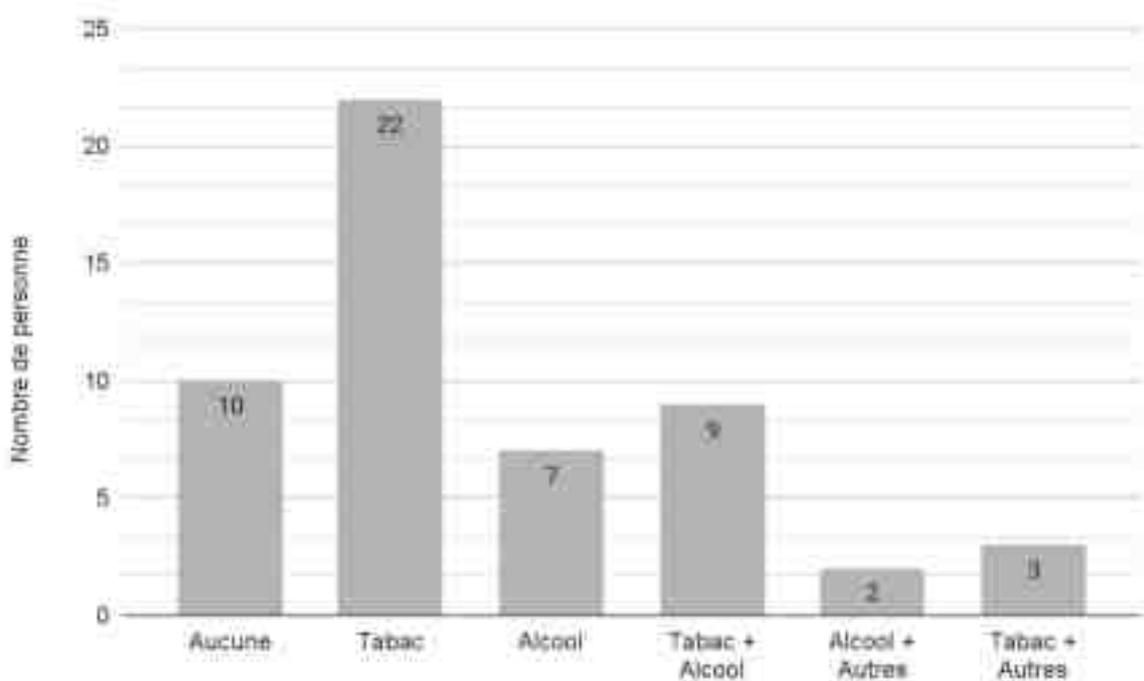
★ **Graphique 1** : patient SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction des tranches d'âge et du sexe



★ **Graphique 2 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique.**
répartis en fonction de la nature des néoplasies :

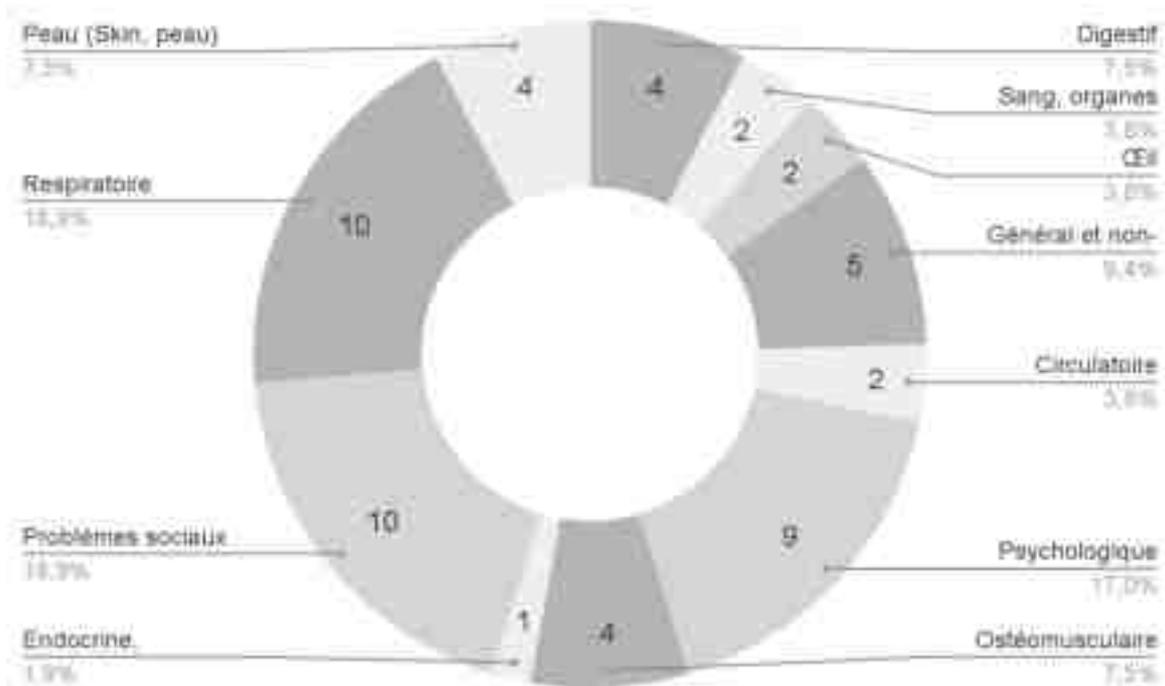


★ **Graphique 3 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique.**
répartis en fonction des addictions :



➤ **Graphique 4** : Les patients SDF présentant une néoplasie, ont été vus en consultation pour divers motifs médicaux. Nous avons étudié la répartition de ses patients en fonction des motifs de consultation (*cf graphique 4*). Les motifs de consultation ont été groupés selon la classification CISP-2.

★ **Graphique 4 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction du motif de consultation (groupé selon la classification CISP-2)**

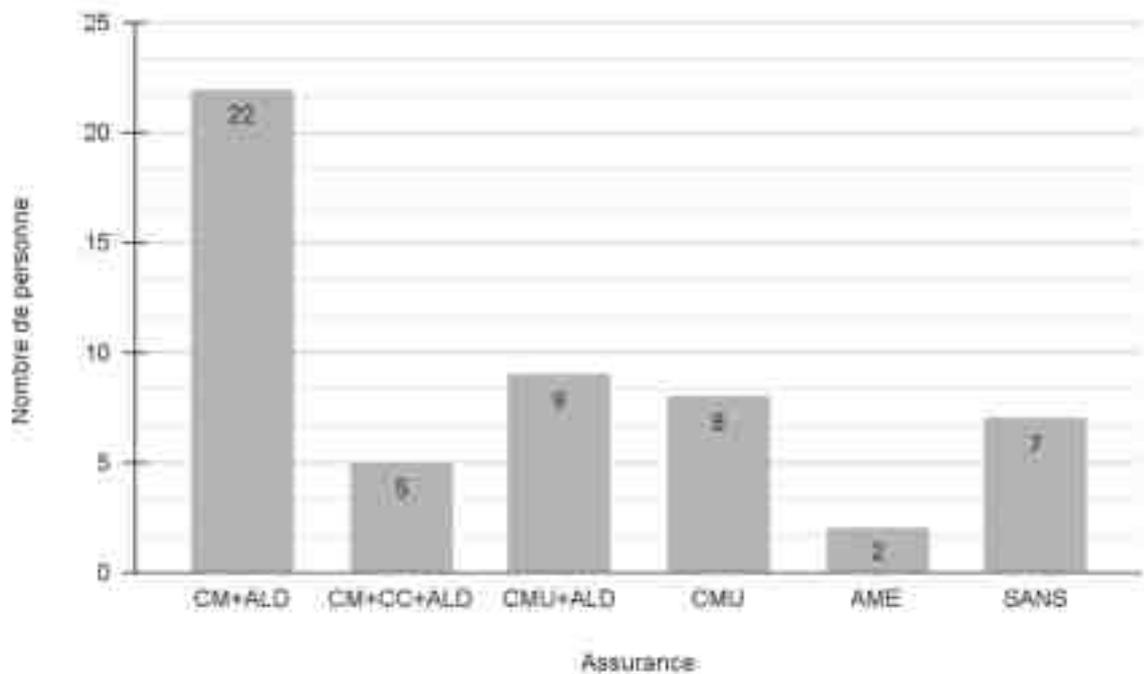


Général et non- : Général et non spécifié

Sang, organes : Sang organes hématopoïétiques et appareil immunitaire (rate, moelle osseuse)

➤ **Graphique 5** : Nous avons étudié le type de couverture sociale dont bénéficiés les patients SDF présentant une néoplasie, (cf graphique 5).

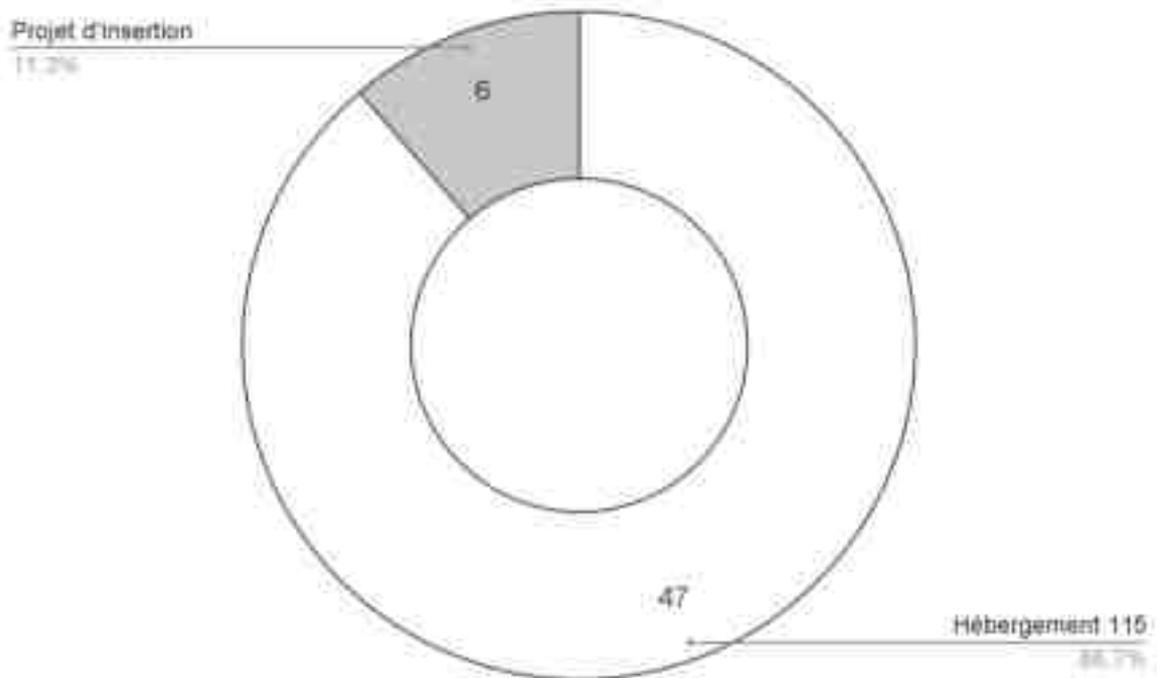
★ **Graphique 5 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction de leur couverture sociale**



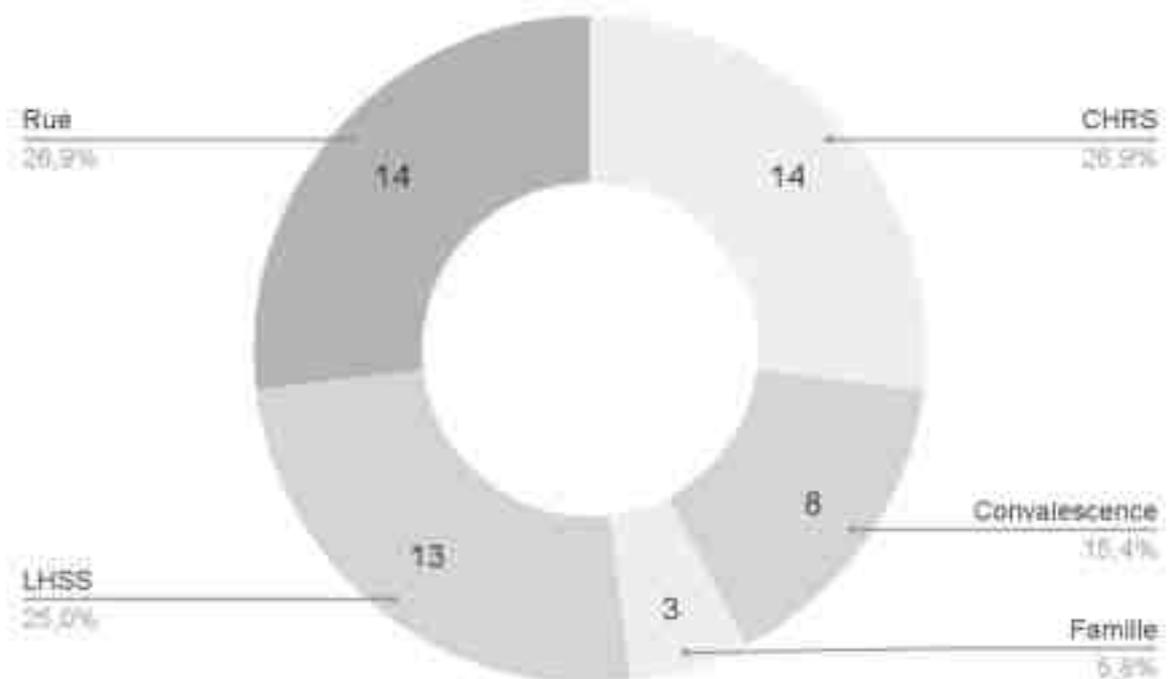
CM : Couverture maladie (par la sécurité sociale) ;
 CC : Couverture complémentaire (mutuelle)
 ALD : Affection de longue durée
 CMU : dans ce graphique comprend : CMU* + CMUc**
 SANS : Pas de couverture maladie ni complémentaire.
 *remplacée aujourd'hui par la PUMa : Prévoyance Universelle Maladie
 ** remplacée aujourd'hui par la CSS ou C2S : Complémentaire de Santé Solidaire"

➤ **graphique 6 et 7** : Enfin nous avons étudié le mode d'hébergement des patients au moment de la consultation (cf Graphique 6) ainsi que les orientations trouvées pour la prise en charge des patients SDF présentant une néoplasie, (cf Tableau 7).

★ **Graphique 6 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction de leurs modes d'hébergement lors de la consultation**



★ **Graphique 7 : Patients SDF présentant une pathologie néoplasique, répartis en fonction de leur orientation pour une prise en charge**



Rappel : LHSS : Lits halte soin santé. CHRS: Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

+ DISCUSSION :

• POPULATION PAR TRANCHES D'ÂGE :

•.I. Les données de notre étude sur la population SDF

Le graphique 1 nous montre que la tranche d'âge la plus représentée en ce qui concerne ces patients SDF ayant une pathologie néoplasique est celle des **40 à 44 ans** (n=15).

Les personnes âgées de 44 ans ou moins sont au nombre de 30 représentant **56,6%** de la population.

L'âge médian dans la population étudiée est de **44 ans**.

Cela permet de mettre en évidence la survenue de pathologie néoplasique chez des patients qui sont jeunes. Ils sont une majorité dans notre population.

•.II. Les données d'autres études concernant l'âge de diagnostic de cancer dans la population générale

En France, en 2018, parmi les nouveaux cas de cancer recensés (381 016) :

La tranche d'âge la plus représentée concernait les patients âgés de **65 à 69 ans**.

Les personnes âgées de 44 ans ou moins étaient au nombre de 27 237 représentant **7,15%** de la population.

L'âge médian au diagnostic était de **68 ans** chez l'homme et de 67 ans chez la femme. (29,30)

Aux Etats Unis d'Amérique, en 2019, le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et la National Cancer Institute (NCI), ont recensé 1 752 735 nouveaux cas de cancer.

La tranche d'âge la plus représentée concernait les patients âgés de **65 à 74 ans**, qui représentait 31% de la population.

Les personnes âgées de 44 ans ou moins représentaient **moins de 18%** de la population (18% représentant les personnes âgées de 54 ans ou moins).(31)

Actuellement l'âge médian au diagnostic est de **66 ans**.

●.III. Discussion à partir de ces données

Nous constatons que l'âge de survenue du cancer est beaucoup plus précoce dans les populations SDF comparativement à la population générale.

●.III.1. Pourquoi cette différence d'âge au moment du diagnostic de cancer ?

●.III.1.A. *Espérance de vie réduite des personnes SDF :*

Plusieurs études à l'étranger ont montré une augmentation significative de la mortalité chez les personnes SDF, avec un risque majoré pour les personnes les plus jeunes.(32)

En France, en 2010 on notait une absence d'analyse épidémiologique ou démographique rigoureuse concernant la mortalité des sans domicile (16), notre recherche documentaire en 2022 n'infirme pas ce constat. Seul le Collectif les morts de la rue (CMDR) se penche sur la question depuis 2002. Leur rapport pour 2020 a recensé 587 cas de décès de personnes sans chez-soi. Les auteurs notent que : "La tranche d'âge la plus représentée était celle des **45-65 ans** (46% des décès) suivie des **30-45 ans**.

L'âge moyen au décès était de 48 ans, statistiquement stable par rapport à la moyenne retrouvée sur la période de 2012 à 2019." (19)

Cela témoigne d'une mortalité précoce pour les personnes SDF. Pour exemple, une personne de sexe masculin, né en 1972 et décédé en 2020 à l'âge de 48 ans, présente une mort **plus précoce de 20 ans** par rapport à l'espérance de vie à la naissance de la population masculine en France en 1972 qui était de 68,5 ans.(33)

Concernant les causes de décès, comme énoncé en introduction le CMDR en 2020, montrent que pour 64% des cas la cause est inconnue. Pour les causes connues, on note une nette prédominance des causes externes (24%) parmi lesquelles agressions 7%, noyade 5%, intoxication 5%.... En ce qui concerne les **décès liés à des pathologies tumorales, elles représentent 4% des cas**.(19)

L'existence de multiples violences dans la vie des personnes vivant dans la rue joue un rôle dans leur mortalité précoce.(16)

Une enquête écossaise rétrospective en 2009 par David S Morrison, met en avant que le fait d'être sans domicile fixe constitue **un facteur de mortalité prématurée indépendant** de tout autre facteur social défavorable.(34)

●.III.1.B. *Vieillesse précoce des personnes SDF :*

Par ailleurs, outre les accidents et événements violents présents dans la vie des personnes SDF, il existe également un vieillissement précoce de ces personnes, qui explique l'apparition précoce de certaines pathologies.

Ainsi en 2014, Fazel et al. ont étudiés la répartition des pathologies des personnes SDF en fonction de leur âge et tirent la conclusion suivante : Les pathologies dites liées à l'âge (troubles cognitifs, chutes, incontinence urinaire...) surviennent précocement, l'état de santé à 50 ans est parfois égale ou moins bon qu'une personne de 65 ans et plus dans la population générale.

Ce constat a été retrouvé dans plusieurs études, à tel point que les auteurs préconisent l'ouverture de droits d'aide sanitaire et sociale dès l'âge de 50 ans, contre 65 ans pour la population générale.(32,35,36)

L'INSERM dans son rapport de 2009, met en évidence que **ce vieillissement précoce et l'apparition de certains cancers à un âge jeune, peuvent être en partie expliqués par une plus grande prévalence d'usage de tabac, d'alcool et d'autres drogues dans cette population.**

Les difficultés de maintenir une hygiène du corps quotidienne et une alimentation équilibrée ou encore les difficultés de traitement des affections chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle sont d'autres éléments qui jouent un rôle dans ce vieillissement précoce. (16)

● **POPULATION PAR SEXE :**

●.I. **Les données de notre étude**

L'étude du graphique 1 met en évidence que la population étudiée comporte **une majorité d'hommes** (n=46 ; 86,8%).

Les femmes sont au nombre de 7, soit 13,1%.

Elles sont plus représentées dans les tranches d'âge jeunes, en effet 6 d'entre elles parmi 7 (85,7%) ont moins de 44 ans.

●.II. **Les données d'autres études**

Aux USA, le rapport annuel "2018 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress" réalisé par le Housing and Urban Development, met en évidence que :

- parmi les personnes SDF 60 % étaient des hommes.
- il y a une augmentation du nombre de personnes SDF de sexe féminin entre 2017 et 2018. Cette augmentation est de 3 % pour les femmes, contre 1% pour les hommes.
- Concernant les femmes, cette augmentation est plus importante chez celles qui sont sans-abris (vivant dans la rue sans recours à un hébergement.). Ces dernières comprennent une plus forte proportion de femmes jeunes. (37)

En France, Le collectif associations unies notait en 2001: "C'est une population plutôt masculine et jeune : les jeunes de 18-29 ans représentent un tiers des effectifs [...] Parmi les 18-24 ans, il y a autant d'hommes que de femmes, mais la proportion de femmes diminue ensuite fortement." (19)

Cela est confirmé par l'enquête sans-domicile de l'Insee en 2001 qui trouve une répartition par sexe très différente selon les classes d'âge. "Chez les jeunes adultes, on compte autant d'hommes que de femmes tandis qu'au-delà de 60 ans, on compte 5 fois plus d'hommes."(16,38)

L'étude par Nilsson en 2019 notait que dans les pays à revenu élevé :

- le sexe masculin était une caractéristique associée à un risque accru de devenir sans-abri.
- le sexe féminin, le niveau d'instruction et le fait d'avoir un partenaire étaient des caractéristiques associées à une probabilité accrue de sortir du sans-abrisme. (39)

●.III. **Discussion à partir des données**

Bien que notre étude comporte un faible nombre de participants, la répartition des sexes évoque la même tendance observable dans d'autres études plus importantes. Ainsi on peut voir deux choses :

- Premièrement on retrouve une majorité de personnes de sexe masculin dans les populations de personnes SDF.
- Deuxièmement les personnes SDF de sexe féminin sont plus nombreuses dans les tranches d'âge les plus jeunes.

●.III.1. Comment expliquer cette répartition ?

●.III.1.A. **Une attention particulière de l'action sociale pour les femmes et enfants :**

Les femmes sont le plus souvent logées dans des structures permettant de longues durées de séjour et la mise en place d'un projet de réinsertion, plutôt que dans des structures d'hébergement d'urgence pour une nuit.

Cela s'explique par une plus grande variété d'hébergements possibles pour les femmes, car il existe certains endroits qui leur sont dédiés. Ces structures présentent par ailleurs un meilleur taux d'encadrement⁶. En 2016, pour les établissements d'accueil mère-enfant il était 2 fois supérieur à celui des CHRS, ou 3 fois supérieur à celui des centres d'hébergement d'urgence.(40)

Cette plus grande variété d'établissements est un témoin d'**une priorité de l'action sociale de protéger les femmes, les enfants, les parents d'enfants.** (17)

●.III.1.B. Des différences de comportement :

Il y a un sentiment de culpabilité plus important chez les femmes SDF, ainsi qu'une nécessité de se protéger car elles sont plus fréquemment exposées aux violences verbales ou physiques.

Les agressions sexuelles sont notamment beaucoup plus fréquentes chez les femmes SDF.

L'ensemble de ses facteurs fait que les femmes SDF se font souvent plus discrètes que les hommes. (16)

⁶ Le taux d'encadrement, est défini comme le nombre de personnes employées en Equivalent Temps Plein rapporté au nombre de places d'hébergement permanentes

• **NATURE DES NÉOPLASIES & ADDICTIONS :**

•.I. **Les données de notre étude concernant la nature des néoplasies**

Le graphique 2 permet de mettre en avant la prépondérance de deux types de pathologies néoplasiques chez les patients SDF atteints de néoplasie :

- Les cancers d'origine **pulmonaire** sont les plus fréquents (n=16 ; **30,2 %**).
- **L'hépatocarcinome** est le deuxième cancer le plus fréquent (n= 8 ; 15%)

Le cancer du sein concerne 4 patients dont 3 femmes (30,39 et 50 ans) et un homme (36 ans). Le cancer du sein est le type le plus représenté dans notre population féminine de 7 personnes.

•.II. **Les données de la littérature**

•.II.1. **Cancer du Poumon :**

○ **Incidence dans la population générale :**

En France en 2018, l'incidence du cancer du poumon le classait parmi les 3 cancers les plus fréquents de la population générale, en 2ème position chez les hommes (15%), en 3ème position chez les femmes (8,5%). (1)

Aux USA, en 2021 l'incidence du cancer du poumon observe le même classement avec des incidences un peu plus faibles, 12% chez les hommes et 8% chez les femmes.(41)

Pour ce qui est des personnes SDF nous n'avons pas retrouvé d'étude française dédiée à l'incidence des cancers dans cette population. Cependant, une étude américaine montre en 2019 qu'il existe une incidence plus importante, statistiquement significative, de cancers de l'appareil respiratoire.

en particulier pour les tumeurs malignes du poumon et des bronches, chez les hommes sans-abri. (42)

○ **Proportion d'incidence :**

Tous sexes confondus, le cancer pulmonaire représentait 12% (n=46300) des cas de cancers de l'année 2018 dans la population générale.

Dans la population SDF, en France, toujours pas d'étude sur le sujet, mais le recensement de la mortalité par le CMDR⁷, montre qu'au moins 6% des personnes SDF meurent à cause d'une tumeur. Ces 6% comprennent 1%⁸ de tumeurs "Trachée-bronches-poumons" ce qui laisse suggérer une grande prévalence de ces cancers dans la population SDF Française.

Aux USA, une étude montre que les cancers de la trachée, des bronches et des poumons, sont responsables de plus d'un tiers des cas de décès par néoplasie. (43)

●.II.2. **Cancer du Foie :**

○ **Incidence :**

En France, en 2018, on compte 10 500 nouveaux cas de cancer du foie dans la population générale. Il touche plus les hommes (n=8100) que les femmes (n=2400). (1) L'incidence du cancer du foie a augmenté sur la période 1990-2018, avec un taux qui s'accroît en moyenne chaque année de 3,5 % pour les femmes, et 1,6% pour les hommes. L'augmentation de

⁷ CMDR : Comité des morts de la rue

⁸CMDR : 6 % des décès liés à une cause tumorale réparties en 4 catégories : Trachée-bronches-poumons (1%), VADS (1%), Organes digestifs (1%), autres (4%).(19)

l'incidence peut être expliquée en partie par une augmentation du nombre de cas de cirrhoses (lié à une épidémie d'hépatites virales à VHC dans les années 80), par l'augmentation de l'obésité et par une meilleure prise en charge des cirrhoses qui permettent aux patients d'atteindre un âge de survenue du cancer du foie. (44)

Pour ce qui est des personnes SDF nous n'avons pas retrouvé d'étude française dédiée à l'incidence des cancers dans cette population. Cependant, une étude américaine montre en 2015 qu'il existe une fréquence plus élevée de cas de cancer du foie chez les hommes SDF (20).

○ **Proportion d'incidence :**

En France, tous sexes confondus, le cancer du foie représentait 2,7% (n=10500) des cas de cancers de l'année 2018 dans la population générale.(1) Aux USA, pour 2022, cette proportion est estimée à 2,2%.(45)

Dans la population SDF en France, nous n'avons pas trouvé d'étude sur le sujet, et le recensement de la mortalité par le CMDR⁹ n'aborde pas précisément ce sujet.

●.III. Les données de notre étude concernant l'usage d'alcool, tabac et autres drogues.

Le graphique 3 permet de mettre en avant que la majorité de la population étudiée présente un trouble addictif (n=43 ; 81,2%), le plus souvent à une seule substance addictogène (n=29; 54,7%), parfois à deux (n=14 ; 26,4%). Les deux substances les plus consommées sont :

- Le tabac qui est la substance la plus consommée (n=34 ; 64,1%)

⁹ CMDR : Comité des morts de la rue

- L'alcool qui est la 2ème substance la plus consommée (n=16 ; 30,2%)

Notre étude ne nous permet pas de préciser la nature des autres substances consommées, elles concernent une minorité de personnes (n=5 ; 9,4%).

Enfin, l'étude réalisée montre que 10 personnes (18,8%) ne consomment aucune substance addictogène.

●.IV. Les données de la littérature sur l'usage d'alcool et tabac et autres drogues

●.IV.1. Prévalences des dépendances au tabac et à l'alcool dans la population générale

➤ Alcool :

La Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE) estime que *"8 % de la population sont addicts à l'alcool et boivent 50% du volume d'alcool total."*(46) L'addiction à l'alcool est le plus souvent masculine : 14 % des hommes contre 5 % de femmes. (47) Aux USA, parmi la population âgée de 12 ans et plus, 10,2% présentaient un trouble lié à la consommation d'alcool. (48)

➤ Tabac :

En 2020, chez les adultes (18-75 ans), plus de 3 sur 10 déclaraient fumer (31,8%) et un quart déclaraient fumer quotidiennement (25,5%). Ces chiffres sont significativement stables par rapport à 2019. (49) La même année aux USA, parmi les adultes, 12,5% déclaraient fumer du tabac (50)

●.IV.2. Prévalences des dépendances au tabac et à l'alcool dans la population SDF

➤ Alcool :

En France, il existe peu d'études statistiques sérieuses sur la consommation d'alcool des personnes SDF. L'étude française de référence la plus récente reste **l'étude Samenta** publiée en 2010.

Cette étude montre qu'une personne sur cinq (21 %) est dépendante à l'alcool. (51) Aux USA, plusieurs études retrouvent des prévalences de troubles de consommation d'alcool variant entre 29% et 63%. (52)

➤ Tabac :

Concernant le tabac, l'étude samenta montre que plus de la moitié de la population SDF fume quotidiennement du tabac et les personnes n'ayant jamais fumé représentent 31,5 % de la population. (51) Aux USA, plusieurs études retrouvent des prévalences de tabagisme variable entre 68% et 80%. (52)

➤ Substances addictogène :

De façon plus générale, **l'étude samenta** montre que 28,6 % de la population SDF étudiée consomme régulièrement ou est dépendante à des substances psychoactives (alcool, médicaments détournés de leur usage et/ou drogues illicites).

Les études américaines révèlent des taux variés mais généralement élevés de consommation de substances addictogènes dans les populations SDF. (52)

L'étude samenta montre aussi que cette fréquence est modifiée :

- **en fonction des lieux d'hébergement.**

Par ordre décroissant elle concerne :

- un tiers de la population des hébergements d'urgence,
 - 29,1% de la population hébergé sur un "mode insertion"
 - moins d'une personne sur 10 dans les hôtels sociaux.
- **en fonction du sexe**
- Les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes à fumer, boire ou consommer des substances psychoactives
- (51)

●.V. Discussion à partir de ces données

Dans notre introduction, nous avons précisé que les 4 cancers les plus fréquents, dans la population générale française, sont les suivants : le cancer de la prostate chez les hommes, le cancer du sein chez les femmes, et tous sexes confondus le cancer du poumon et le cancer colorectal. (1)

Notre étude, concernant les personnes SDF, met en avant une plus grande fréquence du cancer du poumon et du cancer du foie dans cette population. Ces différences ont été notées également dans des études américaines. (20,42)

En France, à notre connaissance, seule notre étude aborde ce sujet.

Nous discuterons ci-dessous, plus en détails, du cancer du poumon et du cancer du foie.

●.V.1. Cancer du poumon :

La proportion d'incidence des cancers du poumon semble plus importante dans notre population de personnes SDF atteintes de néoplasie. Elle représente 30% des cas de cancer contre 12% dans la population générale atteinte de cancer en France en 2018. Dans le même sens, plusieurs études américaines montrent une plus grande incidence de cancer pulmonaire dans la population SDF. (20,42,43)

Nous expliquons cela, principalement par une plus grande prévalence d'addiction au tabac chez les patients vivant dans la rue. Notre étude manque de puissance statistique pour l'affirmer, cependant cette consommation plus importante de tabac dans la population de personnes SDF est également constatée dans les études françaises et américaines comparativement à la population générale. (43,51,52)

De plus, une étude américaine de 2015 confirme l'imputabilité du tabac dans les cancers pulmonaires observés chez les personnes SDF, en précisant que plus de 90 % des décès par cancer du poumon étaient attribuables au tabac. (20)

●.V.2. Hépatocarcinome :

La proportion d'incidence des cancers du foie semble plus importante dans notre population de personnes SDF atteintes de néoplasie. Elle représente 15% des cas de cancer contre 2,7% dans la population générale atteinte de cancer en France en 2018.

Nous expliquons cela, principalement par une plus grande prévalence d'addiction à l'alcool chez les patients vivant dans la rue. Notre étude met en évidence une addiction à l'alcool de 30% des patients contre 8% dans la population générale, et bien que l'étude manque de puissance statistique pour l'affirmer, cette consommation plus importante d'alcool dans la population de personnes SDF est également constatée dans les études françaises et américaines comparativement à la population générale.

(20,51,52)

- Biais de sélection : Il pourrait être normal de retrouver une plus grande fréquence de consommation d'alcool dans notre population de personnes SDF, comparée à la population générale, du fait que les patients pris en compte sont atteints de cancers, pour lesquels l'alcool est souvent un facteur de risque. Dans notre étude, 100% des patients atteints d'un hépatocarcinome présentent une dépendance à l'alcool. Toutefois même s'il semble y avoir un lien fort, nous ne pouvons exclure la participation d'une autre cause, comme par exemple une infection virale.

Au-delà des cancers du poumon et du foie, plus fréquents chez les personnes SDF, nous avons tenu à discuter également du cancer de la prostate, du cancer sein et du cancer colorectal, vu leur fréquence élevée dans la population générale.

●.V.3. Cancer de la prostate :

C'est le cancer le plus fréquent dans la population générale masculine en France (25%), mais dans notre étude, aucun cas n'a été noté malgré une majorité de sujets masculins. Il nous semble que cela doit être lié à l'espérance de vie plus courte des personnes SDF. En effet, ce type de cancer survient dans environ 66 % des cas chez des hommes âgés de 65 ans et plus, or notre population est bien plus jeune. (53)

●.V.4. Cancer colorectal :

Nous observons des proportions d'incidence similaires entre notre population étudiée (9,4%) et la population générale atteinte de cancer (11%) concernant les cancers colorectaux. Cette observation est corroborée par l'étude américaine de Baggett et al en 2015. (20)

Cela peut paraître étonnant car le cancer colorectal est connu pour être lié à des facteurs de risque modifiables tels que la consommation d'alcool, de tabac, et l'alimentation.(54) Or nous avons vu que la consommation d'alcool et tabac semble plus fréquente chez les personnes SDF. Si l'on regarde en détails les cas de cancer du côlon dans notre étude, seuls 2 patients sur 5 consomment du tabac et aucun d'entre n'ont une addiction à l'alcool. **L'alimentation pourrait être le facteur principal de risque pour ses patients.**

En effet l'alimentation dans les populations SDF est souvent composée de junk food, pain, charcuterie à bas prix, qui n'est pas

satisfaisante pour la santé. (55) Cette nourriture a l'avantage de ne pas nécessiter de préparation à l'inverse des légumes.

Autre point à prendre en compte, il est probable que les personnes SDF accèdent peu ou pas, aux tests de dépistages colorectaux. Ainsi, il est possible que la fréquence du cancer colorectal dans cette population soit sous-évaluée.

●.V.5. Cancer du sein féminin :

Comme dans la population générale, sous réserve du manque de puissance statistique de notre étude, on peut observer que chez les femmes SDF atteintes de néoplasie, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent. Cette observation est également faite par Holowatyj et al. en 2019 aux USA sur une plus grande population de femmes SDF. Dans cette même étude le cancer de sein représentait 21,1 % de tous les premiers cas de cancer invasif primaire (20 femmes sans domicile sur 95).”(42)

Dans notre étude, les patientes atteintes d'un cancer du sein ont toutes 50 ans ou moins. Or dans la population générale, le cancer du sein se développe le plus souvent autour de 60 ans. (56) Cela nous questionne sur l'existence d'un risque majoré de cancer du sein chez les femmes SDF, mais les données françaises manquent pour répondre à cette question. Cependant selon Holowatyj et al., il n'y a pas d'excès d'incidence de cancer du sein chez les femmes SDF. (42)

● **MOTIFS DE CONSULTATION**

●.I. **A partir de nos données**

Nous voyons grâce au graphique 4, que trois motifs de consultations sont prépondérants dans notre population de patients SDF atteintes de néoplasie, ils sont selon la CISP-2¹⁰ :

- Les problèmes respiratoires (18,9% des cas ; n=10)
- Les problèmes sociaux (18,9% des cas ; n=10)
- Les problèmes psychologiques (17% des cas ; n=9)

Vient ensuite le quatrième motif “général et non spécifié” (9,4% ; n=5) qui comprend un large contenu de pathologies variées (Cf CISP-2 en Annexe 1)

Enfin, suivent à parts égales, les problèmes digestifs, de peau et ostéomusculaires (7,5% ; n=4 pour chacun).

Nous nous intéresserons en particulier aux 3 premiers motifs qui se détachent nettement par rapport aux autres.

●.II. **A partir des données de la littérature**

●.II.1. **Motifs Médicaux de consultation les plus fréquents:**

CREDES en 2003 : Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé : *“Les diagnostics de troubles psychiques, de troubles respiratoires et les diagnostics d'alcoolisme ou de toxicomanie sont en effet plus fréquents chez les consultants français alors que les étrangers consultent plus souvent pour des troubles digestifs ou des problèmes locomoteurs.” (57)*

¹⁰ CISP-2 : Classification internationale des soins primaires

IRDES en 2006 : Institut de recherche et documentation en économie de la santé :

“Il apparaît que les problèmes mentaux, dentaires, locomoteurs et des voies respiratoires représentent à eux seuls plus de la moitié des motifs de recours dans les consultations “précarité” (58)

INSERM en 2009

- **à propos d’une étude de l’Ined en 1995, à Paris :** les auteurs observaient une surreprésentation de certaines pathologies dans la population SDF étudiée par rapport à la population générale ; 5 fois plus de troubles locomoteurs, 1,5 fois plus de troubles psychiques, 1,3 fois plus de maladies respiratoires.
- **à propos de Médecins du Monde en 2007 :** *“Les personnes sans domicile fixe se distinguaient des autres consultants de Médecins du Monde par une fréquence plus élevée d’affections respiratoires (26,3% contre 21,1%), dermatologiques (20,4% contre 14,9%) ou psychologiques (17,5% contre 11,2%).(16)*

Médecins du Monde en 2011 : *“Les affections respiratoires occupent la 1re place des pathologies diagnostiquées avec près de 22 % des résultats de consultation, devant les affections digestives (18,2 %), ostéoarticulaires (15,8 %) et dermatologiques (12,4 %). Viennent ensuite les troubles psychologiques et cardio-vasculaires qui se situent autour de 10 %.” (59)*

Au total, les motifs médicaux les plus souvent retrouvés sont les affections respiratoires (souvent infectieuses), psychologiques, dermatologiques, digestives et ostéomusculaires. (16,57,59)

●.II.2. Motifs socio-administratifs :

Les motifs de consultation pour un motif non médical, relevant d'une demande sociale et/ou administrative varient entre 11,2% et 23,9% (58,59)

●.II.3. Les pathologies psychologiques

En ce qui concerne les troubles psychologiques, depuis les années 80, toutes les études Européennes et Nord-américaines retrouvent une surmorbidity psychiatrique, dans les populations de personnes SDF. (16)

Par exemple, en Amérique du Nord, cette enquête canadienne menée en 2011 par l'hôpital de Saint Michael retrouvait que plus de 8 personnes SDF sur 10 présentaient au moins une maladie chronique et plus de la moitié un problème de santé mentale.(60)

En France, les deux études les plus importantes concernant la santé mentale des personnes SDF datent pour la première de 1996 (Kovess et Mangin Lazarus), et pour la plus récente de 2009 (Enquête Samenta, Laporte et al.) :

- **L'étude de 1996** retrouvait dans leur population de 838 usagers des services d'aide à Paris : 23% de troubles de l'humeur avec une majorité de dépression, 5,8 % de troubles psychotiques. (61)
- **L'étude Samenta en 2009** qui est le plus souvent référencée pour évaluer les troubles psychiques met en évidence une mauvaise santé mentale chez les sans abri avec :
 - un tiers des sans abri qui souffrent d'un trouble psychiatrique sévère :

La prévalence des troubles par rapport à la population générale montre que :

 - Les psychoses (schizophrénie en majorité) sont 8 à 10 fois plus importantes. Cette estimation est stable par rapport à 1996 (Lazarus)

et se retrouve dans une méta-analyse faite à partir d'études réalisées principalement aux États-Unis et en Europe.

- Les troubles de la personnalité et du comportement sont aussi beaucoup plus fréquents.
- Les états dépressifs sévères et troubles anxieux sont à peine plus fréquents. Cependant le risque suicidaire moyen ou sévère est plus élevé et les tentatives de suicide au cours de la vie sont plus fréquentes.
- Les états dépressifs léger ou moyen sont beaucoup plus fréquents et souvent qualifiés de réactionnels en lien avec la situation d'exclusion sociale. (51)

●.III. Discussion à partir des données

●.III.1. Pathologies respiratoires :

Dans toutes les études citées, et dans la nôtre, les pathologies respiratoires font partie des motifs de consultation les plus fréquents. Dans notre étude plusieurs choses peuvent expliquer cela :

➤ L'addiction au tabac :

L'addiction au tabac étant fréquente chez les personnes SDF :

- nos patients présentent souvent une BPCO¹¹ post tabagique et consultent fréquemment lors d'épisodes d'exacerbation avec dyspnée aiguë.
- à travers ces décompensations pulmonaires et avec la progression de la dyspnée dans le temps, certains patients étant conscients des conséquences de leurs addictions nous consultent devant l'anxiété d'un éventuel cancer.

¹¹ BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

➤ **Les néoplasies pulmonaires :**

Les néoplasies pulmonaires représentent la plus grande proportion des cancers dans notre population de SDF étudiée, nous sommes fréquemment amenés à intervenir pour des complications respiratoires inhérentes à ces néoplasies. Ce d'autant plus que ces patients n'ont généralement pas un suivi optimal de leur pathologie du fait d'une absence fréquente de médecin traitant et de difficultés à suivre des soins en hospitalisation.

➤ **Tuberculose :**

Selon L'IRDES "*Plus de la moitié des problèmes respiratoires et ORL sont de nature infectieuse*" (58) Parmi les particularités liées aux personnes SDF, des études observent une plus forte prévalence de cas de tuberculose. Une étude cite même une incidence 30 fois supérieure à celle de la population générale. Aussi, à Paris, devant les difficultés de prise en charge de cette population par les structures officielles de lutte contre la tuberculose, le samu social a mis en place en 2000 une Équipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose afin de pouvoir traiter et suivre au mieux les personnes SDF. (59,62–64)

Cette pathologie illustre bien les difficultés de suivi et de traitement chez les patients SDF qui présentent notamment des difficultés pour suivre un traitement sur plusieurs mois.

●.III.2. **Pathologies mentales :**

Toutes aussi intéressantes sont les problématiques psychologiques qui sont fréquemment rencontrées dans notre étude.

De nombreuses études dans le monde mettent en avant une prévalence augmentée de pathologies psychologiques dans les populations SDF. Ce constat nous pousse à nous demander par quels mécanismes cela arrive ?

➤ **Quand la maladie et la limite des soins mènent à la rue :**

Pour certains patients, leur pathologie mentale, souvent mal équilibrée (défaut d'observance ou de compliance) entraîne leur itinérance. Ils se retrouvent à la rue, sans résolution de leur pathologie psychologique, qui les amène à reconsulter.

Toutefois, on ne peut pas généraliser ce genre d'expériences pour expliquer la prévalence des troubles psychologiques chez les personnes SDF.

En effet, si dans les années 80, de nombreuses études dénonçaient la fermeture des asiles, comme étant la cause des prévalences de maladie psychologiques chez les personnes SDF, avec le temps, d'autres études sont venues infirmer cette théorie.

Aujourd'hui, l'augmentation continue du nombre de personnes SDF, est expliquée par l'augmentation de la précarité sociale (65,66) D'autre part des études mettent en évidence que le problème résiderait plus dans la qualité des soins fournis que dans le nombre de lits disponibles en psychiatrie. (33,72,73)

➤ **Quand la vie dans la rue entraîne des pathologies mentales :**

Le simple fait de se retrouver sans domicile fixe, indépendamment des raisons, peut avoir un impact sur la santé mentale.

Comme le décrit très bien Alain Mercuel : *“Des facteurs de risque conduisent à l'exclusion. Cumulés, ils projettent les personnes dans la rue, qu'elles soient indemnes de pathologies mentales ou pas. Dès lors la souffrance psychique s'installe insidieusement ou vient aggraver une maladie préexistante. Jamais heureux, ceux qui vivent sans abri adoptent au fil des années des stratégies de survie et des défenses psychiques parfois efficaces. D'autres moins « compliants » à la rue s'effondrent tant sur le plan physique que psychique.(67)*

➤ **Solutions de prise en charge de pathologies mentales des personnes SDF :**

Des dispositifs spécifiques d'accès aux soins se développent pour les populations SDF, par exemple, des équipes mobiles de psychiatrie de rue. Ce genre d'initiative est important car vivre dans la rue amène souvent des bouleversements identitaires et des réactions de protection psychique qui freinent le recours au système de soin classique. L'IRDES en 2006 parle de *“problèmes d'usure conduisant à l'épuisement des ressources de base --physiques et psychiques-- dans la gestion de la santé”* (58)

Un autre dispositif adapté spécifiquement aux patients SDF atteints de pathologie psychiatrique, tend à se développer dans le cadre du programme “un chez soi d'abord” qui permet l'accès en priorité à un logement individuel, collectif ou semi-collectif. Dans ces dispositifs la priorité est donnée au logement, la régularisation des problèmes d'intégration sociale est réalisée dans un second temps. Ce modèle s'inspire de l'initiative «Housing First», mise en place à New York dans les années 1990.(68)

Toutefois ces dispositifs plus adaptés aux contraintes de vie des personnes SDF restent trop peu fréquents et face aux difficultés de recours aux filières classiques, les patients SDF ayant des pathologies mentales sont souvent laissés dans la rue et ont recours plus facilement, en priorité, à des structures qui peuvent les aider tant au niveau alimentaire qu'au niveau du logement, comme les CHRS. C'est au cours de leur passage dans de telles structures que nous rencontrons cette population qui consulte à propos de problèmes mentaux plus librement.

●.III.3. Le recours à un médecin pour régler un problème social.

Notre fréquence de consultation pour des motifs non médicaux (18,9%) est similaire aux deux études citées, se situant entre leur valeurs (IRDES en 2006 (11,2%), Médecins du Monde en 2011, (23,9%)).

Si nos résultats sont plus proches de ceux de Médecins du Monde, c'est peut être lié au fait que les patients rencontrés en consultation sollicitent le médecin généraliste dans un établissement qui a une mission sociale avant tout.

En effet les 2 CHRS permettant le recueil de données, ne sont, par définition, pas des centres de soins. Ce sont des centres d'aide sociale. L'offre de soins n'est pas systématique dans les CHRS, ici elle est proposée du fait du travail bénévole du médecin généraliste qui s'est organisé en équipe, avec une infirmière et les travailleurs sociaux.

Médecins du Monde, à travers les CASO, propose également un accompagnement social et d'accès aux droits, alors que l'étude de l'IRDES s'intéressait à une diversité de structures prodiguant des soins gratuits sans forcément proposer d'accompagnement social. Cela peut expliquer un moindre pourcentage de recours pour des motifs non médicaux pour l'IRDES.

Les personnes SDF rencontrées dans notre étude consultaient régulièrement pour des problématiques sociales, qu'elles soient au premier plan de la demande du patient ou évoquées par le médecin qui rappelle au patient la nécessité de mettre à jour ces droits de couverture sociale. Les patients SDF n'ayant généralement pas de médecin traitant, cela amène les patients à consulter auprès du médecin disponible dans les CHRS. Ce dernier a alors un rôle fondamental, pour remplir les documents de MDPH¹² ou encore les dossiers d'AAH (allocation adulte handicapée) qui concernent de nombreux résidents.

¹² MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

Pour en bénéficier il est important de remplir un diptyque avec un médecin et un.e assistant.e social.e.(69) De cette manière en fonction du handicap, une somme est allouée sur une durée de plusieurs années. Par ailleurs, dans le cadre des pathologies cancéreuses, une demande d'affection de longue durée doit être réalisée pour faciliter la prise en charge du patient. Cette demande incombe généralement au médecin traitant et le cas échéant au médecin du CHRS quand il y en a un.

Ces problèmes sociaux durent d'autant plus longtemps que les démarches administratives sont rarement résolues par les personnes SDF seules et ce pour plusieurs raisons.

- Le fait que pour obtenir des aides ou des reconnaissances au sein de la société il est important de faire des papiers, et que les patients sont dépendants d'un médecin qui est souvent le seul habilité à les faire.
- Le manque d'accessibilité aux moyens informatiques rebute certaines personnes et nécessite régulièrement l'aide d'une tierce personne malgré tout pour faire la démarche.
- Le fait que nombreux sont ceux qui ne comprennent pas les discours administratifs absconds concernant la demande de papiers.
- Des demandes juridiques (mise sous tutelle ou curatelle) sont également présentées afin d'assurer dans certains cas la protection de ces personnes, multipliant les interlocuteurs et allongeant les délais d'actions.

● COUVERTURE SOCIALE

●.I. A partir de nos données

●.I.1. Couverture maladie

Nous voyons à partir du graphique 5 évaluant le type de **couverture maladie** des patients SDF atteints d'une pathologie néoplasique, qu'une majorité possède une couverture maladie (n=46 ; 87%).

En observant plus en détails, on peut voir que 27 personnes bénéficient de la sécurité sociale (51%), 17 personnes bénéficient de la CMU¹³ (32%) et 2 personnes bénéficient de l'AME¹⁴ (4%)

Toutefois 13% des patients (n=7) ne possèdent aucune couverture maladie.

●.I.2. Complémentaire

Concernant les assurances complémentaires, une majorité de patient ne possède pas d'assurance complémentaire (n=29 ; 55%). Au total 24 patients sur 53 bénéficient d'une assurance complémentaire (45%).

Après observation, 5 patients possèdent une mutuelle (9%), 17 patients bénéficient de la CMU-C¹⁵ (32%) et 2 patients bénéficient de l'AME (4%).

●.I.3. Affection de longue durée (ALD)

Sur notre population de 53 patients SDF présentant une pathologie néoplasique, seul 36 patients ont une ALD¹⁶ déclarée dans le cadre de leur néoplasie (soit 68%).

¹³ CMU a été remplacée par la PUMA Protection Universelle MALadie depuis 2016. (70)

¹⁴ L'AME prend en charge les dépenses de santé pour les consultations médicales ou dentaires en cabinet ou à l'hôpital, jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie. À ce titre, les bénéficiaires de l'AME sont considérés comme étant couverts par une complémentaire santé.

¹⁵ Couverture Maladie Universelle - Complémentaire (CMU-C), remplacé par la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) (71)

¹⁶ Affection de Longue Durée

●.II. A partir des données de la littérature

●.II.1. Couverture maladie et complémentaire

➤ Le point de vue de Médecins du Monde :

En 2011, rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France :
 On peut y lire concernant la totalité de la patientèle précaire vue cette année là, sans distinction du type de logement : "Près de 80 % des patients accueillis dans les Casos¹⁷ relèvent d'un dispositif de couverture maladie (56 % de l'AME, 20 % de l'Assurance maladie), mais seuls 16 % ont des droits effectivement ouverts. Les étrangers sont 4 fois moins nombreux que les Français à avoir des droits ouverts. Au total (quelle que soit la situation administrative des patients accueillis), près de 88 % des patients n'ont aucune couverture maladie lorsqu'ils sont reçus dans les Casos."(59)

Concernant les personnes SDF qui représentent 14% de cette patientèle, si on isole les chiffres concernant ceux qui n'ont pas de droits ouverts à l'étranger (n=2433) on peut calculer que 89% d'entre eux n'ont pas de couverture maladie, bien que 55% ont des droits potentiellement accessibles. On peut calculer également que 9% bénéficient d'une couverture complète via la CMU+CMUc ou via l'AME. Enfin seul 2% bénéficie d'une couverture maladie sans complémentaire)

¹⁷ Centre d'accès aux soins et d'orientation

➤ **Le point de vue de la DREES :**

En 2012, étude Française de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) :

Couverture maladie : L'étude a mis en évidence qu'en France une personne SDF sur dix n'avait pas de couverture maladie. Parmi elles, les personnes de nationalité étrangère étaient plus concernées (16%) que celles de nationalité française (<6%).

Parmi les personnes bénéficiant d'une couverture maladie 29% bénéficiaient de la Sécurité sociale, près de la moitié des SDF étaient bénéficiaires de la CMU et 8% de l'AME.

Complémentaire : Une personne SDF sur quatre n'avait pas de complémentaire santé. (22% pour les personnes françaises, 29% pour les personnes étrangères). Parmi les patients bénéficiant d'une complémentaire, 18% bénéficiaient d'une mutuelle, d'une assurance privée ou d'une autre aide complémentaire. 40 % bénéficiaient de la CMU-C et 8% de l'AME. (72)

●.II.2. **Affection de longue durée**

Les données officielles de la sécurité sociale sur la répartition des ALD dans la population en France, ne prennent pas en compte les conditions de logement des bénéficiaires. Ainsi nous ne pouvons pas comparer à la population générale le pourcentage de bénéficiaires d'ALD observé dans notre étude concernant les personnes SDF. (73,74)

★ **Tableau 3 : Comparatif des résultats d'autres études concernant la couverture maladie des personnes SDF**

		DREES 2012	MDM CASO 2011	Notre étude 2015-2020
		Pourcentages		
Couverture maladie	Sécurité sociale	29,3	2	51
	CMU (=PUMA)	48,1	9	32
	AME	8,4		4
	Autre(s) situation(s)*	4,6	-	-
	Aucune couverture maladie	9,6	89	13
Couverture complémentaire	Mutuelle/autre complémentaire	17,7	-	9
	CMU-C (= CSS ou C2S)	40,2	9	32
	AME**	8,5		4
	Aucune couverture complémentaire***	25,3	89	55
	Ne sait pas	8,3	-	-

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
CMU : couverture maladie universelle, remplacé par la PUMA : Protection Universelle MALadie ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire, remplacée par la CSS ou C2S : Complémentaire Santé Solidaire ; AME : aide médicale d'État. ;
*La modalité « autre(s) situation(s) » regroupe les demandes en cours (2,4 %), les cas où l'enquêté sait qu'il a une couverture maladie mais ne sait pas laquelle (0,9 %) et les cas où l'enquêté ne connaît pas sa situation vis-à-vis de la couverture maladie (1,2 %).
**L'AME prend en charge les dépenses de santé pour les consultations médicales ou dentaires en cabinet ou à l'hôpital, jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie. À ce titre, les bénéficiaires de l'AME sont considérés comme étant couverts par une complémentaire santé.
***La modalité « aucune couverture complémentaire » regroupe ceux qui ont déclaré ne pas avoir de protection sociale et ceux qui indiquent ne pas avoir de complémentaire santé, hors AME.
Champ : Population des sans-domicile de 18 ans ou plus, France métropolitaine.
Sources : Insee, INED, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas 2012.
MDM CASO : Médecins du Monde Centre d'accès aux soins et d'orientation
Source : Rapport 2011 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France
Données calculées à partir des résultats du Tableau 52 : Caractéristiques des patients reçus dans les Casos selon leur couverture maladie, 2011

●.III. Discussion à partir de ces données

●.III.1. Variabilité des chiffres disponibles :

On peut noter une grande variabilité dans les chiffres proposés par les différentes études concernant la couverture sociale des personnes SDF. Nous expliquons ces différences en grande partie par des différences de méthodologies entre les études qui sélectionnent différents types de populations.

En effet, d'une part la définition de "personne SDF" peut être établie différemment pour chaque étude, incluant entre autres ou non les personnes ayant recours à divers organismes de logement d'urgence ou de courte durée, ou incluant seulement les personnes qui vivent à la rue sans nuit en foyer....

D'autre part, les lieux de recueil des données sont bien différents pour chaque étude, impliquant différents contextes et une sélection de populations incomparables. L'étude de la DREES se base sur les populations ayant recours à des services d'hébergement ou de distribution de repas (sans qu'il existe une démarche de demande soin au premier abord), l'étude de Médecins du Monde se concentre déjà seulement sur les population consultant un service de soin et enfin notre étude se concentre sur des personne ayant consulté un médecin dans des services d'hébergement et en limitant son analyse sur les personnes atteinte d'une pathologie néoplasique.

Ainsi, quelques différences trouvent une part d'explication :

- Notre population possède le plus fort taux de couverture maladie par la sécurité sociale (51%) et un taux important d'absence de couverture complémentaire (55%). Cela peut s'expliquer par le fait qu'une grande partie des patients ont le plus souvent fait les démarches administratives pour bénéficier d'une couverture maladie au moment de leur entrée dans le parcours diagnostique et d'annonce de leur cancer. Ainsi il semblerait que les personnes SDF atteintes de cancer ont plus souvent une

couverture maladie effective. Par ailleurs, du fait de leur inscription à un protocole ALD, les frais liés à leur pathologie étant pris en charge à 100%, 4 patients sur 5 bénéficiant de l'ALD, n'ont pas souscrit de complémentaire.

- Nous retrouvons une absence de couverture maladie pour 13% des patients. Ce pourcentage est proche de celui retrouvé par l'étude de la DREES. Toutefois l'étude de Médecins du Monde, dans les CASO retrouve un pourcentage à l'inverse avec 89% de patients sans couverture maladie. Ce contraste questionne. Il est probable que cela résulte de populations étudiées très différentes. Sans être exhaustif nous pouvons citer une différence importante concernant les proportions de personnes de nationalité étrangère. La DREES s'appuie sur une population francophone composée à 40,6% de personnes de nationalité étrangère, l'étude de Médecins du Monde comprend 93% de personnes de nationalité étrangère qui ne sont pas forcément francophones. Parmi ces populations étrangères on peut noter que Médecins du Monde s'occupe plus activement des populations Roms, avec des actions mobiles auprès de ces populations qui n'ont peut être pas autant recours que d'autres populations, aux services d'hébergements sur lesquels s'appuie l'étude de la DREES ou notre étude.

Idéalement il faudrait pouvoir comparer des études de méthodologie similaire mais concernant la couverture sociale des personnes SDF, peu de données existent. L'analyse des couvertures sociales des patients ayant recours aux PASS¹⁸ serait probablement intéressante, mais nous n'avons pas trouvé de base de données nationale publique et accessible librement.

Ce qui est sûr et qui questionne c'est qu'il existe toujours une proportion de personnes SDF qui n'ont aucune couverture sociale en place alors qu'ils ont des droits ouverts à cette couverture. Cela est particulièrement étonnant dans notre population vu la gravité de la

¹⁸ Permanences d'Accès aux Soins de Santé

pathologie des patients. Nous développerons ci-dessous les possibilités qu'on les personnes SDF à accéder à des soins sans frais et développerons quelques raisons pouvant expliquer l'absence de droits effectifs :

●.III.2. Accès à des soins sans frais, quelles possibilités ?:

●.III.2.A. **Accès à des soins avec aide de l'état :**

Les personnes SDF peuvent théoriquement bénéficier de quatre types de prise en charge de leurs soins sans avance de frais (75,76) :

- La protection universelle maladie (PUMa) (ancienne CMU) en association à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS/C2S) (Fusion des anciennes CMU-c et ACS)
- L'aide médicale d'état (AME)
- Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- Les soins urgents

●.III.2.B. **Accès à des soins avec financement privé :**

- Centre d'accès aux soins et d'orientation CASO (Mission similaire aux PASS mais financé par Médecins du Monde)

●.III.2.C. **Conditions d'accès :**

- **La PUMa + CSS/C2S** : Pour les personnes françaises ou étrangères en situation régulière, à condition d'exercer une activité professionnelle ou de résider en France de façon stable et régulière.(77) (Depuis 3 mois, au moins 6 mois par an (78)).
- **L'Aide Médicale d'Etat (AME)** : Pour les personnes étrangères en situation irrégulière, ne percevant pas de revenus trop importants et résidant en France de façon stable et régulière depuis 3 mois. (75)

- **Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et CASO** : Ouvert à tous les patients qui n'ont aucun droit ouverts concernant leur santé. Sans condition de régularité concernant les personnes étrangères. Sans condition de résidence.(79–81)
- **Les soins urgents** : Ils sont ouverts au même public que les PASS mais sont conditionnés à l'existence d'une situation reconnue comme urgente de part :
 - la mise en jeu du pronostic vital ou d'une altération grave et durable de l'état de santé en absence de soin.
 - les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose) ;
 - tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement
 - les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical) ;
 - les soins dispensés à des mineurs.

Ils ne concernent que des soins prodigués par un hôpital dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une consultation en établissement de santé.

●.III.3. Accès aux soins sans frais en pratique :

Administrativement, le moyen le moins contraignant d'avoir accès à des soins pris en charge est de recourir aux PASS ou aux CASO ou au services d'urgences pour des soins urgents (lorsqu'ils sont reconnus comme tels). Ces solutions ne nécessitent pas d'être en règle d'un point de vue papier d'immigration et elles prennent en charge les personnes n'ayant aucune couverture sociale effective, que des droits soient ouverts ou non.

A l'inverse, l'accès à des soins pris en charge par la PUMa+CSS ou par l'AME, nécessite des démarches administratives préalables, qui présupposent que la personne ait un justificatif de domicile à fournir et qu'elle puisse apporter une preuve de domiciliation à cette

adresse depuis au moins 3 mois, ce qui n'est pas forcément le cas des patients SDF (Selon Médecins du Monde : l'absence d'adresse représente : "un obstacle à l'accès aux droits pour 1 patient sur 4"(59)). Ainsi ces 2 dernières solutions sont parfois non mises en place malgré des droits d'accès ouverts. (59) Cela est regrettable car ces deux dernières options sont les plus intéressantes sur le long terme.

●.III.3.A. Difficultés à mettre en place une couverture sociale.

Suite à un entretien avec une assistante sociale d'un service d'urgence, nous avons pu établir quelques réalités sur les conditions d'activation de droits.

Il est fréquent que des assistantes sociales essaient d'activer les droits d'une personne SDF lorsqu'elle sollicite une demande de soin auprès des PASS, des hôpitaux ou encore d'un médecin généraliste consultant en centre d'hébergement. Dans ce processus, la première chose à faire est de demander la création d'une adresse qui est souvent fournie par la mairie. Il s'agit bien sûr d'un lieu où récupérer son courrier et non d'un logement. Cette action peut prendre une semaine environ. Une fois l'adresse créée il faut adresser une demande auprès de la CPAM pour activer les droits et le délai avant réception d'une carte vitale est d'au moins un mois.

Au final, cela suppose que la personne revoie l'assistante sociale, ce qui parfois n'arrive pas, possiblement parce que la personne a guéri ou ne s'inquiète plus concernant l'affection qui l'avait amenée à consulter. Et les personnes SDF qui arrivent à obtenir une carte vitale ont plus souvent tendance à la perdre que la population générale, du fait de la fréquence des vols de leurs affaires. Il faut alors refaire des démarches.

Le rapport de l'INSERM de 2010, "La santé des personnes sans chez-soi" précise :

“Quand elles essaient d’obtenir un accès à leurs droits élémentaires, les personnes à la rue sont confrontées à un ensemble de démarches à accomplir souvent irréalisables. En pratique, le mode de vie des personnes (l’itinérance voir l’errance, l’état de santé, la carence de ressources financières, les vols à répétitions) ne leur permet pas de surmonter, seules, la complexité des règles à suivre pour les différents systèmes d’aides (CMU, RMI¹⁹, AAH²⁰, FSL²¹, aide juridictionnelle, titre étranger malade, etc...). Celles-ci ne sont pas pensées en fonction des conditions d’existence des personnes sans chez soi. L’éclatement de l’offre dans un tissu urbain de plus en plus étalé oblige les personnes à des déplacements sur de grandes distances, le plus souvent à pied. Les files d’attente se succèdent pour rencontrer un travailleur social, manger, dormir dans un foyer, voir un médecin. Le manque de sommeil et une inversion du cycle veille/sommeil est courante, ce qui met les personnes dans des temporalités en inadéquation avec les horaires des administrations auprès desquelles elles doivent faire leurs démarches, et des associations qui pourraient leur offrir un certain nombre de services.”

Une étude publiée par l’académie de médecine Française en 2017 fait le même constat

“Les taux de recours des personnes éligibles à la CMUc et ACS²² restent faibles, de 40 % à 60 % environ, en particulier du fait de la complexité d’accès à ces prestations, malgré des efforts importants.” (83) Depuis 2019 la fusion de la CMUc et de l’ACS en une seule offre de complémentaire santé nommée Complémentaire Santé Solidarité (CSS/C2S) vise entre autres à simplifier les démarches administratives pour favoriser l’accès aux personnes les plus défavorisées. (84)

¹⁹ RMI : revenu minimum d’insertion remplacé depuis 2009 par le RSA : revenu de solidarité active

²⁰ AAH : allocation aux adultes handicapés

²¹ FSL : fonds de solidarité pour le logement

²² L’ACS : aide complémentaire santé remplacée par la [C2S/CSS: complémentaire santé solidaire](#).(82)

●.III.3.B. *Volonté de simplifier l'accès à une couverture sociale.*

En 2016, l'évolution des anciennes aides d'états en PUMa et CSS devait permettre une simplification d'accès à ces aides. Avec un objectif de "garantir aux assurés une prise en charge de leurs dépenses de santé tout au long de leur vie, sans rupture de leurs droits en cas de changement intervenant dans leur vie personnelle (mariage, divorce, veuvage...) ou professionnelle (chômage, changement de statut...)." (85)

Dans cette optique de simplification, ces nouvelles aides ne requièrent plus de renouvellement annuel pour les personnes les plus défavorisées²³, ce qui n'était pas le cas avant et qui donnait d'autant plus de valeur au fait de bénéficier d'une ALD dont le renouvellement devait se faire moins fréquemment.

●.III.3.C. *Une volonté de simplification à nuancer.*

Comme nous avons pu le voir dans les données de la littérature²⁴, il existe des disparités d'accès à une couverture sociale en fonction de la nationalité des personnes. Cela pourrait s'expliquer en partie par les évolutions des conditions d'accès à une protection sociale.

Médecins du Monde écrivait dans son rapport de 2011 : "Dans la continuité de 2010, l'année 2011 est marquée par de nouvelles restrictions²⁵ en matière d'accès aux soins et aux droits à l'encontre des plus démunis, et tout particulièrement des étrangers en situation précaire." (62) Si une partie des restrictions dénoncées ont été abrogées de nos jours, les évolutions du droit restent fréquentes et pas toujours en vue de simplifier l'accès.

²³ La PUMa est renouvelée annuellement automatiquement, la CSS quant à elle, est renouvelée automatiquement seulement pour les personnes bénéficiant du RSA (revenu de solidarité active) ou de l'ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées).(77,86,87)

²⁴ DREES : Absence de couverture maladie (*et absence de couverture complémentaire*):
Personne française <6% (22%) ; Personne étrangères 16% (29%)

²⁵ la mise en place d'un droit d'entrée annuel de 30 euros (*Aujourd'hui abrogé*), les restrictions du panier de soins et la nécessité d'un accord préalable pour les soins coûteux à l'hôpital

Concernant les personnes étrangères, en situation régulière, demandeuses d'asiles : avant 2019, elles pouvaient accéder à la PUMa et CSS dès leur demande d'asile déposée. Désormais et depuis 2021 au moins, une période de résidence de 3 mois sur le sol français est demandée pour y accéder. Cette évolution est ainsi plus contraignante qu'avant, toutefois elle est également plus égalitaire puisque les personnes françaises doivent répondre de ce même délai pour ouvrir des droits. (88,89)

Concernant les personnes étrangères en situation irrégulière, l'accès à l'AME fait également l'objet d'évolutions multiples au cours du temps.(90,91) La création d'une condition de résidence en France d'au moins trois mois avait été mise en place bien plus tôt que pour la PUMa, en 2003 déjà. Et bien que cela soit aujourd'hui aligné sur les conditions demandées pour tous, ce changement représentait selon Médecins du Monde en 2011 un frein considérable à l'accès aux soins : *“Les patients ne relevant d'aucun dispositif (22,1 % en 2011) se heurtent pour la plupart au critère de résidence de plus de 3 mois en France imposé depuis 2004 pour l'ouverture des droits”, “ Ce critère a multiplié par deux la part des patients exclus de tout dispositif de couverture maladie au sein des Caso”* (59)

Dernièrement, en 2022, une proposition de loi demande le remplacement de la carte AME papier par une version électronique. Si cette évolution pourrait éventuellement ouvrir un meilleurs accès aux soins, en limitant les procédures administratives papiers des médecins, elle s'inscrit également dans une logique de maîtrise des dépenses publiques, avec le but de mieux suivre les dépenses de santé des bénéficiaires et lutter contre les fraudes éventuelles. (92)

●.III.4. Donnée unique à notre étude, la proportion d'ALD :

L'Affection de Longue Durée (ALD), est attribuée pour bénéficier d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie, concernant les frais (transport, traitement...) d'une maladie dont la gravité, et ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et particulièrement coûteux. (93)

En France, en 2019, plus de 2 millions de patients (2 283 630) étaient bénéficiaires de l'ALD 30 qui concerne les pathologies malignes. Les pathologies malignes représentent le 2ème motif le plus fréquent d'attribution d'une ALD (derrière les attributions pour les Diabète de type 1 et 2). (82)

Or, au sein de la population de notre étude, nous voyons que seuls 68% de ces patients bénéficient de cette couverture qui devrait pourtant concerner la totalité d'entre eux.

Éléments de réponse concernant le manque de déclaration en ALD :

- Les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME voient la plupart de leurs frais de santé pris en charge, donc ils ne voient pas l'utilité d'une reconnaissance ALD pour leur pathologie.
Par contre ils en font la demande lorsqu'ils doivent bénéficier de transport pour le suivi de leur pathologie, les frais de transports n'étant pas couverts par la CMU.
- Dans certains cas, les oncologues n'ont pas fait cette demande car souvent elle incombe au médecin traitant. Or le plus souvent les sans abri n'ont pas de médecin traitant.

- Certains patients n'ont pas d'ALD car ils n'ont aucune couverture sociale active, ce qui est un prérequis pour la création d'une ALD. L'absence de couverture sociale de ces patients dans notre étude, s'explique en partie par le fait que certains patients ont un retard pour que leurs papiers soient conformes aux desideratas des organismes sociaux.
 - Par exemple : En ce qui concerne nos deux CHRS, ils accueillent des ressortissants espagnols qui ont une couverture sociale dans leur pays d'origine. Du fait de cet écueil, ils ne peuvent qu'avec beaucoup de retard être pris en charge par les organismes sociaux français. En effet les patients européens doivent avant d'être pris en charge par la sécurité sociale française, annuler l'assurance maladie de leur pays. Pour ce faire de nombreuses attestations sont nécessaires, et souvent les assistantes sociales attendent de longs délais avant d'avoir le précieux sésame permettant d'avoir des droits sociaux conformes. (94) Bien entendu dans le cadre d'une pathologie néoplasique ils sont pris en charge dans les établissements publics qui acceptent ce retard.

● **ORIENTATION POUR PRISE EN CHARGE**

●.I. **A partir des données de notre étude**

Nous voyons à partir du graphique 6, que pour une majorité des patients SDF atteints de néoplasie, la consultation auprès du médecin a été effectuée lors d'un hébergement d'urgence via le 115 (88,7%). Seul 11,3% des patients ayant consulté l'ont fait alors qu'ils étaient hébergés au CHRS avec un projet d'insertion.

Nous voyons à partir du graphique 7, évaluant l'orientation des patients SDF atteint de néoplasie, que plusieurs options ont été possibles.

Trois d'entre elles dominant à part quasi égale : La majorité des patients ont continué de vivre dans la rue (n=15 ; 28,3%), et un nombre similaire de patients ont été pris en charge par un CHRS (n=14 ; 26,4%) ou un LHSS (n=13 ; 24,5%).

Par contre deux autres options, moins fréquentes étaient : une prise en charge en lieu de convalescence (SSR²⁶ et autres établissements...) (n=8 ; 15,1%), et enfin pour une minorité une prise en charge auprès de leur famille (n=3 ; 5,7%).

●.II. **A partir des données de la littérature**

Nous n'avons pas trouvé de données quantitatives comparables quant aux lieux d'orientation des patients SDF pour la prise en charge d'une pathologie néoplasique en France.

C'est d'ailleurs ce qui a motivé la réalisation de notre étude.

²⁶ SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

●.III. Discussion à partir de ces données

Nous voyons à partir du graphique 6, qu'une majorité des patients SDF atteint de néoplasie étaient dans une situation de grande précarité au moment de leur consultation auprès d'un médecin. Cela se traduit par le grand nombre de recours aux hébergements d'urgences par le 115. Ces patients, vus en consultation, étaient alors dans une logique de survie avec la sollicitation d'un hébergement pour la nuit. En effet, les associations qui sont à la tête des CHRS où étaient recueillies les données, n'assurent pas que des hébergements de patients en projets de réinsertion. En plus des personnes logées à ce titre, répondant à la mission d'un CHRS, les associations assurent également un accès plus court à d'autres personnes dans le cadre du service d'hébergement d'urgence.

●.III.1. Les centres d'hébergement d'urgence

Classiquement ces centres sont réservés aux séjours d'une nuit. Et bien qu'à titre exceptionnel, il puisse s'arranger avec un travailleur social pour mettre en place une durée d'hébergement plus longue temporairement, il ne possède pas de personnel soignant.

Enfin la promiscuité, les mauvaises conditions d'hygiène et les violences fréquentes sont des réalités qui découragent même certaines personnes SDF non malades d'avoir recours à ces centres, jugeant qu'ils peuvent vivre plus sereinement dans la rue. Ce sont ces logements que côtoient en partie les patients de notre étude qui ont continué de vivre dans la rue, malgré leur cancer.

D'un point de vue médical, il nous semble évident que pour un patient SDF atteint d'une pathologie néoplasique, il est essentiel de pouvoir trouver un logement stable dans lequel pourra être réalisés les soins adéquats à sa pathologie. Aussi nous explorerons ci-dessous les solutions qui ont pu être trouvées pour les patients de notre étude.

●.III.2. Quelles solutions pour un logement stable ?

●.III.2.A. *Parcours d'accès à un logement classique*

La théorie voudrait, que pour une personne SDF, malade ou non, après quelques nuits dans un centre d'hébergement d'urgence, (qui ne reçoit que pour une nuit et sur réservation le jour J), la personnes puissent accéder à un centres d'hébergement de stabilisation ou à un CHRS dans lesquels les durées de séjours sont plus longues et organisées autour d'un projet de réinsertion sociale et professionnelle. Ceci pour accéder enfin, à un logement personnel avec l'aide de travailleurs sociaux. (95)

Mais en réalité, le marché des logements sociaux est saturé et ce parcours idyllique est rarement respecté. Bien souvent les personnes font longtemps des aller retour entre foyer d'accueil et rue, avec parfois des séjours à l'hôpital et/ou en prison, particulièrement si leur santé psychiatrique est atteinte. (16)

Aussi, lorsqu'une pathologie aussi lourde qu'un cancer est retrouvée, ce parcours classique ne peut être suivi. Il est trop long et incertain.

●.III.2.B. *Des patients dans la rue*

Il est frappant de voir que la majorité des patients de notre étude ont poursuivi leur parcours de soins dans la rue. Dans notre étude, cela s'explique principalement par un choix exprimé par les patients. Un choix qui peut surprendre ceux qui n'ont jamais vécu dans la rue, mais un choix qui peut s'expliquer de plusieurs façons :

➤ Rapport à soi :

La vie dans la rue peut altérer le rapport à soi, à sa santé, au prendre soin de soi.

Et ceci d'autant plus que cette vie dans la rue a été longue et éventuellement marquée par des violences.

Passer des années à prioriser les besoins vitaux, à mobiliser son énergie pour la survie, sans lieu personnel de répit ou d'intimité peut changer le rapport qu'une personne

entretient avec son corps. Certains ont parfois une vision utilitariste du corps, ces personnes sont capables de différer ou d'ignorer de fortes douleurs, mais dès lors que des troubles portent atteinte à leur mobilité ou à leur motricité, elles acceptent plus facilement des logiques de prise en charge médicale.(58)

Ainsi, une maladie plus ou moins lentement progressive comme une néoplasie, peut être ignorée tant qu'elle n'entrave pas les actions essentielles à la survie quotidienne dans la rue.

➤ **Rapport aux autres :**

Reconnaître la maladie et accepter un hébergement en rapport, peut être vécu comme un changement majeur, moins confortable que de continuer selon les habitudes qui ont été mises en place.

La vie dans la rue s'accompagne d'un combat permanent avec les autres et d'une gestion permanente du rejet. Il faut d'une part trouver la force de gérer le regard des autres au quotidien. Il faut parfois s'adapter aux politiques d'une ville qui ne veut pas de SDF dans ses rues. Il faut se protéger soi et ses affaires, des autres personnes.

Dans ce contexte, les patients SDF ont tendance à s'enfermer dans leurs habitudes. Ils leur faut beaucoup de temps pour établir une relation de confiance et accepter de se conformer à un système de soins qui est inconnu et dont les règles n'ont pas forcément de sens pour eux.(96,97)

➤ **Rapport au système**

Beaucoup de personnes SDF, sinon tous, ont connu à un moment ou à un autre une série de systèmes d'aides qui leur a été proposé. D'expérience, ils connaissent également les limites de ces systèmes. Les centres d'hébergement d'urgence mis à disposition pour passer la nuit sont un bon exemple d'aide à double tranchant. Bien que le concept parte d'une intention louable, pouvoir entre autres dormir au chaud, la promiscuité, les conditions

d'hygiène et les violences physiques fréquentes encouragent certains à se débrouiller seul plutôt qu'à recourir à cette aide.

Outre les raisons qui amènent une personne à devoir solliciter un hébergement d'urgence, le simple fait de devoir y recourir peut parfois être moins bien vécu que de vivre dans la rue. En effet, la vie dans un établissement collectif peut aboutir à un sentiment d'être dépossédé de tout, d'être dépendant des autres, au point d'avoir le sentiment de n'être plus qu'un numéro dans un système d'aide impersonnel. Ainsi pour certaines personnes, l'alternative de vivre dans la rue peut offrir une valorisation de soi à travers l'expression de compétences concrètes de survie, comme par exemple se trouver ou créer un abri sans être aidé, et finalement vivre dans un espace personnalisé. (98)

➤ **Différents vécus de la rue**

Par ailleurs, certaines personnes vivent dans la rue depuis longtemps, sans aucun logement personnel et ne se considèrent pas SDF pour autant.

Ceci est détaillé dans l'étude sociologique de Laporte et Al en 2010 (*cf Annexe 2*).

●.III.2.C. Des patients en CHRS

Les patients de notre étude qui utilisent les services des CHRS s'y retrouvent généralement "par défaut" du fait de la saturation des autres lieux d'accueil. Ces structures ne sont pas vraiment adaptées aux personnes SDF présentant une pathologie lourde et chronique. Mais médicalement parlant c'est mieux que d'être prise en charge dans la rue.

➤ **Une mission sociale**

Les CHRS sont utilisés dans une logique d'accueil moins précaire que celle des centres d'hébergement d'urgence. Ici, la limite de temps de l'hébergement se compte généralement en mois.

Leur vocation première, est de permettre de recouvrer une autonomie sociale grâce à l'accompagnement social renforcé, en prévision d'une réinsertion.(99) Cet objectif, fait que l'accès à un CHRS est d'autant plus simple, que la personne demandeuse est le moins marginalisée. Pour les personnes les plus marginalisées, les responsables de CHRS témoignent de leurs difficultés à répondre à des objectifs utopiques de réinsertion, qui freinent l'accès de ceux qui en ont le plus besoin.

Ainsi une logique de sélection est mise en place par les centres, afin de favoriser l'accès à des personnes jugées plus proches d'un retour à l'emploi. Délaissant des personnes plus vulnérables pour qui la logique d'inclusion accompagnée d'injonctions de se conformer (exemple : ne pas boire d'alcool) est un motif de rupture dans leur parcours de réinsertion.

➤ **Une mission médicale secondaire**

Les CHRS proposent une palette de services dont le rôle est avant tout de répondre aux besoins de l'utilisateur, incluant une réponse aux besoins médicaux. (27) Certaines personnes sont malades durant leur séjour (qui peut durer des mois), mais d'autres peuvent être SDF à cause d'une pathologie lourde et dans ce cas leur santé peut représenter une priorité dans un but de réinsertion.

Cependant il faut remarquer que le terme « CHRS » renvoie aujourd'hui à un statut juridique attribué à certains établissements sociaux et médico-sociaux, en fonction donc de leurs activités.(27) Aussi, chaque CHRS est différent dans ce qu'il peut offrir et souvent le côté médical est bien pauvre comparé aux autres priorités.

Dans la plupart des CHRS (on peut dire pour des raisons budgétaires quasiment tous) nous retrouvons des éducateurs ainsi que des hôtes d'accueil, mais le plus souvent ces établissements fonctionnent sans qu'il y ait de professionnels de santé.

Une étude de la DREES publiée en 2019 concernant le personnel des centres

d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale, notait *“Au global, le taux d'encadrement²⁷ a diminué de 4 points depuis fin 2012 et de 6 points depuis fin 2008. Cette baisse du taux d'encadrement s'observe dans presque toutes les catégories d'établissements. Fin 2016, exprimé en ETP²⁸, 49 % du personnel exerce principalement une fonction éducative, pédagogique ou sociale, 24 % une fonction dans les services administratifs et généraux, 15 % une fonction de direction, 8 % une fonction d'encadrement et moins de 4 % une fonction paramédicale ou médicale.”* (40)

➤ **En pratique**

L'admission en CHRS des patients SDF atteints de néoplasies, est mal vécue par le personnel de ces établissements, qui se trouvent souvent démunis face à la complexité de ses patients qui présentent plusieurs problèmes :

- Les patients malades qui demeurent dans les CHRS sont ceux qui ont la volonté de se soigner.

En absence de personnel dédié, **la réalisation des soins est une charge supplémentaire pour le personnel présent :**

- Un personnel débordé : La présence de ces patients représente une surcharge de travail.
(Il faut, par exemple, coordonner des soins pour ces patients qui n'ont souvent pas de couverture sociale, ce qui complique l'intervention de soignants en ambulatoire ou la programmation de transport.)
- Un personnel non qualifié : qui est souvent obligé d'outrepasser ses fonctions réalisant parfois des actes paramédicaux qui sortent du cadre de leurs responsabilités.
(Par exemple préparer un pilulier, et administrer des traitements.)

²⁷ Le taux d'encadrement, est défini comme le nombre de personnes employées en Equivalent Temps Plein rapporté au nombre de places d'hébergement permanentes

²⁸ Equivalent Temps Plein

→ **Asymétrie entre 2 populations :**

d'une part les personnes SDF présentant une pathologie néoplasique

d'autre part une population non (ou peu) malade

- Les SDF ayant un cancer bénéficient **d'aménagements privilégiés** du fait de leur état de santé, comme par exemple la possibilité de rester dans la structures sur une longue période. Cela, même s'ils n'ont pas forcément une volonté de réinsertion sociale.

Alors que pour la population non malade dont l'objectif premier est la réinsertion les droits sont plus restreints (comme par exemple ne pouvoir rester qu'une nuit.)

Cette asymétrie est source de tensions entre les différentes populations côtoyant les centres et peuvent mener à des altercations entre résidents.

- De plus, **le va et vient d'autres professionnels de santé**, comme des infirmières, peut être un motif de débats et de querelles avec les autres pensionnaires, qui ne comprennent pas les raisons de ce type de prise en charge. Ainsi le personnel appréhende ces conflits potentiels.
- Par ailleurs, **le manque d'hygiène** de certaines personnes qui restent sur une longue durée, peut être problématique et une source supplémentaire de dispute entre le personnel et les usagers.

Ainsi, la solution des CHRS n'est pas nécessairement adaptée aux personnes ayant besoins de soins, et d'autant plus lorsqu'ils sont complexes (cas des chimiothérapies et de la radiothérapie) du fait de conditions d'hygiène pas nécessairement satisfaisantes dans ces structures et du manque de personnel médical et paramédical.

●.III.2.D. Des patient en LHSS

Les lits haltes soins santé (LHSS) sont des lieux dédiés aux personnes SDF présentant des problèmes de santé, quelle que soit leur situation administrative.

➤ **Mission médicale**

Les LHSS sont des structures médico-sociales qui prennent en charge des patients dont l'état de santé nécessite des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensées à leur domicile s'ils en disposaient. Les structures participent également à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies.(100) Elles sont dotées d'une équipe dont les effectifs sont variables et qui sont composées le plus souvent d'une infirmière, d'aides soignantes et d'un médecin référent.

➤ **Mission Sociale**

Par ailleurs, ces structures ont pour mission la mise en place d'un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies. Le but final est d'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel. D'un point de vue réglementaire, la notion de projet de sortie est différente d'un projet de vie.

Un projet de sortie signifie un accompagnement de la personne pour qu'elle puisse se loger a sa sortie. Les solutions sont peu nombreuses et nécessitent un accompagnement pour être mises en place car plusieurs freins existent en sortie de LHSS. (cf. *tableau 4 en annexe 3*) Le retour dans la rue est une possibilité pour les personnes qui le demandent.
(101)

Un projet de vie comprend un accompagnement plus étendu et s'inscrit généralement dans la séquence d'une vie entière ou d'une séquence de vie, plus ou moins longue.(100)

➤ **En pratique**

Les LHSS, bien que dédiés aux soins des personnes accueillies, sont pensés pour des soins de courte durée, ils ne peuvent en théorie accepter décemment des patients au-delà de 2 mois. (102) Il est cependant possible de demander des renouvellements chaque 2 mois. Aussi, en pratique, les patients de notre étude ont souvent été reçus en LHSS, sur des durées plus longues, souvent laissées à l'appréciation de l'équipe qui dans une volonté humaniste, accepte de garder un patient présentant une néoplasie.

Néanmoins nous ne devons pas oublier que des bémols existent dans cette situation :

- Le fait que le personnel n'est présent qu'une partie de la journée, et que la nuit il faut recourir à l'expertise d'un veilleur de nuit qui n'est pas un professionnel de santé.
- Les soins complexes nécessitent des mesures d'hygiène qui ne peuvent être optimaux (comme pour les CHRS).
- Le problème budgétaire, engendré par les appels de professionnels libéraux qui sont payés avec l'enveloppe allouée pour chaque patient.
- Le fait que le nombre de places dans les LHSS sont très limitées (10 sur le département des Pyrénées Orientales)
- Enfin nous ne devons pas oublier que ces LHSS sont souvent inclus au sein de CHRS, et qu'il est important dans ce cas de bien choisir les personnes qui n'ont pas de problèmes d'addiction pour éviter de majorer les conflits avec les CHRS dont le fonctionnement est plus strict.

Le rapport pour la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) de 2018 explique concernant le parcours des personnes accueillies en LHSS :

“L'enquête montre, que quatre types de situations « sortent » du cadre de la mission réglementaire d'accueil temporaire de personnes sans domicile fixe en besoin de soins médicaux définie dans le décret, et peuvent, de ce fait, être considérées comme des accueils « par défaut » en LHSS :

1/ Des situations sociales parfois très complexes qui peuvent amener la structure à accueillir la personne sur une longue période, après que le besoin de soins ayant justifié l'orientation a disparu, mais dans l'attente d'une résolution de la situation sociale/administrative ou d'une place dans un hébergement plus adapté ;

2/ Des situations médicales trop lourdes (en termes de niveau de dépendance pour la plupart), relevant de LAM²⁹ selon les décrets, mais qui sont actuellement prises en charge en LHSS, du fait d'un manque de places installées en LAM ;

3/ Des personnes en fin de vie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs que tous les LHSS ne sont pas en mesure de fournir (selon l'histoire et les ressources humaines de la structure).

4/ Des personnes accueillies qui relèveraient de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mais que les services sociaux hospitaliers ne parviennent pas à orienter en SSR, même quand ils disposent d'une couverture sociale. En effet, certains SSR seraient réticents à accueillir un public sans domicile, de peur de ne jamais réussir à faire sortir ces personnes du service.”(100)

Cette notion d'accueil par défaut dans les LHSS est également valable pour les CHRS. En effet, la saturation des places en LHSS (privilegiés pour leur vocation médicale), amène par défaut, des patients à être pris en charge dans les CHRS. Bien que le suivi médical y soit moins efficace.

²⁹ LAM : Lit d'accueil médicalisé

●.III.2.E. *Peu de patients en convalescence*

Au total, seuls 15% des patients de notre étude ont été pris en charge en convalescence. On regroupe sous ce terme les services de soins de suite et réadaptations et autres unités de soins de longue durée.

Deux freins principaux existent quant à la prise en charge des patients SDF par ces structures.

- **D'une part, un frein institutionnel** comme précisé ci-dessus dans le rapport de la DGCS en 2018 : *“les services sociaux hospitaliers ne parviennent pas à orienter en SSR -- les patients SDF-- , même quand ils disposent d'une couverture sociale. En effet, certains SSR seraient réticents à accueillir un public sans domicile, de peur de ne jamais réussir à faire sortir ces personnes du service.”*(100)

- **D'autre part un frein des patients**, car certains patients ne veulent pas être pris en charge dans un milieu qu'ils jugent trop restrictif en termes de réglementation (horaires à respecter, hygiène à respecter, pas d'aménagement pour leur animaux de compagnie...). Il est parfois déjà difficile pour eux d'accepter les règles des LHSS / CHRS alors que ces établissements ont l'habitude des patients SDF. Il est ainsi d'autant plus compliqué de vivre dans un lieu qui est pensé et conçu pour la population générale. Il peut être difficile de composer avec le regard pas nécessairement compatissant des autres pensionnaires insérés dans la société, mais aussi du personnel qui a parfois de difficulté à comprendre ces populations.

●.III.2.F. *Peu de patients en famille*

Dans notre étude, seuls 3 patients sur 53 ont été pris en charge dans leur famille. Ce manque de recours aux familles n'est pas très surprenant.

➤ Rupture de lien

“Les sans-domicile, particulièrement ceux nés en France, portent souvent le poids d'une enfance marquée par des histoires familiales douloureuses.”(17)

Quelque soit l'origine du parcours de vie dans la rue, les personnes SDF côtoyant les foyers d'urgences entretiennent rarement un contact régulier avec leur famille. Les raisons de ce manque de communication sont souvent complexes. Si parfois il peut y avoir une raison qui semble évidente pour une personne extérieure, comme la non résolution d'un conflit ayant précipité la personne dans la rue, souvent, peu importe la raison, le fait d'en être arrivé à vivre dans la rue génère chez la personne SDF et sa famille une détresse psychologique qu'il est difficile de gérer des deux côtés. (103)

Par ailleurs, pour certains, c'est l'absence de famille, ou le manque de communication avec elle qui a participé à une trajectoire de vie menant dans la rue. (104)

Pour nuancer ce propos nous pouvons citer l'étude sociologique de M. Giraud dont un extrait est présenté dans le rapport de l'INSERM “La santé des personnes sans chez soi” en 2009. Cette étude analyse les trajectoires de vie auprès de 48 jeunes célibataires sans domicile âgés de 18 à 25 ans ayant fréquenté des lieux d'hébergement dans la région lyonnaise. *“L'analyse de leurs trajectoires familiales conduit à une typologie en 4 groupes : ceux ayant conservé des liens familiaux robustes et réguliers, ceux ayant rompu avec leur communauté d'origine (des fils de travailleurs migrants), ceux placés durant l'enfance ou l'adolescence par la justice ou les services sociaux et qui sont au contraire, à la recherche effrénée de liens sociaux et, enfin, ceux ayant connu des situations de violences intrafamiliales.”* (16,105) Il existe donc des personnes SDF n'ayant pas rompu les liens avec

leur famille, mais ils restent une minorité.

➤ **Maintien d'un lien**

Néanmoins, nous voyons au sein de notre étude que certains patients reviennent au domicile familial. Parmi eux, certains n'avaient pas rompu totalement le contact, pour d'autres la survenue du cancer était un motif de reprise de contact.

Le retour au domicile familial pour une prise en charge est facilité par la compassion des familles. Face au pronostic du cancer qui annonce souvent une fin de vie proche, la famille et le patient trouvent la force de renouer.

Cette réunification peut être facilitée par les enfants de la personne SDF qui veulent également au travers de cette épreuve, essayer de garder une image d'un proche qu'ils n'ont pas côtoyé réellement. L'image du père ou de la mère absents du foyer est souvent une épreuve pour ces derniers, et il est important de recoller ce manque criant et souvent déstructurant, cela évite des crises identitaires. Ainsi en prenant en charge ce proche, ils tentent de renouer le dialogue et reconstruisent une partie de leur vie qui a été quelque peu gâchée par ce manque cruel.

+ CRITIQUE DE L'ÉTUDE

I. Forces :

I.1. Originalité de l'étude.

- A notre connaissance, aucun travail n'a été publié en France sur ce sujet. De ce fait, il est difficile d'avoir une comparaison avec d'autres études réalisées sur ce thème.
- L'étude met en avant des problématiques auxquelles les médecins généralistes sont peu formés durant leur cursus bien qu'ils puissent y être confrontés au décours de leur exercice.

I.2. Expérience de la personne collectant les données :

Cette étude a été réalisée grâce à un Médecin Généraliste qui travaille sur le terrain depuis plus de 25 ans.

Son implication au sein de CHRS a permis une meilleure collecte des données. Sa connaissance du terrain et de la Population étudiée a permis d'avoir une meilleure qualité dans l'analyse des données,

I.3. Force liée au lieu de recueil

- Le fait que les deux CHRS ayant permis le recueil des données prennent en charge des patients sans aucune restriction concernant leur état de santé, a permis une collecte sur une population plus variée de patients SDF.
- La cohésion entre le médecin généraliste bénévole, les spécialistes oncologues des hôpitaux et les différents acteurs du milieu médico-social travaillant au sein des deux CHRS permet de voir et suivre un grand nombre de patients dans ces CHRS, et donc d'en inclure davantage dans l'étude.

(nous rappelons que les CHRS ne sont pas souvent très organisés autour d'activités de soins)

II. Faiblesses :

II.1. Biais de sélection

- Un échantillonnage qui est faible, et qui peut dans ce contexte être critiqué car pas nécessairement représentatif.
- Une étude effectuée au sein de 2 CHRS qui ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des centres hébergeant des personnes SDF.
- La proximité d'un centre de cancérologie qui peut être un élément pouvant conduire à un biais du recrutement de ces patients (certains ayant pu être admis directement en Oncologie)

II.2. Biais de subjectivité

- Une prise en charge par un seul médecin, qui collecte également les données et qui peut avoir des idées peut-être préconçues sur la prise en charge de ces patients

II.3. Biais d'information

Compte tenu du peu d'études de qualité existantes sur la santé des personnes SDF, et de la pluralité de définition des personnes sans abris, les comparaisons de nos données, ont été faites avec d'autres études pour lesquelles la définition de "personne SDF" pouvait être différente de la notre.

Le rapport de l'INSERM en 2009, "La santé des personnes sans chez soi" explique bien : *"Depuis plus de 30 ans, la littérature scientifique internationale s'est attachée à décrire les problèmes de santé des personnes sans abri et leurs interactions avec le système de soins mais les différentes définitions employées rendent difficiles les comparaisons internationales et appellent à la prudence quand il*

s'agit d'extrapoler des constats d'un pays à l'autre. D'une façon générale, comme nous le verrons dans ce rapport, on ne dispose en France que de données scientifiques assez parcellaires qui contrastent avec l'accumulation d'enseignements et de témoignages issus des personnes elles-mêmes ou des dispositifs qui les prennent en charge.” (16)

II.4. Biais Statistique

Nos chiffres ont été collectés sur une durée de 6 ans et sont la plupart du temps mis en rapport avec des données collectées sur une année.

+ PERSPECTIVES

I. Préambule

Notre étude permet de mettre en lumière les travers d'une prise en charge des patients SDF ayant une pathologie néoplasique.

Dans ce contexte, nous voyons que les solutions proposées à ces patients ne sont pas du tout appropriées à leur état de santé dans la plupart des cas.

Seuls 15,1% (*cf graphique 7*) sont orientés vers une unité de convalescence qui leur permet d'avoir des soins prodigués avec un personnel qualifié et dans des conditions d'hygiène optimale.

II. Les solutions pour mieux prendre en charge ces patients

II.1. Lits d'accueil médicalisés (LAM)

Il existe des dispositifs qui permettent à ces patients d'être pris en charge de manière plus adaptée : les LAM (Lits d'Accueil Médicalisés).

“La création de ces structures fait suite au constat d'une inadéquation entre les besoins de soins des personnes SDF et l'offre de soins proposé par les LHSS³⁰. Ces derniers accueillent de nombreux patients souffrant de pathologies chroniques, de longue durée, ce qui n'était pas leur objectif, et laissent environ un tiers des personnes sortir sans projet d'hébergement. Un dispositif d'accueil sans limitation de durée, prévu pour accueillir un public précarisé souffrant de pathologies plus lourdes et chroniques, a donc été expérimenté.” (Les LAM). (100)

Ce dispositif est souvent regroupé avec les LHSS. Il bénéficie cependant de ressources propres plus conséquentes que celles allouées aux LHSS (115)

³⁰ LHSS : Lits halte soin santé

Ainsi, en 2021, dans le rapport publié par la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté intitulé “Dernier bilan d’étape national de la Stratégie pauvreté” (Rapport évaluant les actions menées sur 3 ans dans le cadre de cette stratégie), il est écrit au sujet des LAM et LHSS : “76,4 M € ont été versés dans le cadre de la stratégie pauvreté pour créer 1 450 nouveaux lits d’ici 2022, soit une hausse de 69 % de l’offre. Au 31 décembre 2019, cet objectif était atteint à 70 % avec 2 501 places financées.”(106)

Cependant sur le terrain, ces financements, bien que nécessaires, ne sont pas encore suffisants.

Notre étude, réalisée sur ces mêmes années (de 2015 à 2020), met en avant, l’absence de patients orientés vers des LAM.

Ce défaut d’orientation vers des LAM est secondaire à plusieurs raisons :

- **Leur financement** n’est pas le même que celui des LHSS. En effet, les LAM nécessitent un personnel paramédical, mais aussi médical dont la disponibilité doit être effective 24h/24, ce qui est coûteux.
- **Leur répartition** est très inégale (uniquement 20 structures sur l’ensemble du territoire français), et ne repose sur aucun schéma logique (*cf Carte en annexe 4*). Dans notre département ces lits n’existent pas.(107,108)
- La méconnaissance totale de nombreux professionnels de santé de leur existence, contribue à une **mauvaise valorisation** de ces structures

II.2. Accueil familial thérapeutique

Aucun patient dans notre étude n’a bénéficié d’un hébergement en famille d’accueil. Mais l’existence de cette solution originale mérite d’être évoquée. Il s’agit de familles qui sont formées pour l’accueil de patients. Elles n’assurent pas les soins mais permettent leur

organisation à domicile. Les familles d'accueil sont souvent dédiées aux enfants ou adolescents en difficulté. Il existe des structures adaptées aux patients plus âgés ou ayant des handicaps.(109) Certains sites internet permettent de les répertorier cependant ils s'adressent en premiers lieux aux problèmes de la vieillesse et du handicap sans forcément promouvoir un accès dédié aux personnes SDF. Dans ce contexte, certains sans abri ont pu mettre en route un site pour donner des adresses de famille d'accueil pour que cette population puisse être prise en charge. (110) De fait ces structures peuvent être un moyen de prendre en charge les patients ayant des néoplasies.

Cependant nous devons reconnaître que le nombre de ces familles d'accueil est assez réduit pour plusieurs raisons :

- Une rémunération qui n'est pas nécessairement à la hauteur, compte tenu du travail demandé.
- Le plus souvent, elles accueillent des patients sortant d'un service d'urgences, ou après une hospitalisation. (111) Cependant ils nous semblent que ces dispositifs sont plus adaptés à des soins de court ou moyen terme. Les soins sur du long terme sont envisagés, mais n'ont pas l'air de porter en priorité sur des pathologies dont le pronostic implique une probable gestion de fin de vie.
- Le fait que la famille d'accueil soit dans l'obligation d'être présente toute l'année et 24h/24, ce qui peut être harassant et à l'origine de syndromes d'épuisement.
- Une valorisation peu importante de ce dispositif par les organismes publics qui ont des difficultés à communiquer sur ce sujet.

II.3. Appartements de coordination thérapeutique (ACT)

“Créés pour offrir des solutions aux personnes atteintes du sida en situation de précarité, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale leur confère un statut d'établissement médico-social.” (112)

Les ACT sont destinés à des personnes atteintes de maladies chroniques en situation de

fragilité psychologique et/ou sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Certains sont spécialisés pour des personnes sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères.(113)

Aucun patient dans notre étude n'a pu bénéficier d'une prise en charge en ACT du fait d'une saturation du nombre de places disponibles ou de soins jugés trop lourds. Cependant cette option existe, et en 2016 une forte prévalence de patient admis l'étaient à cause d'un cancer. Dommage que l'accès à des places y soit variable.

En 2016, Jeremy Olivier dans le bilan national des ACT, met en avant une efficacité de ces dispositifs dans leur missions, mais également des refus d'admission pour des raisons de saturation de capacité et pour d'autres raisons moins compréhensibles

Parmi Les raisons relevées , il y a :

- *« **la personne est sans ressource** ». Pourtant le principe des ACT est d'héberger des personnes en situation de précarité. Néanmoins certains établissements ne peuvent équilibrer leur budget sans une contribution financière des résidents même minime”*
- *« **la personne est sans papier** ». Alors qu'aucune disposition n'empêche d'admettre une personne sans papier, l'établissement d'accueil est rebuté par la perspective des démarches à faire et la crainte de difficultés potentielles de sortie.*

Jeremy Olivier note que les personnes atteintes par un cancer auraient eu moins de chance d'intégrer le dispositif en Ile de France et il préconise de créer des places « cancers » (114)

+ CONCLUSION

Notre système de santé est pensé et organisé pour des personnes possédant un logement. La plupart des études de santé s'intéressent à des

personnes possédant un logement, ou ne prennent pas en compte les conditions de logement des personnes étudiées. A travers ce travail, nous avons voulu étudier les particularités des personnes SDF, confrontés à une pathologie lourde tel que le cancer..

Notre étude, du point de vue des caractéristiques médico-sociales, permet de découvrir un peu le monde singulier, isolé et souvent oublié, des personnes SDF.

C'est un monde dans lequel il est complexe de vivre, d'autant plus quand on est atteint d'une maladie grave.

Un monde, le plus souvent inconnu des acteurs de santé, pour qui, une connaissance du terrain nous semble indispensable pour mieux interagir avec cette population.

L'absence de logement impacte la prise en charge des ces patients, cela nécessite un lieu de soin adapté.

Il existe une volonté publique d'action : La précarité toujours grandissante dans notre pays, et l'augmentation de la population des personnes SDF, semble inciter les pouvoirs publics à y prêter davantage attention.

Cela se traduit, depuis plusieurs années, par la mise en place de diverses structures, pour répondre aux besoins de cette population : CHR, LHSS, LAM, ACT, AFT.

En réalité, notre étude montre que : malgré cette volonté de santé publique d'accès aux soins pour tous (notamment concernant le cancer), et les plans d'action contre la précarité, il y a encore beaucoup à faire.

- **Les familles** sont absentes le plus souvent.

- Des patients sont souvent seuls et laissés à la rue, sans que pour autant, leur problématique de santé soit résolue.
- Nous l'avons vu, **les CHRS** n'ont pas vocation à prendre en charge médicalement des patients, toutefois, leurs services sont parfois détournés.
- **Les LHSS** sont supposément adaptés aux soins de courte de durée, mais, comme pour les CHRS, leur usage est détourné au profit de prises en charge de patients atteints de maladie chronique.

Cela traduit le besoin de structures dédiées pour les prises en charge chroniques.

En l'occurrence, ce sont les LAM qui sont le plus adaptés (temps de séjour, personnel qualifié). Mais la **répartition des LAM**, n'est visiblement pas en adéquation avec la situation du terrain, car elles sont peu nombreuses.

Cette réalité est, selon nous, subordonnée au fait que développer les LAM implique de financer de manière adaptée et importante ces structures.

Notre étude s'inscrit dans une volonté de donner un peu plus de visibilité aux invisibles, aux oubliés, pour souligner leurs problèmes.

Nous croyons que des solutions de sortie de la précarité existent, tout comme nous savons que rien n'est acquis.

Nous sommes tous concernés, car nous pouvons tous, au gré de facteurs indépendants de notre volonté, nous retrouver à la rue. Un poster édité par la fondation Abbé Pierre met en avant cette possibilité (voir illustration 1 ci-dessous).

C'est pourquoi, au-delà des dispositifs mis en place par les politiques du pays, la prise de conscience individuelle de chaque citoyen est importante. Car chacun est susceptible de faire une différence à son échelle.

★ *Illustration 1 : poster édité par la fondation Abbé Pierre*



VU

Strasbourg, le 5 octobre 22

Le président du Jury de Thèse
(Signature)

Professeur Romain KESSLER

Romain Kessler
Professeur Romain KESSLER

Professeur de Médecine - Praticien Hospitalier
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG
Nouvel Hôpital Charles Serrin de Pneumologie
67091 STRASBOURG Cedex
Tel. 03 89 57 06 45 - Fax 03 89 57 18 74
Email: r.oma.kessler@chru-strasbourg.fr
N° RPPS : 12000425448

VU et approuvé

Strasbourg, le 07 OCT 2022

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

(Signature)

Professeur Jean SIBILIA



★ **ANNEXE 2 : Différents vécus de la rue**

Extrait de l'étude "Sexualité et relations affectives des personnes sans domicile fixe. Entre contraintes sociales et parcours biographiques" par Laporte et al :

Les auteurs répartissent leur population de personnes SDF en 2 groupes, selon leur "univers de signification". Ainsi pour un groupe les individus mènent des actions et ont une vision d'eux-même s'inscrivant quasi exclusivement dans le cadre de la vie SDF, alors que l'autre groupe est constitué de personnes qui ne situent pas leur discours dans l'univers de sens de la rue, ou qui se définissent par une appartenance à une catégorie distincte de celle de SDF. Les auteurs divisent encore ces populations en sous groupe.

Pour les personnes qui trouvent un sens au fait de vivre dans la rue, elles sont réparties en 4 sous-groupes selon les stratégies mises en place ou non pour sortir de la rue et selon leur réaction concernant l'étiquette SDF que leur attribue leur environnement. Les auteurs distinguent alors :

- les personnes qui refusent d'être qualifiées de SDF et qui font tout pour sortir de la rue
- les personnes qualifiées de "résignées" qui sont prêtes à saisir une opportunité pour en sortir mais reconnaissent que leur situation est complexe et qu'il sera difficile d'en sortir.
- les personnes qui semblent adopter la vie à la rue comme un mode de vie et ne cherchent pas à en sortir
- les personnes qualifiées de fatalistes, qui restent passives et sont certaines de rester sans-abri.

Chez les personnes dont l'univers de sens n'est pas la rue, trois groupes émergent selon leur manière de percevoir leur présence dans un centre d'accueil :

- Les personnes pour qui être dans un centre est une solution qui ne revêt aucune signification spéciale, c'est une "solution indifférente" en comparaison avec l'importance des événements passés les ayant menés là.
- Les personnes vivant le séjour comme une rupture biographique et pour qui la rue peut être soit un accident, plus ou moins grave par rapport à un parcours de formation, scolaire ou professionnelle, soit une opportunité pour passer à autre chose, quitter un mari ou un milieu dévalorisé et risqué.
- Les personnes pour qui l'hébergement est vécu comme partie intégrante d'une série ininterrompue d'épreuves et d'obstacles.(115)

Cette étude met en avant une palette de vécu différents pouvant donner des éléments d'explication sur le fait de choisir de vivre dans la rue.

★ **ANNEXE 3 : Tableau 4 : Tableau 15 dans Enquête sur les parcours des personnes****accueillies en LHSS et LAM EY – Rapport final par la DGCS – Octobre 2018**

Tableau 15. Synthèse des freins à l'accès dans les structures de sortie cités par les répondants					
Structure	Degré d'acceptation par la personne	Cadre d'accueil réglementaire de la structure	Reste à charge usager	Autre blocage identifié pour les sortants de LHSS/LAM	Leviers identifiés pour faciliter l'accueil
ACT		Inconditionnel Affiliation Sécurité Sociale	oui – forfait journalier fixé par arrêté et frais d'alimentation à la charge de la personne	Manque de places – certaines sont dédiées à certains publics Degré d'autonomie de la personne accueillie	
Un chez soi d'abord		Conditionnel (séjour régulier sur le territoire français) Pathologie mentale sévère Affiliation Sécurité Sociale	non		
EHPAD	Bas – vie en collectivité, moyenne d'âge	Conditionnel + de 60 ans Nationalité française ou titre de séjour Affiliation Sécurité Sociale	oui (aide sociale ASH après 65 ans, ou plus de 60 ans si la personne est reconnue inapte au travail)	Attitude/règlement à l'égard des addictions Refus de l'aide sociale Méconnaissance de ce public Age moyen de 85 ans (sortants de LHSS/LAM plus jeunes mais connaissant un vieillissement précoce)	- partenariats institutionnels / missions interfaces - visite de la structure / travail avec le sortant de LHSS/LAM - engagement de « reprise » par le LHSS - formation à la prévention des risques - formations croisées des professionnels
FAM	Variable	Conditionnel Orientation MDPH Nationalité française ou titre de séjour Affiliation Sécurité Sociale	oui (reste à charge sauf CMU-c, réduction de l'AAH)	Manque de places – peu d'entrants de 40- 50 ans Méconnaissance de ce public Attitude/règlement à l'égard des addictions – manque de formation à la prévention des risques	- partenariats institutionnels / missions interfaces - visite de la structure / travail avec le sortant de LHSS/LAM - engagement de « reprise » par le LHSS - formation à la prévention des risques - formations croisées des professionnels
MAS	Variable	Conditionnel Orientation MDPH Nationalité française ou titre de séjour Affiliation Sécurité Sociale	oui (reste à charge sauf CMU-c, réduction de l'AAH)	Manque de places – peu d'entrants de 40- 50 ans Méconnaissance de ce public Attitude/règlement à l'égard des addictions – manque de formation à la prévention des risques	- partenariats institutionnels / missions interfaces - visite de la structure / travail avec le sortant de LHSS/LAM - engagement de « reprise » par le LHSS - formation à la prévention des risques - formations croisées des professionnels
CHRS	Variable selon les conditions d'hébergement du CHRS	Inconditionnel (en principe – application variable selon les territoires)	oui – participation forfaitaire tenant compte des ressources (aide sociale)	Pas de priorisation des sortants de LHSS car déjà hébergés	- identification des sortants de LHSS - participation de LHSS aux commissions d'orientation
Résidence sociale		Conditionnel Nationalité française ou titre de séjour	oui redevance (APL)		- partenariats institutionnels - dispositifs interfaces pour « rassurer » les commissions d'admission
Pension de famille		Conditionnel Nationalité française ou titre de séjour	oui redevance (APL)		- partenariats institutionnels - dispositifs interfaces pour « rassurer » les commissions d'admission
SSR		Affiliation Sécurité Sociale	oui – couverture complémentaire	Refus d'accueil en l'absence de solution d'hébergement en sortie	

+ BIBLIOGRAPHIE

1. Panorama des cancers en France - Edition 2022 - Ref : PANOKFR2022 [Internet]. [cité 4 mai 2022]. Disponible sur:
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-Edition-2022>
2. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
3. Causes de décès selon le sexe | Insee [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385258#tableau-figure1>
4. Pr Laurent Zelek Dr Eurydice Angeli, Pr Guilhem Bousquet, Dr Boris Duchemann. Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. In: Cancérologie. 3^e éd. Med-Line Editions; 2021. p. 101-10.
5. Les outils pour accompagner le parcours personnalisé du patient - Parcours personnalisé du patient pendant et après le cancer [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur:
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Les-outils>
6. Dispositif d'annonce - Parcours de soins des patients [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur:
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce>
7. Traitements - Cancer du sein [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur:
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Traitements>
8. Traitements des métastases osseuses et des douleurs - Cancer de la prostate [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur:
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Traitements-des-metastases-osseuses-et-des-douleurs>
9. Lee S. Statistiques de survie pour le cancer de la prostate [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur:
<https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/prostate/prognosis-and-survival/survival-statistics>
10. Intervenants paramédicaux - Les professionnels [Internet]. [cité 17 mai 2022]. Disponible sur:
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Parcours-de-soins/Les-professionnels/Intervenants-paramedicaux>
11. Blackwood O, Deb R. Multidisciplinary team approach in breast cancer care: Benefits and challenges. Indian J Pathol Microbiol. 1 févr 2020;63(5):105.
12. Marmorat T, Rioufol C, Ranchon F, Caffin AG, Préau M. Expériences médicamenteuses et expériences du cancer. L'appropriation des anticancéreux oraux par les patients. Sci Soc Santé. 2018;36(2):73-96.
13. Camus G, Jandard V, Caffin AG, Bohand X. Effets indésirables des médicaments anticancéreux utilisés en pneumologie. Rev Mal Respir Actual. 1 sept 2013;5(5):367-74.
14. Bouleuc C. La demande d'hospitalisation en urgence des patients atteints de cancer en phase palliative. Laennec. 2010;58(2):48-58.
15. Définition - Sans-domicile | Insee [Internet]. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>
16. 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 [Internet]. La Documentation française; 2010 [cité 27 juin 2022]. 231 p. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00452211>
17. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 18 juin 2022]. Disponible sur:

- <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>
18. Connaître les personnes sans domicile est encore plus important que les dénombrer - Le blog de l'Insee [Internet]. 2021 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://blog.insee.fr/connaître-les-personnes-sans-domicile-est-encore-plus-important-que-les-dénombrer/>
 19. Rapport_VF_maquette_2.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_VF_maquette_2.pdf
 20. Baggett TP, Chang Y, Porneala BC, Bharel M, Singer DE, Rigotti NA. Disparities in Cancer Incidence, Stage, and Mortality at Boston Health Care for the Homeless Program. *Am J Prev Med.* nov 2015;49(5):694-702.
 21. Benoist Y. Vivir en la calle y acceder a la salud. *Sci Soc Sante.* 2008;26(3):5-34.
 22. Guy Darcourt. adsp n° 105 - Recommandation, obligation et consentement en santé [Internet]. 2018 [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=167>
 23. Dorvil H. Louise Fournier et Céline Mercier (dir.), Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype, Montréal, Les Éditions du Méridien, 1996, 341 p. *Cah Rech Sociol.* 1996;(27):203.
 24. Salit SA, Kuhn EM, Hartz AJ, Vu JM, Mosso AL. Hospitalization costs associated with homelessness in New York City. *N Engl J Med.* 11 juin 1998;338(24):1734-40.
 25. Ku BS, Scott KC, Kertesz SG, Pitts SR. Factors associated with use of urban emergency departments by the U.S. homeless population. *Public Health Rep Wash DC* 1974. juin 2010;125(3):398-405.
 26. Santé et soins des personnes sans abri [Internet]. *Revue Medicale Suisse.* [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-533/sante-et-soins-des-personnes-sans-abri>
 27. Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) - Le site du CNLE [Internet]. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/les-centres-d-hebergement-et-de.html>
 28. Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) : Tous les établissements de type Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) [Internet]. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-hebergement-reinsertion-sociale-c-h-r-s-214.html>
 29. Données globales d'épidémiologie des cancers - Epidémiologie des cancers [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>
 30. Cancers SANTE PUB Lien vers Estimation 90-18 [Internet]. [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
 31. U.S. Cancer Statistics: Highlights from 2019 Incidence | CDC [Internet]. 2022 [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/cancer/uscs/about/data-briefs/no29-USCS-highlights-2019-incidence.htm>
 32. 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 Lond Engl.* 25 oct 2014;384(9953):1529-40.
 33. Espérance de vie - Mortalité - Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937#tableau-figure2>
 34. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* juin 2009;38(3):877-83.
 35. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric Syndromes in Older Homeless Adults. *J Gen Intern Med.* janv 2012;27(1):16-22.
 36. McDonald L, Dergal J, Cleghorn L. Living on the margins: older homeless adults in

- Toronto. *J Gerontol Soc Work*. 2007;49(1-2):19-46.
37. 2018 AHAR: Part 1 - PIT Estimates of Homelessness in the U.S. [Internet]. [cité 27 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.hudexchange.info/resource/5783/2018-ahar-part-1-pit-estimates-of-homelessness-in-the-us>
 38. L'enquête sans-domicile 2001 | Insee [Internet]. [cité 27 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2579262>
 39. Nilsson SF, Nordentoft M, Hjorthøj C. Individual-Level Predictors for Becoming Homeless and Exiting Homelessness: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. oct 2019;96(5):741-50.
 40. Le personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/le-personnel-des-centres-dhebergement-pour-adultes-et>
 41. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(1):7-33.
 42. Holowatyj AN, Heath EI, Pappas LM, Ruterbusch JJ, Gorski DH, Triest JA, et al. The Epidemiology of Cancer Among Homeless Adults in Metropolitan Detroit. *JNCI Cancer Spectr*. mars 2019;3(1):pkz006.
 43. Baggett TP, Tobey ML, Rigotti NA. Tobacco Use among Homeless People — Addressing the Neglected Addiction. *N Engl J Med*. 18 juill 2013;369(3):201-4.
 44. Cancer du foie (CHC) | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/cancer-du-foie-chc>
 45. Cancer of the Liver and Intrahepatic Bile Duct - Cancer Stat Facts [Internet]. SEER. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/livibd.html>
 46. Addiction à l'alcool | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/addiction-lalcool#qa1463>
 47. Alcoolodépendance - symptômes, causes, traitements et prévention [Internet]. VIDAL. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/alcool-dependance.html>
 48. Alcohol Abuse Statistics [2022]: National + State Data [Internet]. NCDAS. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://drugabusestatistics.org/alcohol-abuse-statistics/>
 49. SPF. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-en-2020-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france>
 50. CDC. Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm
 51. Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [Internet]. Observatoire du Samu social; 2004 [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
 52. Baggett TP, Chang Y, Singer DE, Porneala BC, Gaeta JM, O'Connell JJ, et al. Tobacco-, Alcohol-, and Drug-Attributable Deaths and Their Contribution to Mortality Disparities in a Cohort of Homeless Adults in Boston. *Am J Public Health*. juin 2015;105(6):1189-97.
 53. Le cancer de la prostate - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate>
 54. Cancer du colon rectum [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur:

- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum>
55. Moreau de Bellaing L. L'alimentation chez les sans domicile fixe. *J Anthropol Assoc Fr Anthropol.* 1 juin 1998;(74):135-41.
 56. Cancer du sein - Age - Facteurs de risque [Internet]. e-cancer. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque/Age>
 57. Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H. Précarités, risque et santé. 2003;6.
 58. Collet M. Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins des consultants. 2006;168.
 59. OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE DE MEDECINS DU MONDE. :218.
 60. 85 percent of homeless people have chronic health conditions [Internet]. ScienceDaily. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedaily.com/releases/2011/08/110824122906.htm>
 61. Kovess V, Mangin Lazarus C. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* nov 1999;34(11):580-7.
 62. Olivier CHA La santé des sans-abri [Internet]. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/09/pages-de-277-292.pdf>
 63. Che D, Bitar D, Desenclos JC. [Epidemiology of tuberculosis in France]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. nov 2006;35(11 Pt 2):1725-32.
 64. SPF. Tuberculose chez les sans domicile fixe à Paris : mise en oeuvre de la stratégie DOT, Directly Observed Therapy. Numéro thématique. Le point sur la tuberculose [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/ile-de-france/tuberculose-chez-les-sans-domicile-fixe-a-paris-mise-en-oeuvre-de-la-strategie-dot-directly-observed-therapy.-numero-thematique.-le-point-sur-la>
 65. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands | *International Journal of Epidemiology* | Oxford Academic [Internet]. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ije/article/36/4/761/667374?login=true>
 66. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *The BMJ.* 15 mars 2016;352:i1030.
 67. SDF : Aspect psychopathologique et comportement – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/sdf-aspect-psychopathologique-et-comportement/>
 68. Un chez soi d'abord [Internet]. Ministères Écologie Énergie Territoires. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/chez-soi-dabord>
 69. Allocation aux adultes handicapés (AAH) [Internet]. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.action-sociale.org/spfiche.php?f=F12242-Allocation-aux-adultes-handicap%C3%A9s-%28AAH%29>
 70. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? [Internet]. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>
 71. Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>
 72. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-recours-aux-soins-des-sans-domicile-neuf-sur-dix-ont-consulte>
 73. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD en 2019 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019>

74. Personnes en affection de longue durée (ALD) - data.gouv.fr [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/personnes-en-affection-de-longue-duree-ald/>
75. Aide médicale de l'État et soins urgents [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>
76. Présentation générale des dispositifs d'aide (Protection universelle maladie, PUMA, Complémentaire santé solidaire, CMU-C, ACS, AME) [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/les_droits_a_la_couverture_maladie.php
77. Protection universelle maladie [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
78. DemarchesAdministratives.fr. Demander la protection universelle maladie (PUMA) : les démarches à effectuer [Internet].
<https://demarchesadministratives.fr/demarches/beneficier-de-la-protection-universelle-maladie-puma-comment-en-faire-la-demande>. DemarchesAdministratives.fr; 2018 [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://demarchesadministratives.fr/demarches/beneficier-de-la-protection-universelle-maladie-puma-comment-en-faire-la-demande>
79. Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) | Centre Hospitalier de Béziers [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.ch-beziers.fr/permanence-dacces-aux-soins-de-sante-pass>
80. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
81. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pas-s>
82. Peut-on encore demander l'aide pour une complémentaire santé (ACS) ? [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13375>
83. Rapport 17-05. Précarité, pauvreté et santé – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur:
<https://www.academie-medecine.fr/precarite-pauvrete-et-sante/>
84. Fusion CMU-C/ACS : naissance de la C2S [Internet]. Les CDF. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://lescdf.fr/fusion-cmu-cacs-au-1er-novembre-2019-naissance-de-la-css>
85. PUMA, la protection universelle maladie : quels changements ? [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/conseil-cmu-et-puma-quels-sont-les-changements>
86. Renouveler votre dossier de Complémentaire santé solidaire | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/adresses-et-contacts/l-aide-pour-une-complementaire-sante/renouveler-votre-dossier-de-complementaire-sante-solidaire>
87. Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16871>
88. FrC G. Délai de carence pour l'accès à la santé des demandeurs d'asile : une mesure aux multiples impacts [Internet]. Forum réfugiés - Cosi. [cité 22 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.forumrefugies.org/s-informer/publications/articles-d-actualites/en-france/565-delai-de-carence-pour-l-acces-a-la-sante-des-demandeurs-d-asile-une-mesure-aux-multiples-impacts>
89. Demandeur d'asile [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur:

- <https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/droits-demarches/europe-international/protecti-on-sociale-france/demandeur-d-asile>
90. Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'Etat [Internet]. vie-publique.fr. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.vie-publique.fr/rapport/28440-rapport-sur-levolution-de-laide-medicale-detat>
 91. Chapitre 1er : Droit à l'aide médicale de l'Etat. (Articles L251-1 à L251-3) - Légifrance [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006157607/
 92. Nationale A. Proposition de loi n° 5210 visant à moderniser les dispositifs rattachés à l'aide médicale de l'État pour une meilleure traçabilité financière et migratoire [Internet]. Assemblée nationale. [cité 20 août 2022]. Disponible sur:
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b5210_proposition-loi
 93. Affection Longue Durée (ALD) [Internet]. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>
 94. Assurance maladie d'un étranger en France [Internet]. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur:
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12859>
 95. jd. « Zéro SDF : un objectif souhaitable et atteignable », Droit social, n° 3, 2008, pp. 349-359. | Julien Damon – – – Éclairs [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur:
<http://eclairs.fr/zero-sdf-un-objectif-souhaitable-et-atteignable-droit-social-n-3-2008-pp-349-359/>
 96. Girard V, Sarradon-Eck A, Payan N, Bonin JP, Perrot S, Vialars V, et al. Analyse de l'activité d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) : des urgences médicopsychiatriques dans la rue à la pratique d'hospitalisation à domicile pour des personnes sans domicile. Presse Médicale. 1 mai 2012;41:e226-37.
 97. La santé en France 1994-1998 [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=18>
 98. Pascale Pichon, Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe. :6.
 99. Hébergement d'urgence : renforcer le pilotage pour mieux maîtriser les financements [Internet]. [cité 25 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.senat.fr/rap/r18-614/r18-6144.html>
 100. Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés et les lits halte soins santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 25 août 2022]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/lutte-contre-l-exclusion/article/enquete-sur-les-parcours-des-personnes-accueillies-dans-les-lits-d-accueil>
 101. recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf [Internet]. [cité 25 août 2022]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf
 102. Lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 mai 2022]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-sociales-et-medico-sociales/article/lits-halte-soins-sante-et-lits-d-accueil-medicalises>
 103. Les familles de personnes sans abri, si loin, si proches. La Croix [Internet]. 8 déc 2008 [cité 24 juin 2022]; Disponible sur:
https://www.la-croix.com/Actualite/France/Les-familles-de-personnes-sans-abri-si-loin-si-proches-_NG_-2008-12-08-681130
 104. Firdion JM, Marpsat M. 4 - Le lien familial des personnes sans domicile : entre soutien et obstacle. In: L'intégration inégale [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2014 [cité 24 juin 2022]. p. 77-96. (Le Lien social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-integration-inegale--9782130563334-p-77.htm>
 105. LE JEUNE SDF - Socioanalyse de la précarité, Michel Giraud - livre, ebook, epub

- [Internet]. [cité 25 août 2022]. Disponible sur:
https://www.editions-harmattan.fr/index_harmattan.asp?navig=catalogue&obj=livre&razSqiClone=1&no=17133
106. Bilan d'étape de la Stratégie pauvreté - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/bilan-d-etape-de-la-strategie-pauvrete/>
107. Lits d'Accueil Médicalisés : Tous les établissements de type Lits d'Accueil Médicalisés [Internet]. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur:
<https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/lits-d-accueil-medicalises--l-a-m--213.html>
108. Lits d'Accueil Médicalisés : Répartition par région des établissements de type Lits d'Accueil Médicalisés [Internet]. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur:
<https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/lits-d-accueil-medicalises--l-a-m--213/Repartition.html>
109. Trouver une famille d'accueil pour personne âgée ou handicapée [Internet]. CetteFamille. [cité 24 juin 2022]. Disponible sur:
<https://www.cettefamille.com/services/aidants/>
110. Cet ancien SDF a créé un site pour trouver des familles d'accueil aux sans-abri ! [Internet]. Citizenpost. 2021 [cité 24 juin 2022]. Disponible sur:
<https://citizenpost.fr/cet-ancien-sdf-a-cree-un-site-pour-trouver-des-familles-daccueil-aux-sans-abri/>
111. L'accueil familial thérapeutique (AFT) - Famidac [Internet]. [cité 25 août 2022]. Disponible sur: <https://www.famidac.fr/?L-accueil-familial-therapeutique>
112. recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf
113. les_appartements_de_coordination_therapeutique_cle144b57.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur:
http://outil2amenagement.cerema.fr/IMG/pdf/les_appartements_de_coordination_therapeutique_cle144b57.pdf
114. Sueley. Bilan national 2016 [Internet]. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur:
<https://www.sante-habitat.org/la-federation/bilan-national-des-act/item/941-bilan-national-2016>
115. Oppenchain N, Pourette D, Le Méner E, Laporte A. Sexualité et relations affectives des personnes sans domicile fixe. Entre contraintes sociales et parcours biographiques. *Sociologie*. 2010;1(3):375-91.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : REGNIAT

Prénom : ARTHUR

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une oeuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Né pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'oeuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales qui m'incombent en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales qui m'incombent en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 05/10/12

Copie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.