Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DGCS

EVALUATION DU DISPOSITIF LITS HALTES SOINS SANTE (LHSS)

Rapport final – version définitive

12 Février 2013

Elise PICON – Dr Nadine SANNINO
Béatrice MINET- Anne-Cécile HENOCQ – Romain SEIGNEUR

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Le présent document a été rédigé à la demande de :

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE
SERVICE DES POLITIQUES D'APPUI
SOUS-DIRECTION DE L'INCLUSION SOCIALE, DE L'INSERTION ET DE LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE
BUREAU DE L'URGENCE SOCIALE ET DE L'HEBERGEMENT

Dans le cadre du marché n°2012-1700007375 visant à « finaliser un protocole méthodologique qui servira de base à l'évaluation des structures dénommées lits haltes soins santé (LHSS) et à réaliser cette évaluation ».

Le marché a été notifié le 13/02/2012 au groupement conjoint suivant :

SARL SCOP « ITINERE CONSEIL » (mandataire)
Adresse : 34 rue Jean Broquin 69006 LYON
Tél : 04 37 24 24 10 Fax : 04 37 24 36 03
Mail : flecouturier@itinere-conseil.com
N° SIRET : 532 521 242 00026

&

EURL « EFECT »
Adresse : 74bis Cours Gambetta
13 100 AIX EN PROVENCE
Tel : 04 86 68 55 20 Fax : 04 86 68 55 21
Mail : nadine.sannino@efect.fr
N° SIRET : 497 935 320 00026

Sommaire

LE CONTEXTE ET LA COMMANDE....8
LE CONTEXTE....8
LA COMMANDE....9

LES DIFFERENTES ETAPES DE LA MISSION....11

LE CONTENU DU DOCUMENT....15

A-I –L'ENQUÊTE « STRUCTURES »....17
RAPPEL METHODOLOGIQUE....17
LA QUALITE DES REPONSES....17

A-II –L'ENQUÊTE « PATIENTS »....18
RAPPEL METHODOLOGIQUE....18
LA QUALITE DES REPONSES....19

A-III –LES ETUDES DE CAS....22
RAPPEL METHODOLOGIQUE....22
LA QUALITE DES REPONSES....23

B-I – LES TERRITOIRES D'IMPLANTATION DES LHSS....25
UNE CONCENTRATION SUR QUELQUES REGIONS....25
UN CERTAIN MAILLAGE DU TERRITOIRE NATIONAL....26

B-II – LA TAILLE DES LHSS....26
UNE MAJORITE DE STRUCTURES DE PETITE TAILLE....26
DEPUIS 2009, UNE TENDANCE A L'OUVERTURE DE STRUCTURES PLUS PETITES....27
DES ASSOCIATIONS DE PETITE TAILLE DANS LE CHAMP DE L'HEBERGEMENT, COTOYANT DE GRANDES STRUCTURES DANS LE DOMAINE SANITAIRE....29

C-I – L'ORIENTATION ET L'ADMISSION EN LHSS....32
LES DEMANDES D'ADMISSION EN LHSS....32
L'entrée dans le dispositif : un taux d'admission qui interroge la qualité des orientations mais aussi la capacité d'accueil des LHSS....32
Un nombre de refus relativement élevé motivé, pour près d'un tiers, par l'absence de lit disponible....33
Des taux d'occupation élevés....36
LA PROVENANCE DES PERSONNES ACCUEILLIES....37
Un adressage majoritairement à l'initiative d'établissements sanitaires....37
Mais un rôle non négligeable du secteur social dans les orientations....38
LES MODALITES D'ORIENTATION ET D'ADMISSION EN LHSS....40
Un mode d'orientation largement privilégié : l'orientation directe....40
Conformément au cahier des charges, l'admission s'effectue pour des raisons médicales sur avis médical....41
Une appréciation variable de la lourdeur des situations amenant à l'admission ou au rejet de la candidature....43

Des gestionnaires également attentifs à trouver un équilibre au sein du collectif crée par les admissions. 44

C-II - L'ACCUEIL DANS LES LHSS 46

UN EFFORT DES OPERATEURS DES LHSS POUR PROPOSER AU MOINS A MINIMA UN CADRE CONFORTABLE 46
UN ACCUEIL POSSIBLE DU CONJOINT DANS PLUS DE LA MOITIE DES STRUCTURES 48
DES MODALITES DE GARDE ET D'ASTREINTE MAJORITAIREMENT PREVUES 49

C-III – LES SEJOURS ET LES SORTIES DU DISPOSITIF LHSS 50

LES CARACTERISTIQUES DES SEJOURS EN LHSS 50
Des séjours multiples relativement peu fréquents sauf au Samu Social de Paris 50
Des séjours d'une durée inférieure ou égale à 2 mois dans 70% des cas 51
Une durée de séjour principalement justifiée par la pathologie d'admission 52
LES SORTIES DU DISPOSITIF LHSS 55
La majorité des sorties correspond à une fin de prise en charge 55
Les sorties se réalisent en majorité vers la rue et les structures d'hébergement 56
Un effet ressenti très marqué concernant l'accès à une couverture sociale mais plus restreint concernant la stabilisation de l'état de santé 58

D-I - LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES ACCUEILLIES 63

UN PUBLIC TRES MAJORITAIREMENT MASCULIN ET PLUTOT AGE 63
UNE PERTE DE DOMICILE FIXE GENERALEMENT PLUTOT RECENTE 64
UNE PROPORTION TRES IMPORTANTE DE PERSONNES SANS RESSOURCES A L'ENTREE DANS LE DISPOSITIF 65
UNE COUVERTURE ASSURANTIELLE ABSENTE A L'ENTREE EN LHSS POUR PRES D'UN QUART DES PATIENTS ENQUETES 65

D-II – ETAT DE SANTE DES BENEFICIAIRES 66

OBJECTIFS DU SEJOUR ET PRINCIPAL MOTIF D'ADMISSION 66
Toutes pathologies ou états sanitaires confondus, le repos et la convalescence comme principaux objectifs déclarés des séjours en LHSS 66
Malgré un état de santé globalement stabilisé, deux motifs principaux d'admission qui interrogent la mobilisation des soins de suite pour les personnes en exclusion. 67
LES PROBLEMATIQUES DE SANTE DES PERSONNES ACCUEILLIES 69
Largement plus de la moitié des personnes accueillies ont déjà des pathologies chroniques et/ou des addictions connues 69
Une ou des comorbidités découvertes au cours du séjour pour près de 65% des patients accueillis 71

E-I – L'ACTIVITE INTERNE DES LHSS 75

LES MOYENS HUMAINS 75
Un taux d'encadrement par lit en légère baisse sur la période 2006-2010 76
Une répartition des fonctions différenciée selon la taille de la structure 76
Un taux global d'encadrement par lit plus faible dans les associations 77
Une mobilisation plus importante de salariés de la structure porteuse (hors LHSS) dans les dispositifs de petite taille 78
D'autres professionnels interviennent notamment dans les centres hospitaliers et les associations dont l'activité principale est la santé 80
L'ACTIVITE MEDICALE ET PARAMEDICALE DES LHSS 80

Des consultations très régulières avec le médecin du LHSS 80
Des soins infirmiers corrélés au motif principal d'admission 81
L'AIDE AUX ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE 82
Seulement un quart des patients n'ont besoin d'aucune aide aux actes essentiels de la vie quotidienne 82
Une aide à la prise de médicament nécessaire quasiment systématiquement mais des besoins qui varient en fonction des objectifs du séjour 82
L'ACTIVITE SOCIALE ET SOCIOEDUCATIVE 85
Une prise en charge sociale quasi systématique et très souvent orientée vers la recherche d'une solution d'hébergement 85
Un accompagnement socio-éducatif important pour l'articulation entre prise en charge sanitaire, prise en charge sociale et prise en charge socio-éducative 87

E-II – LES SOINS REALISES PAR DES INTERVENANTS EXTERIEURS..... 89
LE PARTENARIAT 89
Deux partenaires principaux et incontournables : l'hôpital et la pharmacie 89
Peu de formalisation avec les partenaires 90
LES ACTES MEDICAUX REALISES EN LIEN AVEC DES PATHOLOGIES SOMATIQUES 91
Hors soins infirmiers et consultations du médecin du LHSS, une activité médicale et paramédicale principalement centrée sur les prélèvements biologiques, la kinésithérapie et la dermatologie 91
Des actes de biologie réalisés en lien avec le motif principal d'admission ou dans le cadre d'un bilan 95
Des motifs principaux d'admission qui n'influent pas spécifiquement sur le nombre d'actes d'imagerie pratiqués 96
Des consultations d'ophtalmologie et de dentiste liées à la réalisation de bilans 96
LES CONSULTATIONS POUR MOTIFS PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOLOGIQUES 97
Une prise en charge psychologique très fréquente mais qui n'est pas systématiquement assurée par un partenaire spécialisé 97
Des consultations spécialisées qui concernent plus d'un tiers des patients et qui correspondent dans la moitié des cas à une première visite 97
Des consultations multiples dans la grande majorité des situations, réalisées principalement par des professionnels du secteur public 98
LES CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE 98
Des consultations correspondant le plus souvent à une problématique déjà connue, voire suivie 98
Des consultations multiples dans la majorité des situations, réalisées principalement par un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) 99
LES AUTRES RECOURS AU COURS DU SEJOUR SELON L'ENQUETE « PATIENTS » 99
DEUX MOYENS NECESSAIRES A L'EFFICACITE DES PRISES EN CHARGE : LE RESEAU DU MEDECIN RESPONSABLE ET L'EXISTENCE D'UN PARTENARIAT ORGANISE 100

F-I – LE COUT DE FONCTIONNEMENT DES LHSS 104
UN COUT ANNUEL MOYEN DE FONCTIONNEMENT PAR LIT S'ELEVANT A 36 723 € EN 2011 104
UN COUT MOYEN DE FONCTIONNEMENT PAR LIT QUI VARIE PEU EN FONCTION DU STATUT DE L'OPERATEUR, A L'EXCEPTION DU GIP 105
UN COUT ANNUEL MOYEN DE FONCTIONNEMENT / LIT QUI AUGMENTE EN FONCTION DES RESSOURCES HUMAINES MOBILISEES ET DU NOMBRE DE LITS 106

LE STATUT D'OCCUPANT ET LES MISES A DISPOSITION FONT PEU VARIER LE COUT DE FONCTIONNEMENT PAR LIT 107
LE COUT MOYEN DE FONCTIONNEMENT PAR AN ET PAR LIT AUGMENTE LEGEREMENT AVEC LA TAILLE DE LA COMMUNE D'IMPLANTATION ET VARIE FORTEMENT SELON LES REGIONS 108
LA MASSE SALARIALE REPRESENTE PLUS DE LA MOITIE DES COUTS DE FONCTIONNEMENT 110

F-II – LA DOTATION DES LHSS 111
UNE COUVERTURE DES DEPENSES PAR LA DOTATION ONDAM A NUANCER 111
DES COFINANCEMENTS TRES RARES 113

G – SYNTHESE 115

H-I – LES REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES 123
MALGRE DES ORIENTATIONS PARFOIS INAPPROPRIEES, DES ADMISSIONS ADAPTEES AUX FINALITES DU DISPOSITIF 123
Malgré une évolution positive, des orientations inappropriées en quantité encore non négligeable 123
Des critères et modalités d'admission globalement conformes au cahier des charges 124
UNE QUALITE DE SERVICE SATISFAISANTE MAIS POUVANT FAIRE L'OBJET D'AMELIORATIONS 125
Une compréhension hétérogène de l'équilibre à trouver entre prise en charge sanitaire et prise en charge sociale 125
Sur certains sites, un problème de clarification des rôles entre les intervenants internes à la structure 126
Un problème d'aménagement des locaux sur certains sites compliquant parfois la prise en charge sanitaire 127
UN PARTENARIAT EFFICACE A L'ENTREE ET AU COURS DU SEJOUR EN LHSS, BEAUCOUP MOINS A LA SORTIE DU DISPOSITIF 128
UN FONCTIONNEMENT ET UN CONTEXTE D'INTERVENTION QUI PERMETTENT DIFFICILEMENT DE GARANTIR LA CONTINUITE DES PRISES EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE 129
UN DISPOSITIF QUI NECESSITE UNE ATTENTION POUR PARVENIR A L'EQUILIBRE BUDGETAIRE 130
Une nécessaire mutualisation des moyens pour équilibrer le budget 130
Une enveloppe ONDAM utilisée de manière hétérogène par les établissements et qui couvrent les frais à condition d'accueillir en proportion non négligeable des personnes ayant leurs droits ouverts 130

H-II – CONCLUSION GENERALE 131
LA PLUS-VALUE DU DISPOSITIF LHSS 131
UN NOMBRE DE PLACES LHSS INFERIEURS AUX BESOINS PRESSENTIS 132

I – RECOMMANDATIONS 133

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 137
Les entretiens de cadrage 137
Les entretiens exploratoires pour l'élaboration des questionnaires 137
Les entretiens réalisés lors des études de cas 138

QUESTIONNAIRE « STRUCTURES » 143

QUESTIONNAIRE « PATIENTS » 168

INTRODUCTION

LE CONTEXTE ET LA COMMANDE

LE CONTEXTE

Le dispositif des Lits Haltes Soins Santé (LHSS) a été **créé en 2005, suite à l'expérimentation des lits infirmiers initiée en 1993** par le Samu Social de Paris, où intervenait l'association Médecins du Monde. Il s'agissait d'accueillir des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessitait un temps de repos ou de convalescence sans justifier d'une hospitalisation (tuberculose, pathologies aigües ponctuelles telles grippe, angine, suites opératoires,…) afin de les soigner.

Dans le même esprit, **les LHSS visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale ainsi que du repos à des personnes sans domicile fixe qui ne nécessitent toutefois pas une prise en charge hospitalière.**

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 a souhaité donner un statut juridique à ce dispositif. Les Lits Haltes Soins Santé ont ainsi été créés par la Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006 (article 50). Deux décrets et la circulaire N°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 ont par la suite précisé les modalités d'organisation et de financement du dispositif.

Le dispositif est par ailleurs encadré par un cahier des charges, qui prévoit, entre autres, que :

- Aucune situation administrative donnée n'est requise pour accéder au dispositif LHSS. Toutefois, les personnes adressées ne doivent pas être mineures.
- Les personnes accueillies en LHSS bénéficient d'un hébergement, de soins médicaux et paramédicaux, d'un suivi thérapeutique, d'un accompagnement social, de prestations d'animation et d'éducation sanitaire.
- Les lits peuvent être regroupés en un lieu spécifique ou non.
- Ils ne sont pas dédiés à une pathologie donnée.
- Lorsqu'ils sont regroupés sur un site unique, les lits haltes soins santé doivent être mixtes et accueillir tous types de public. Intégrés dans un dispositif sanitaire, médico-social ou social, les conditions de l'accueil du dispositif s'appliquent aux LHSS.
- Le cas échéant, un mode d'accueil du conjoint ou des enfants, voire d'animaux doit être prévu.

Les LHSS font partie des établissements et services sociaux et médicosociaux consacrés par la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Sur la période 2006–2011, 1 171 lits répartis sur 114 sites, dans 106 structures ont été créés. Les derniers ont été autorisés en juin 2011. L'objectif fixé par le CILE d'avril 2006 de créer 1000 lits sur 5 ans a donc été atteint. A noter que les 170 lits du Samu Social de Paris qui préexistaient au dispositif LHSS ont également été autorisés dans ce cadre.

Concernant la création des LHSS, une commission nationale composée de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) a été mise en place, pour analyser, après avis favorable du comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), les projets de création de LHSS déposés dans le cadre d'un appel à projets diffusés par les DRASS et les DDASS. Les décisions favorables s'accompagnaient de la notification des crédits spécifiques aux DRASS concernées.

En 2011, les LHSS sont financés par l'ONDAM[1] médico-social spécifique à hauteur de 102€/jour/lit, que le lit soit occupé ou non, contre 90€ au moment de la création du dispositif en 2005.

Six ans après leur instauration, il semble opportun de questionner les résultats attendus des LHSS. La circulaire de 2006 établissait que les LHSS devaient permettre d'éviter le renoncement aux soins, les hospitalisations itératives ainsi que le refus de prise en charge, de consultation ou de traitement. En effet, la création des LHSS est intervenue à un moment où les hospitalisations sont de plus en plus courtes et les structures sociales amenées à accueillir des publics souffrant de pathologies de plus en plus lourdes et multiples. Elle a alors pu représenter une réponse adéquate. Néanmoins, elle semble à son tour se heurter à l'insuffisance de structures adaptées ou prêtes à accueillir des personnes sans domicile fixe une fois résolu la pathologie aigüe, qu'il s'agisse de structures d'hébergement ou d'établissements spécialisés pour personnes âgées ou handicapées, par exemple. Ainsi, les LHSS assurent parfois le rôle de Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) ou d'Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) selon le rapport Girard sur la santé des sans chez soi (2009) et ne répondent plus à leur objectif initial : donner une réponse sanitaire à des pathologies qui seraient traitées à domicile si la personne disposait de ce chez soi. .

LA COMMANDE

Les enjeux de l'évaluation sont de plusieurs ordres :

- Les LHSS ont démontré leur utilité, en particulier dans le cadre de l'évaluation en continu conduite par la DGCS entre 2006 et 2008. Cependant, ils ne peuvent pas répondre à l'ensemble des besoins sanitaires des personnes en situation d'exclusion. Par conséquent, il était **nécessaire d'analyser la complémentarité de ce dispositif avec d'autres acteurs de la prise en charge sanitaire** (droit commun, Permanences d'Accès aux Soins de Santé, consultations de Médecins de Monde ou autres,…) **et sociale des publics démunis**, afin d'identifier les relais à passer et les besoins non couverts.
- Les LHSS ont dû adapter leur activité et leur fonctionnement à la réalité du terrain. Des écarts peuvent donc être constatés par rapport à ce que prévoit le cahier des charges établi en 2006. L'évaluation devait permettre d'une part de **comprendre les raisons de ces écarts** et d'autres part, mettre en évidence :
    - Les points sur lesquels il est important de réaffirmer ce que prévoit le cahier des charges ;
    - Les points sur lesquels un assouplissement du cahier des charges peut être attendu ;
    - Les points sur lesquels le cahier des charges doit être précisé et complété.

[1] ONDAM : Objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie

Concernant les écarts constatés, une **attention particulière** a été portée :

- Quant à la prise en compte des **pathologies chroniques sous jacentes ;**
- Quant à la prise en compte des **pathologies psychiatriques** ;
- Quant à la prise en compte de la **problématique psychique ou psychosociale** ;
- Quant à la prise en compte des **problèmes d'addiction**;
- Quant aux **pathologies prises en charge de manière effective dans les LHSS** ;
- Quant aux **risques** pris par les structures, qui vont au-delà de ce que prévoient les textes ;
- Et plus généralement, quant aux **difficultés diverses** que peuvent rencontrer les LHSS.

- Le coût du dispositif est actuellement couvert par un forfait par jour et par place de 102€/jour/lit, financé par l'ONDAM spécifique médico-social (hors Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA), auquel peuvent s'ajouter des cofinancements. **La structure des dépenses et l'adéquation de ce montant au coût réel a été analysée dans la mesure du possible**.
- Les LHSS correspondent à un temps d'accueil temporaire. **La sortie du dispositif a donc fait l'objet d'investigations à part entière**, via des entretiens avec des acteurs qui peuvent proposer une solution de sortie pour les bénéficiaires.

L'évaluation a principalement porté sur **l'analyse du partenariat**, l'analyse **de l'organisation et du fonctionnement des LHSS** ainsi que sur l'analyse de la **plus value du dispositif**.

LES DIFFERENTES ETAPES DE LA MISSION

Pour répondre aux objectifs présentés ci-dessus, la méthode suivante a été mise en œuvre :

Phase 1 : Cadrage de la mission (Février – Mars 2012)

Objectifs

- Identifier les attentes du commanditaire,
- Affiner et valider la démarche globale d'évaluation,
- Préciser les questions évaluatives,
- Identifier et valider les sources d'information à mobiliser
- Valider le calendrier de la démarche,
- Approfondir la connaissance des problématiques posées et s'approprier pleinement le sujet,
- Identifier globalement les besoins sanitaires et sociaux des personnes sans domicile fixe,
- Construire et valider les outils d'enquête (questionnaires, grilles d'entretien).

Méthode

- Réunion de **lancement** avec la DGCS *(6 février 2012),*
- Demande d'autorisation à la **CNIL** *(autorisation accordée le 30 mars 2012),*
- Analyse des **documents et données disponibles à la DGCS**,
- **11 entretiens de cadrage** avec la DGCS, la DGS, la DSS, la DGOS, l'ARS et la DRJSCS Auvergne, l'ARS Nord-Pas-de-Calais, la FNARS, le Samu Social de Paris, la Croix-Rouge et Médecins du Monde,
- **4 entretiens exploratoires sur site** avec des gestionnaires de LHSS pour construire les deux questionnaires adressés aux directeurs d'une part et aux médecins d'autre part des LHSS : Association Hestia (Villeurbanne) ; Association ABEJ (Lille), Association L'Etape (Rognes), CCAS de Besançon, Hôpital La Grave (Toulouse), Centre hospitalier spécialisé de Montfavet,
- Présentation des résultats de la phase de cadrage au **comité de pilotage** (*8 mars 2012),*
- **Conception du questionnaire et des grilles d'entretien** en cabinet et échanges avec le commanditaire,
- **Test** du questionnaire et des grilles d'entretien auprès des structures sollicitées pour les entretiens exploratoires et de la DGCS,
- Ajustement du questionnaire.

Livrable

- Une **note de cadrage**.

Phase 2 : Réalisation de l'enquête par questionnaire en deux volets (organisationnel et état de santé des bénéficiaires) et remise du rapport intermédiaire (Avril – juillet 2012)

Objectifs

- Etablir un **état des lieux exhaustif** des LHSS,
- Identifier **quantitativement et géographiquement** :
  - les **caractéristiques des structures** ainsi que leur intégration dans le contexte local,
  - **l'offre existante** au sein des LHSS,
  - **les besoins** sanitaires et sociaux des publics,
  - les réponses apportées aux bénéficiaires par le dispositif.

Méthode

- Mise en ligne des **deux questionnaires pour 4 semaines**,
- Réponse aux interrogations des répondants et relance,
- **Analyse des réponses** apportées par les structures d'une part et par les médecins d'autre part, via des tris à plat et des tris croisés permettant de dresser une typologie des structures et des territoires,
- **Réunion de travail** avec le comité de pilotage (*8 juin 2012*),
- Rédaction du **rapport intermédiaire,**
- **Sélection des 10 études de cas**.

Livrable

- Un **rapport intermédiaire.**

Phase 3 : Réalisation des investigations qualitatives sur site (études de cas) et remise du rapport final (Juillet - octobre 2012)

Objectifs

- **Approfondir** la connaissance du dispositif et de ses résultats en particulier sur les points suivants :
  - Les **moyens** humains et financiers,
  - Les **publics** accueillis au regard des publics ciblés,
  - L'effectivité du dispositif de **suivi et de pilotage**,
  - La qualité de **l'articulation et les modes de partenariat** entre le dispositif LHSS et les autres structures présentes sur le territoire, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des autres services de l'hôpital, des structures sociales, des autres structures d'accès aux soins et aux droits,
  - Les **besoins identifiés sur le territoire**, en particulier par la veille sociale, et l'adéquation avec le nombre et la qualité des lits créés.
- Identifier qualitativement les besoins sanitaires et sociaux des personnes sans domicile fixe,
- Identifier la cohérence du dispositif et les éventuelles inadéquations au regard des besoins et du contexte local,
- Analyser la perception du dispositif tant par les partenaires que, si possible, par les bénéficiaires.

Méthode

- Réalisation de **10 études de cas**.
- **2 jours par étude** de cas permettant :
  - **Visite** des installations,
  - **Analyse documentaire,**
  - **Entretiens avec le directeur** de la structure gestionnaire et le responsable des LHSS et leurs personnels,
  - **Entretiens avec les partenaires opérationnels** du LHSS : veille sociale, CHS, pharmacie, centre d'examen de santé, Centre dentaire, PASS, EMPP, travailleurs sociaux (CG, CCAS,…),…
  - **Entretiens avec les partenaires institutionnels** : ARS, Départements, DDCS,
  - **Entretiens avec des bénéficiaires** : la connaissance de la perception des bénéficiaires sera recherchée lors des visites sur site (dans le respect de l'état de santé et de l'accord des personnes),
  - Réunion de **présentation des résultats** des investigations qualitatives à la DGCS *(2 octobre 2012,)*

- **Réunion de travail avec l'équipe** ayant travaillé sur l'étude pour élaborer des préconisations *(8 octobre 2012,)*
- **Echanges avec la DGCS pour affiner les préconisations en vue de la conférence des 10 et 11 décembre 2012** *(23 novembre 2012)*,
- **Réunion de restitution de l'étude au comité de pilotage** *(10 janvier 2013),*
- **Journée de restitution des résultats de l'étude aux structures gestionnaires de LHSS ainsi qu'aux ARS, DDCS/DRJSCS et représentants de l'Assurance Maladie** *(7 février 2013).*

Livrable

- Un **rapport final,** incluant une synthèse**.**

LE CONTENU DU DOCUMENT

Le présent rapport rend compte de l'ensemble des investigations conduites au cours de la mission d'évaluation du dispositif LHSS.

Il s'attache à répondre aux questions évaluatives formulées au démarrage de l'étude et à proposer des pistes d'évolution du dispositif, concernant :

- L'adéquation des orientations / admissions aux finalités du dispositif,
- L'efficacité de l'organisation et des services mis en œuvre pour répondre aux objectifs du dispositif,
- L'efficacité du partenariat pour répondre aux objectifs du dispositif,
- Les résultats du dispositif sur la continuité des prises en charge sociale et sanitaire ,
- L'efficience du dispositif.

Les investigations se sont déroulées dans de bonnes conditions, permettant de recueillir une information riche et précieuse pour l'analyse évaluative.

Nous tenons ainsi à remercier l'ensemble des acteurs rencontrés au cours de l'étude ainsi que les membres du comité de pilotage pour leur disponibilité et l'apport d'informations.

A – LE DEROULEMENT DE LA MISSION

A-I –L'ENQUÊTE « STRUCTURES »

RAPPEL METHODOLOGIQUE

Le questionnaire sur le fonctionnement et l'organisation des LHSS contenait **210 questions visant à comprendre les caractéristiques des structures ouvertes et l'offre existante** au sein des LHSS. Il s'articulait autour des chapitres suivants :

- Les caractéristiques de la structure,
- Les caractéristiques générales du LHSS,
- Les moyens humains en 2011,
- Les partenariats,
- La prise en charge des patients,
- Le budget 2011,
- Les publics accueillis en 2011,
- Les effets des prises en charge pour les patients accueillis,
- Les difficultés et les perspectives du LHSS.

Il interrogeait pour partie des informations figurant dans les rapports annuels d'activité, mais s'est avéré indispensable à l'évaluation pour disposer d'une information homogène, qui puisse être agrégée et comparée à l'échelle nationale.

La période de référence des informations recueillies a concerné la période allant du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011.

Un questionnaire a été renseigné par gestionnaire, y compris s'il intervient sur différents sites.

La base de données constituée a été exploitée par le **logiciel SPHINX**, par tris à plat puis croisés sur les variables pertinentes au regard des objectifs de l'enquête.

LA QUALITE DES REPONSES

Après avoir été testé auprès de 4 gestionnaires de LHSS (Association HESTIA à Villeurbanne, Association ABEJ à Lille, CCAS de Besançon et CHU de Toulouse) et validé par la DGCS, le questionnaire a été mis en ligne du 18 avril au 18 mai 2012. **92 structures[2] ont été invitées à répondre. 89 y ont répondu, soit un taux de réponse de 96,7%.**

[2] 6 structures n'ont pas été destinataires du questionnaire car elles n'étaient pas encore ouvertes au moment de l'enquête, auxquels s'ajoutent d'autres structures auxquelles il a été proposé de ne pas répondre car trop récentes par rapport au champ de l'étude (ouverture fin 2011). Sur ce dernier point, à noter que certaines ont fait le choix de répondre malgré tout.

Compte tenu de la période de référence pour l'enquête, les structures ayant ouvert en 2011 n'étaient a priori pas concernées par le questionnaire. Néanmoins, parmi le listing des gestionnaires de LHSS se trouvaient des structures ayant ouvert récemment. 17 répondants sont dans ce cas de figure.

Afin que n'interfèrent pas les éventuels aléas liés à la montée en charge et à l'ouverture récente de structures nouvelles, le parti-pris de l'analyse des résultats a été, dans un premier temps, de présenter ces structures de manière distincte des autres et, dans un deuxième temps, de **traiter uniquement les réponses des structures ouvertes entre 2006 et 2010** concernant l'organisation et le fonctionnement des LHSS.

Les réponses apportées par le Samu Social de Paris sont également parfois distinguées de l'ensemble des réponses compte tenu de ses spécificités (taille, statut de groupement d'intérêt public – GIP- et ancienneté).

Le taux de non réponse (hors réponse filtrée) à chaque question est globalement inférieur à 3%, ce qui, associé au taux de réponse au questionnaire (96%), assure une représentativité certaine des réponses.

Néanmoins, **la vigilance du lecteur est attirée sur un point : de nombreuses questions attendaient des réponses numériques** (montant du budget, nombre d'ETP, durée des séjours en nombre de jours,…). Ces dernières ont été librement renseignées par les responsables des structures interrogées. **Le questionnaire étant auto-administré**, des erreurs de saisie peuvent s'être glissées dans le renseignement du questionnaire, générant ainsi des informations incohérentes. Ainsi, si les réponses visiblement aberrantes ont été retirées de l'analyse, certains résultats sont à considérer davantage en termes de tendances.

A-II –L'ENQUÊTE « PATIENTS »

RAPPEL METHODOLOGIQUE

Du 26 avril au 25 mai 2012, **une enquête transversale exhaustive a été réalisée sur les personnes accueillies dans les LHSS entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011**, afin de connaître plus finement:

- Leurs profils sociodémographiques ;
- Les motifs d'admission, leur état de santé et leurs besoins sanitaires et sociaux ;
- Les partenariats établis autour des différentes problématiques ;
- Les prestations dispensées durant les séjours des patients en LHSS.

Leur parcours, en amont, au sein et en aval du dispositif ont donc été analysés, depuis la date de leur entrée jusqu'à la date de leur sortie ou, le cas échéant, la date de fin d'enquête, pour les personnes toujours présentes dans les LHSS au moment du recueil de données.

Compte tenu de la spécificité du public et des problématiques, le recours à des classifications déjà existantes de pathologies (CIM10, Classification Internationale de Soins Primaires), pour caractériser l'état de santé, s'est avéré difficile. Le questionnaire utilisé a été construit de manière adéquate, au sein d'un groupe de travail composé de 4 médecins responsables de LHSS (CHU de Toulouse, CHRS de Rognes, CHS de Montfavet, Villa d'Hestia à Villeurbanne), animé par les consultants. Son contenu a été validé par la DGCS avant utilisation.

Le recueil a été réalisé au moyen d'un questionnaire par personne, renseigné de manière anonyme par le médecin responsable du LHSS, conformément au protocole accepté par la CNIL le 30 mars 2012.

La transmission des données anonymes aux consultants a pu être réalisée « en ligne », par un code d'accès spécifique à un site sécurisé, ou par questionnaire papier, saisi par les consultants.

La base de données constituée a été exploitée par le logiciel SPHINX, par tris à plat puis croisés sur les variables pertinentes au regard des objectifs de l'enquête.

LA QUALITE DES REPONSES

Le questionnaire « patients » a été mis en ligne le 26 avril et le 29 mai 2012.

95 structures ont été destinataires de l'enquête et 12 structures n'y ont pas été intégrées du fait de leur création trop récente. Parmi ces 95 structures, 92 ont retourné leur questionnaire dans les délais.

L'analyse porte sur **1016 observations.**

Le taux de non réponse aux différentes questions est <4% pour l'ensemble du questionnaire.

Les tableaux suivants font état de la répartition des patients enquêtés en fonction du statut de la structure porteuse du dispositif d'une part, et en fonction, de l'implantation géographique du LHSS d'autre part. Ces éléments sont à prendre en considération dans l'interprétation des constats formulés, puisque selon le type de structure et le contexte géographique, le profil des publics peut sensiblement varier.

Statut des gestionnaires	Nombre de questionnaires reçus	Répartition des réponses (en%)
Association	613	60,3%
CCAS/CIAS	61	6,0%
Centre hospitalier	78	7,7%
GIP	209	20,6%
(vide)	55	5,4%
Total général	**1016**	**100,0%**

Bien que le tableau ci-dessus indique une surreprésentation des patients du Samu Social de Paris, qui représente 14,6% des lits autorisés, **la répartition des patients enquêtés selon le statut de la structure apparaît globalement conforme au poids respectif des différents types de gestionnaires dans le dispositif**.

Territoire concerné	Nombre de questionnaires reçus	Répartition des réponses (en%)
Alsace	**31**	**3,1%**
067	5	0,5%
068	26	2,6%
Aquitaine	**45**	**4,4%**
024	7	0,7%
033	33	3,2%
047	5	0,5%
Auvergne	**12**	**1,2%**
003	12	1,2%
Basse Normandie	**48**	**4,7%**
014	32	3,1%
050	12	1,2%
061	4	0,4%
Bourgogne	**11**	**1,1%**
021	11	1,1%
Bretagne	**14**	**1,4%**
022	14	1,4%
Centre	**25**	**2,5%**
018	1	0,1%
037	14	1,4%
045	10	1,0%

Territoire concerné	Nombre de questionnaires reçus	Répartition des réponses (en%)
Champagne Ardennes	**8**	**0,8%**
010	2	0,2%
051	6	0,6%
DOM	**6**	**0,6%**
973	6	0,6%
Franche Comté	**12**	**1,2%**
025	12	1,2%
Haute Normandie	**21**	**2,1%**
027	14	1,4%
076	7	0,7%
Ile de France	**379**	**37,3%**
075	232	22,8%
077	37	3,6%
092	37	3,6%
093	60	5,9%
094	13	1,3%
Languedoc Roussillon	**41**	**4,0%**
030	6	0,6%
034	30	3,0%
066	5	0,5%
Limousin	**20**	**2,0%**
087	20	2,0%
Lorraine	**33**	**3,2%**
054	21	2,1%
057	12	1,2%
Midi Pyrénées	**58**	**5,7%**
009	3	0,3%
012	2	0,2%
031	41	4,0%
046	4	0,4%
081	4	0,4%
082	4	0,4%
Nord Pas-de-Calais	**55**	**5,4%**
059	54	5,3%
062	1	0,1%
PACA	**76**	**7,5%**
004	6	0,6%
006	38	3,7%
013	20	2,0%
083	10	1,0%
084	2	0,2%
Pays de la Loire	**18**	**1,8%**
044	16	1,6%
085	2	0,2%
Picardie	**13**	**1,3%**
060	13	1,3%
Poitou Charentes	**20**	**2,0%**
017	14	1,4%
079	4	0,4%
086	2	0,2%
Rhône-Alpes	**62**	**6,1%**
026	24	2,4%
038	15	1,5%
042	3	0,3%
069	9	0,9%
073	11	1,1%
(vide)	**8**	0,8%
(vide)	8	0,8%
Total général	**1016**	**100,0%**

A quelques exceptions près, **la répartition des patients enquêtés en fonction du lieu d'implantation des LHSS correspond à la répartition régionale des Lits autorisés fin décembre 2011**. Les nuances à prendre en considération sont les suivantes :

- Une surreprésentation de l'Ile de France (37,3% des répondants contre 32,9% des lits autorisés), de Midi-Pyrénées (5,7% contre 2,9% des lits autorisés), de la Basse Normandie (4,7% contre 2% des lits autorisés) et du Limousin (2% contre 0,8% des lits autorisés)
- Une sous représentation de PACA (7,5% des répondants contre 10,9% des lits autorisés) et des DOM (0,6% contre 4,3% des lits autorisés).

Ces observations mises à part, les résultats présentés ci-après peuvent donc être considérés comme réalistes et représentatifs des situations rencontrées par les structures.

A-III –LES ETUDES DE CAS

RAPPEL METHODOLOGIQUE

Suite aux enquêtes par questionnaire, **10 études de cas ont été conduites entre le 15 juillet et le 18 septembre 2012**.

Une étude de cas se concentre sur une situation précise. Elle autorise ainsi une certaine exhaustivité au niveau de la collecte d'information. Dans ce cadre, un nombre important d'acteurs de tous ordres (directeurs d'associations, responsables de dispositifs LHSS, centres hospitaliers, associations partenaires, travailleurs sociaux, médecins, permanences d'accès aux soins de santé (PASS), équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), ARS, DDCS,…) ont été interrogés (cf. Annexes).

L'objet de ces investigations était de comprendre finement les systèmes d'acteurs et de distinguer ce qui est lié au contexte local, d'une part, et au dispositif, d'autre part.

Plusieurs critères, visant la diversité des situations, ont prévalu à la sélection des études de cas. Ils s'appuient sur les résultats de l'enquête « structures » :

- *Critère lié au nombre de lits par structure* : 3 structures de moins de 5 lits, 3 structures entre 5 et 9 lits; 2 structures entre 10 et 15 lits; 2 structures de plus de 15 lits.
- *Critère géographique* : les 4 régions les plus importantes en nombre de lits (Ile de France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais), 2 régions dans la médiane en nombre de lits (Aquitaine, Lorraine), 1 région faiblement dotée (Bourgogne) sont représentées;
- *Critère lié au statut de la structure porteuse* : 7 associations, 2 CCAS, 1 établissement de santé
- *Critère lié au taux d'encadrement soignant par lit* (établi suite à l'enquête « structures ») : 5 structures pour lesquelles le ratio « médecin + infirmier par lit » est inférieur ou égal à la médiane, soit 0,12 ETP par lit, et 5 structures pour lesquelles il est supérieur.

Par ailleurs, les structures sont également hétérogènes sur le plan de l'ancienneté, puisque 3 ont ouvert en 2010, 3 en 2008, 2 en 2007 et 2 en 2006.

Le tableau suivant récapitule les caractéristiques des structures choisies pour la réalisation des études de cas.

Nom de la structure	Département	Région	Statut structure	Activité structure	Taille de la Commune	Année d'ouverture	Nb de lits	Taux d'encadrement soignant (médecin + infirmier) par lit
ABEJ, Lille	059	Nord Pas-de-Calais	Association	Santé	100 000 habitants et plus	2006	10	0,24
Association d'information et d'entraide mosellane -AIEM, Metz	057	Lorraine	Association	Hébergement / logement adapté	100 000 habitants et plus	2010	4	0,14
CCAS de Bordeaux	033	Aquitaine	CCAS/CIAS	Action sociale	100 000 habitants et plus	2007	14	0,24
Centre d'accueil et de soins hospitaliers, Nanterre	092	Ile de France	Centre hospitalier	Santé	Entre 10 000 et 99 999 habitants	2008	48	0,19
Association FARE, L'Escale Lille	059	Nord Pas-de-Calais	Association	Hébergement / logement adapté	100 000 habitants et plus	2007	6	0,08
Association GAIA, Annecy	074	Rhône-Alpes	Association	Santé	Entre 10 000 et 99 999 habitants	2008	4	0,13
CCAS de Grenoble	038	Rhône-Alpes	CCAS/CIAS	Action sociale	100 000 habitants et plus	2010	9	0,11
Association Maison de la Jeune Fille "Jane Pannier", Marseille	013	PACA	Association	Hébergement / logement adapté	100 000 habitants et plus	2006	5	0,16
Association Le Pont, Mâcon	071	Bourgogne	Association	Accueil, hébergement, accompagnement social des personnes vivant une situation d'exclusion et/ou connaissant de grandes difficultés sociales	Entre 10 000 et 99 999 habitants	2010	4	0
SOS Habitat et Soins, Nice	006	PACA	Association	Activités d'hébergement et d'accompagnement (pôle social), des établissement de santé (pôle sanitaire) et des établissements médico-sociaux (dont le LHSS de Nice)	100 000 habitants et plus	2008	40	0,12

LA QUALITE DES REPONSES

L'accueil a été bon dans la quasi-totalité des structures : l'ensemble des membres des équipes LHSS a pu être rencontré, ainsi que différents partenaires.

La volonté du prestataire a été de rencontrer systématiquement un représentant de l'hôpital (souvent la PASS), un représentant de structures d'hébergement intervenant en aval des séjours en LHSS, les représentants des délégations territoriales des ARS concernées et des pôles « Hébergement » des DDCS. D'autres partenaires, tels que pharmacies, EMPP, kinésithérapeutes, centre d'addictologie (CSAPA) ont été sollicités en fonction de l'intensité des partenariats établis avec les LHSS.

Les établissements médico-sociaux, étant peu mobilisés dans le dispositif, n'ont pas fait l'objet d'investigations particulières.

Dans la mesure du possible, des entretiens ont été organisés avec les patients. Néanmoins, peu de personnes ont finalement pu être rencontrées principalement en raison de leur état de santé ou de leur manque de maîtrise du français.

L'information recueillie au cours des études de cas permet d'approfondir les résultats des enquêtes « patients » et « structures », en particulier sur les modalités d'admission en LHSS, sur la répartition des tâches au sein de l'équipe et avec les partenaires, sur le travail d'accompagnement socio-éducatif ainsi que sur la recherche de solutions à la sortie du dispositif.

B – LES CARACTERISTIQUES GENERALES DES ETABLISSEMENTS LHSS

Les données ci-après ont pour source l'enquête réalisée auprès des directeurs ou responsables de LHSS entre le 18 avril et le 18 mai 2012.

B-I – LES TERRITOIRES D'IMPLANTATION DES LHSS

UNE CONCENTRATION SUR QUELQUES REGIONS

LHSS en France

Régions	Nb total de lits autorisés à décembre 2011	Nb de structures gestionnaires en 2012	Répartition régionale des lits LHSS à fin décembre 2011
Ile de France	385	11	32,9%
PACA	128	12	10,9%
Nord-Pas de Calais	71	10	6,1%
Rhône-Alpes	69	9	5,9%
Languedoc Roussillon	51	6	4,4%
DOM	50	5	4,3%
Alsace	41	3	3,5%
Aquitaine	38	6	3,2%
Centre	36	5	3,1%
Lorraine	35	4	3,0%
Midi-Pyrénées	34	7	2,9%
Pays de la Loire	34	3	2,9%
Bretagne	29	6	2,5%
Haute Normandie	26	5	2,2%
Basse Normandie	23	5	2,0%
Champagne-Ardenne	23	4	2,0%
Bourgogne	19	3	1,6%
Picardie	18	1	1,5%
Auvergne	17	2	1,5%
Franche-Comté	17	3	1,5%
Poitou Charentes	17	3	1,5%
Limousin	9	1	0,8%
Corse	0	0	0,0%
TOTAL	**1170**	**114**	**100,0%**

Echantillon des répondants

Répartition du nb de lits et du nb de structures répondantes par région

	Nb de lits		
	Somme	Part	Effectif
ILE DE FRANCE	**383**	**38,0%**	**7**
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	**123**	**12,2%**	**11**
RHONE ALPES	**69**	**6,8%**	**9**
ALSACE	**41**	**4,1%**	**3**
LORRAINE	**35**	**3,5%**	**4**
AQUITAINE	**35**	**3,5%**	**5**
LANGUEDOC ROUSSILLON	**35**	**3,5%**	**4**
PAYS DE LA LOIRE	**34**	**3,4%**	**3**
CENTRE	**33**	**3,3%**	**4**
MIDI PYRENEES	**30**	**3,0%**	**6**
NORD PAS DE CALAIS	**27**	**2,7%**	**4**
HAUTE NORMANDIE	**26**	**2,6%**	**5**
PICARDIE	**18**	**1,8%**	**1**
CHAMPAGNE ARDENNE	**17**	**1,7%**	**3**
POITOU CHARENTES	**17**	**1,7%**	**3**
BRETAGNE	**15**	**1,5%**	**4**
BASSE NORMANDIE	**15**	**1,5%**	**4**
FRANCHE COMTE	**13**	**1,3%**	**2**
BOURGOGNE	**13**	**1,3%**	**3**
DOM	**12**	**1,2%**	**2**
LIMOUSIN	**9**	**0,9%**	**1**
AUVERGNE	**8**	**0,8%**	**1**
Total	**1 008**	**100,0%**	**89**

Somme : nombre de lits
Part : nombre de lits en % de la totalité des lits
Effectif : nombre de structures

Selon les données de la DGCS**, 114 structures proposent 1 170 lits fin décembre 2011**. 3 régions concentrent à elles seules la moitié des places : l'Ile de France, PACA et Nord-Pas-de-Calais.

L'échantillon ayant répondu à l'enquête « structures » correspond assez fidèlement à la répartition régionale constatée en nombre de lits. Si la région du Nord-Pas-de-Calais apparaît moins bien représentée, il faut noter que de nombreux lits ont été autorisés entre février et décembre 2011 (la région passant ainsi de 33 à 71 lits).

UN CERTAIN MAILLAGE DU TERRITOIRE NATIONAL

21 régions, dont les DOM dans leur ensemble, disposent a minima fin 2011 de 9 lits. La Corse est l'unique région, où le dispositif n'est pas présent.

A l'échelle des départements, 34 n'ont aucun lit halte soins santé. Toutefois, le tableau précédant souligne un maillage certain du territoire national, y compris en Outre-mer.

Ce maillage s'est poursuivi avec les dernières ouvertures de LHSS en 2011.

En effet, 17 répondants à l'enquête ont démarré durant l'année 2011 et représentent 134 lits au total. Leur implantation est très diversifiée puisque les 17 structures se répartissent dans 14 régions différentes. Le nord ouest apparaît néanmoins privilégié puisque 2 structures ont ouvert en Basse-Normandie et 2 en Haute-Normandie. 2 structures sont installées en PACA qui comptait déjà le plus grand nombre de gestionnaires. **Néanmoins, en nombre de places, c'est l'Ile de France qui bénéficie de ces nouvelles ouvertures avec 40 places supplémentaires et, dans une moindre mesure, l'Alsace, le Languedoc-Roussillon et la région PACA**.

B-II – LA TAILLE DES LHSS

UNE MAJORITE DE STRUCTURES DE PETITE TAILLE

Les LHSS sont majoritairement des petites structures en termes de nombre de places : près de 35 % ont moins de 5 lits ou entre 5 et 9 lits. **La médiane correspond à 6 lits**.

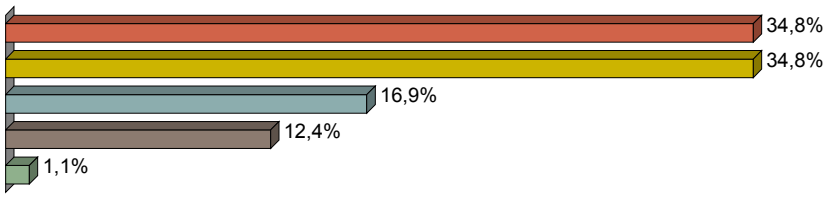
Par ailleurs, dans la tranche de 20 à 99 lits, l'ensemble des répondants compte moins de 50 lits. 5 disposent de 40 lits.

Seul le Samu Social de Paris, également désigné sous le terme GIP dans le présent document, a plus de 100 lits, soit 170 exactement.

10. Au 31/12/2011, quel est le nombre de lits LHSS gérés par la structure tous sites confondus ? (1 seule réponse possible)

Taux de réponse : **100,0%**
Ecart-type = **19,79**
Médiane = **6,00**
Min = **1** Max = **170**
Percentiles = **4,00** (33,0%) - **10,00** (75,0%)

	Nb	% cit.
Moins de 5	**31**	**34,8%**
De 5 à 9	**31**	**34,8%**
De 10 à 19	**15**	**16,9%**
De 20 à 99	**11**	**12,4%**
100 et plus	**1**	**1,1%**
Total	**89**	**100,0%**



Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

En dehors du GIP, les 6 autres structures d'Ile-de-France ont, toutes au moins 20 lits. 3 LHSS ont 40 places. Les trois autres gestionnaires disposent de 48, 20 et 25 lits.

4 autres régions comptent un gestionnaire important en nombre de lits : l'Alsace (20 lits), la Lorraine (20 lits), PACA (2 établissements gérant 40 lits chacun) et Rhône-Alpes (1 établissement de 30 lits).

A l'opposé, les plus petites structures se répartissent dans 13 régions françaises[3].

Les LHSS sont plutôt situés en milieu urbain. En effet, la presque totalité des LHSS sont implantés au sein de communes de plus de 10 000 habitants : 50 % dans les communes comprenant entre 10 000 et 100 000 habitants et 40 % dans des communes de plus de 100 000 habitants.

Les grandes communes accueillent des structures plus importantes en nombre de lits. Ainsi, si 63 % des structures de 10 lits et plus se situent dans les villes de plus de 100 000 habitants, celles de moins de 5 lits ne sont que 22 % dans ce cas.

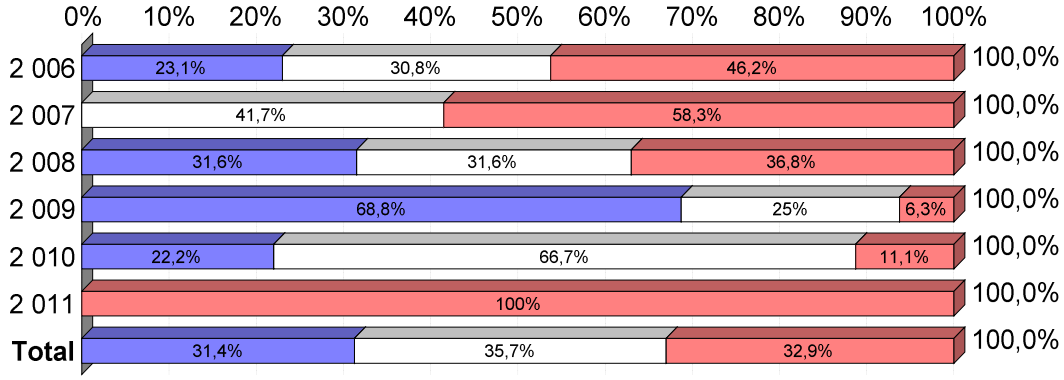
DEPUIS 2009, UNE TENDANCE A L'OUVERTURE DE STRUCTURES PLUS PETITES

Les structures de plus de 10 lits ont été plus nombreuses à être autorisées dans les 3 premières années du programme. A partir de 2009, on constate l'ouverture de structures plus petites. Si la mise en service des LHSS de plus de 10 lits concerne au moins 35 % des sites en 2006, 2007 et 2008, après cette date, elle ne représente plus que 10 % à 18 % des établissements autorisés. De même, **le nombre médian de lits par structure en fonction de l'année d'ouverture est passé de 8 en 2006 à 5 environ à partir de 2009**.

[3] Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, PACA, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes.

Répartition du nombre de structures selon la date d'autorisation et le nombre de lits

	Moins de 5	De 5 à 9	10 et plus	Total
2 006	**3**	**4**	**6**	**13**
2 007	**0**	**5**	**7**	**12**
2 008	**6**	**6**	**7**	**19**
2 009	**11**	**4**	**1**	**16**
2 010	**2**	**6**	**1**	**9**
2 011	**0**	**0**	**1**	**1**
Total	**22**	**25**	**23**	**70**



Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Répartition du nb de structures et du nb de lits selon l'année d'autorisation

	Nb de lits			
	Moyenne	Somme	Médiane	Effectif
2 006	**24,31**	**316**	**6,00**	**13**
2 007	**13,75**	**165**	**10,00**	**12**
2 008	**11,11**	**211**	**6,00**	**19**
2 009	**5,88**	**100**	**4,00**	**17**
2 010	**8,81**	**141**	**5,00**	**16**
2 011	**6,10**	**61**	**5,00**	**10**
Total	**11,43**	**994**	**6,00**	**87**

Répartition du nb de structures et du nb de lits selon l'année d'ouverture

	Nb de lits			
	Moyenne	Somme	Médiane	Effectif
2 006	**24,60**	**246**	**8,00**	**10**
2 007	**13,25**	**159**	**9,00**	**12**
2 008	**11,22**	**202**	**6,00**	**18**
2 009	**9,72**	**175**	**4,50**	**18**
2 010	**6,23**	**81**	**5,00**	**13**
2 011	**7,88**	**134**	**5,00**	**17**
Total	**11,33**	**997**	**6,00**	**88**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

On constate d'assez faibles écarts entre le nombre de lits autorisés et effectivement ouverts. Si les places effectivement ouvertes sont moins nombreuses que celles autorisées les 3 premières années du programme, le rattrapage a lieu à partir de 2009.

DES ASSOCIATIONS DE PETITE TAILLE DANS LE CHAMP DE L'HEBERGEMENT, COTOYANT DE GRANDES STRUCTURES DANS LE DOMAINE SANITAIRE

En termes de statut juridique, les répondants à l'enquête « structures » se répartissent comme suit :

- **77 associations (87.5 %),**
- 7 CCAS ou CIAS,
- 3 centres hospitaliers,
- 1 GIP.

Les 3 centres hospitaliers et le GIP représentent à eux seuls près de 25 % des places offertes sur le territoire national.

A noter que parmi les 7 CCAS gestionnaires de LHSS, 3 ont été autorisés en 2011.

Le nombre médian de places proposées par les associations et les CCAS/CIAS se situent entre 4 et 5 lits, chiffres très inférieurs aux médianes des 3 centres hospitaliers (14 lits) et du GIP qui concentre, à lui seul, 170 lits (soit 17 % des places offertes).

Répartition du nb de lits selon le statut juridique du porteur

	Nb de lits				
	Moyenne	Somme	Part	Médiane	Effectif
Centre hospitalier	**23,00**	**69**	**6,9%**	**14,00**	**3**
Association	**9,29**	**715**	**71,6%**	**5,00**	**77**
CCAS/CIAS	**6,29**	**44**	**4,4%**	**4,00**	**7**
GIP	**170,00**	**170**	**17,0%**	**170,00**	**1**
Total	**11,34**	**998**	**100,0%**	**6,00**	**88**

Somme : nombre total de lits par statut juridique
Part : nombre de lits en % de la totalité des lits
Effectif : nombre de structures
Moyenne : nombre de lits moyen par structure
Médian : nombre de lits médian par statut juridique
Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Près de 80 % des structures associatives ont pour activité principale l'hébergement et/ou le logement adapté tandis que moins de 12 % exercent prioritairement dans le domaine de la santé. Les associations gestionnaires de LHSS déclarant un domaine principal d'activité en lien avec la santé ont généralement 10 lits ou plus.

Dans la quasi-totalité des cas, les Lits Haltes Soins Santé ne correspondent pas à une activité exclusive des associations. Pour les 77 associations répondantes, les autres services ou dispositifs gérés par la structure sont principalement[4] :

- une structure d'hébergement, soit un Centre d'hébergement d'urgence, un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale-CHRS, un Centre d'accueil pour les demandeurs

[4] Chaque association a pu sélectionner plusieurs réponses.

d'asile-CADA,… (89 %),

- un service d'accompagnement social (66 %),
- un foyer-logement (41.6 %),
- un service de veille sociale (40.3 %),
- un service d'insertion professionnelle (37.7 %).

Les LHSS sont adossés à une autre activité de l'association dans 78 % des structures. Pour la plupart d'entre-elles (93 %), il s'agit de structures d'hébergement (centre d'hébergement d'urgence, CHRS, CADA,…).

<u>En synthèse :</u>

Les Lits Haltes Soins Santé représentent fin décembre 2011, soit au terme de la période de programmation, 114 structures et 1 170 lits répartis dans 21 régions et 66 départements. Cinq régions concentrent à elles seules la moitié du volume total de places : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon.

Aussi, peut-on affirmer la bonne diffusion du dispositif sur l'ensemble du territoire national et un maillage territorial certain.

Concernant les caractéristiques générales des établissements :

- Les LHSS sont très majoritairement de petite taille : la médiane s'établit à 6 lits, avec une tendance à la baisse du nombre de lits par structure depuis 2009. En effet, le nombre médian de lits par gestionnaire passe de 8 en 2006 à 5 à compter de 2009.

- 87,5% des structures porteuses sont des associations,

- ayant majoritairement pour domaine principal d'activité l'hébergement (89% des associations gestionnaires de LHSS administrent également un CHRS).

- Les LHSS sont adossés à une activité de l'opérateur dans 78% des cas (il s'agit généralement de CHRS).

C – LES CONDITIONS D'ACCUEIL ET DE SEJOUR EN LHSS

PRECAUTION DE LECTURE : les chiffres présentés dans cette section et les suivantes sont issus des enquêtes « structures » et/ou « patients ». Selon la source, les chiffres peuvent varier mais les tendances sont corroborées par les deux enquêtes.
Les chiffres présentés concernent uniquement les opérateurs autorisés entre 2006 et 2010, soit 71 structures représentant 863 lits, y compris le Samu Social de Paris et ses 170 lits.

Les données ci-après ont pour source l'enquête « structures » réalisée auprès des directeurs ou responsables de LHSS, les études de cas, ainsi que dans une moindre mesure l'enquête « patients » réalisée auprès des médecins des LHSS.

C-I – L'ORIENTATION ET L'ADMISSION EN LHSS

LES DEMANDES D'ADMISSION EN LHSS

L'entrée dans le dispositif : un taux d'admission qui interroge la qualité des orientations mais aussi la capacité d'accueil des LHSS

67 structures ont renseigné les éléments concernant le nombre de demandes d'admission et le nombre de personnes accueillies. Concernant le GIP, seul le nombre de personnes accueillies a été renseigné.

Admissions et personnes accueillies selon la taille de la structure (total hors GIP)

Taille de la structure	Nombre de structures	Nb de lits	Nombre de demandes d'admission	Taux de demandes d'admission par lit	Nombre de personnes accueillies	Taux de personnes accueillies par lit	Taux de personnes accueillies sur nb de demandes d'admission en %
Structures de moins de 5 lits	22	73	451	6,18	303	4,15	67%
Structures de 5 à 9 lits	24	148	922	6,23	606	4,09	66%
Structures de 10 lits et plus	21	454	3828	8,43	2156	4,75	56%
Total général hors GIP	**67**	**675**	**5201**	**7,71**	**3065**	**4,54**	**59%**
GIP	1	170	nr	nr	830	4,88	nr

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

En 2011, 5 201 demandes d'admission en LHSS ont été effectuées pour un total de 675 lits (hors GIP). Le taux de demandes d'admission par lit s'élève donc à 7.71 demandes pour un lit quand le taux de personnes effectivement accueillies est de 4.54. Globalement, les demandes d'admissions sont donc supérieures aux capacités d'accueil des structures, quelque soit leur taille.

Plus la taille de la structure augmente, plus le taux de demandes d'admissions par lit est important. **Les grandes structures recueillent donc davantage de sollicitations, ce qui semble logique compte tenu de leur implantation en milieu urbain.**

En 2011, le nombre de personnes accueillies au sein des LHSS s'élève à 3 895 dont 830 pour le seul Samu Social de Paris.

Le taux de personnes accueillies par lit reste relativement stable selon la taille de la structure (entre 4.09 et 4.75). Il est de 4.54 pour l'ensemble des structures hors GIP et de 4,88 pour le GIP. Ce dernier détient le taux le plus élevé constaté.

Le taux de personnes accueillies par rapport au nombre de demandes effectuées est plus élevé dans les petites et moyennes structures (67 % et 66 %) que dans les plus grandes (56 % pour les structures de plus de 10 lits) qui ont donc davantage de difficultés à satisfaire les demandes.

Les associations et les centres hospitaliers sont les structures qui ont le plus de demandes d'admission par lit : plus de 7,8 par lit. Les associations ont des difficultés à répondre à la demande puisque seulement 56 % des demandes se traduisent en accueil au sein du LHSS.

Ce taux peut également s'expliquer par des orientations inadaptées, amenant le LHSS à refuser l'admission de la personne. On verra plus loin que ce cas de figure n'est pas rare.

Admissions et personnes accueilles selon le statut de la structure (hors GIP)

Statut de la structure	Nombre de structures	Nb de lits	Nombre de demandes d'admission	Taux de demandes d'admission par lit	Nombre de personnes accueillies	Taux de personnes accueillies par lit	Taux de personnes accueillies sur nb de demandes d'admission en %
Association	59	562	4390	7,81	2478	4,41	56%
CCAS/CIAS	4	34	226	6,65	173	5,09	77%
Centre hospitalier	3	69	544	7,88	389	5,64	72%
nr	1	10	41	4,10	25	2,50	61%
Total général	**67**	**675**	**5201**	**7,71**	**3065**	**4,54**	**59%**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Un nombre de refus relativement élevé motivé, pour près d'un tiers, par l'absence de lit disponible

Le nombre de refus à l'initiative des gestionnaires est relativement important : **le taux de refus s'élève à 37.8 % des demandes d'admission** pour l'ensemble des structures (l'information n'est pas connue pour le GIP). Ce taux est variable selon le statut et la taille de la structure.

Les taux de refus sont plus élevés au sein des structures qui ont un taux de demandes d'admission par lit élevé. Ainsi, les structures de 10 lits et plus et les associations ont des taux de refus respectifs de 42.9 % et 40 % quand leur taux de demandes d'admission par lit est respectivement de 8.43 demandes / lit et 7.81 demandes / lit.

En revanche, **le refus des demandeurs reste rare** puisque le taux global de refus représente 3.5 % des demandes d'admission.

Admissions et refus selon le statut de la structure (hors GIP)

Statut de la structure	Nombre de structures	Nb de lits	Nombre de demandes d'admission	Nb refus de la structure	Taux de refus de la structure sur nb de demandes	Nb de refus de la personne	Taux de refus de la personne sur nb de demandes
Association	59	562	4390	1756	40,0%	169	3,8%
CCAS/CIAS	4	34	226	47	20,8%	4	1,8%
Centre hospitalier	3	69	544	147	27,0%	7	1,3%
nr	1	10	41	15	36,6%	1	2,4%
Total général hors GIP	**67**	**675**	**5201**	**1965**	**37,8%**	**181**	**3,5%**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Admissions et refus selon la taille de la structure (hors GIP)

Taille de la structure	Nombre de structures	Nb de lits	Nombre de demandes d'admission	Nb refus de la structure	Taux de refus de la structure sur nb de demandes	Nb de refus de la personne	Taux de refus de la personne sur nb de demandes
Structures de moins de 5 lits	22	73	451	122	27,1%	9	2,0%
Structures de 5 à 9 lits	24	148	922	201	21,8%	68	7,4%
Structures de 10 lits et plus	21	454	3828	1642	42,9%	104	2,7%
Total général hors GIP	**67**	**675**	**5201**	**1965**	**37,8%**	**181**	**3,5%**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Près d'un tiers des refus ont pour cause l'absence de lit disponible[5].

Hors GIP, ce motif arrive en tête pour l'ensemble des structures. La lourdeur d'une pathologie (26.7 % des refus) et l'absence de motif sanitaire (près de 23 %) viennent en seconde et 3ème position des motifs déclarés.

[5] La somme des motifs de refus n'est pas forcément égale au nombre de refus. Pour ne pas augmenter le temps de réponse, le questionnaire ne demandait pas aux répondants de vérifier la cohérence de leurs réponses.

Taille de la structure	Structures de moins de 5 lits		Structures de 5 à 9 lits		Structures de 10 lits et plus		Total général	
Nombre de structures	19		24		21		64	
Nombre de refus de la struct	122		201		1642		1965	
Motif de refus	**Nb**	**Taux sur l'ensemble des refus**	**Nb**	**Taux sur l'ensemble des refus**	**Nb**	**Taux sur l'ensemble des refus**	**Nb**	**Taux sur l'ensemble des refus**
Pathologie chronique trop lo	26	21,3%	56	27,9%	442	26,9%	524	26,7%
Pathologie psychiatrique	9	7,4%	21	10,4%	60	3,7%	90	4,6%
Absence de motif sanitaire	16	13,1%	56	27,9%	378	23,0%	450	22,9%
Situation sociale	3	2,5%	13	6,5%	38	2,3%	54	2,7%
Hors territoire d'intervention de la structure	0	0,0%	0	0,0%	13	0,8%	13	0,7%
Non disponibilité de lit	73	59,8%	76	37,8%	474	28,9%	623	31,7%
Autres motifs	5	4,1%	33	16,4%	377	23,0%	415	21,1%

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Les structures de moins de 5 lits, qui nous l'avons vu, rejettent moins souvent les demandes d'admission que les structures plus importantes (67 % des demandes obtiennent une réponse favorable), refusent très majoritairement par manque de places. Plus la capacité des structures augmente, moins ce motif est avancé pour motiver les refus.

Les centres hospitaliers ont des taux de refus assez faibles (de l'ordre de 20 %). Le rejet de la demande est plus souvent lié à l'absence de motif sanitaire (près de 45 % des refus pour 22.9 % dans l'ensemble des structures).

Quant au GIP, il motive ses refus par l'absence de places disponibles dans les mêmes proportions que les structures de 10 lits et plus. Son principal motif de refus n'est pas identifié (44 % des refus ont d'« autres motifs »).

	GIP	
Nombre de structure	1	
Somme de Nb refus	1058	
Motif de refus	***Nb***	***Taux sur l'ensemble des refus***
Pathologie chronique trop lourde	171	16,2%
Pathologie psychiatrique	0	0,0%
Absence de motif sanitaire	0	0,0%
Situation sociale	134	12,7%
Origine géographique (hors périmètre)		0,0%
Non disponibilité de lit	281	26,6%
Autres motifs	472	44,6%

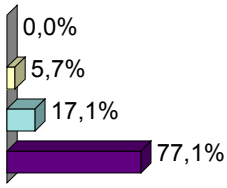
Des taux d'occupation élevés

Le taux d'occupation moyen 2011 de l'ensemble des structures (hors GIP) est de 85.6 %. Il varie peu entre les différents statuts ou activités des structures. Le taux d'occupation moyen augmente légèrement selon la taille du LHSS, passant de 84.04 % pour les structures de moins de 5 lits, à 85.4 % pour les établissements de 5 à 9 lits, à 87.8 % pour les LHSS de 10 lits et plus.

23. Quel a été le taux annuel d'occupation en 2011 ? (Réponse comprise entre 0 et 100%)

Taux de réponse : **100,0%**
Moyenne = **85,66**
Médiane = **87,00**
Min = **51** Max = **100**

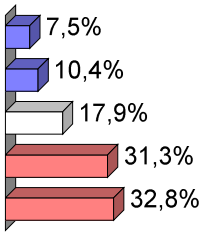
	Nb	% cit.
Moins de 40	**0**	**0,0%**
De 40 à 59	**4**	**5,7%**
De 60 à 79	**12**	**17,1%**
80 et plus	**54**	**77,1%**
Total	**70**	**100,0%**



24. le taux mensuel d'occupation le plus faible

Taux de réponse : **95,7%**
Moyenne = **64,69**
Médiane = **71,00**
Min = **0** Max = **100**

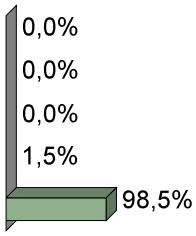
	Nb	% cit.
Moins de 20	**5**	**7,5%**
De 20 à 39	**7**	**10,4%**
De 40 à 59	**12**	**17,9%**
De 60 à 79	**21**	**31,3%**
80 et plus	**22**	**32,8%**
Total	**67**	**100,0%**



25. le taux mensuel d'occupation le plus élevé

Taux de réponse : **95,7%**
Moyenne = **98,15**
Médiane = **100,00**
Min = **74** Max = **100**

	Nb	% cit.
Moins de 20	**0**	**0,0%**
De 20 à 39	**0**	**0,0%**
De 40 à 59	**0**	**0,0%**
De 60 à 79	**1**	**1,5%**
80 et plus	**66**	**98,5%**
Total	**67**	**100,0%**



Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

LA PROVENANCE DES PERSONNES ACCUEILLIES

Un adressage majoritairement à l'initiative d'établissements sanitaires

Comme le montre le tableau suivant établi à partir de l'enquête « patients », **les établissements sanitaires (services hospitaliers, urgences, ou autres établissements sanitaires) représentent plus de la moitié des adressages (51,9%).**

En dehors des Urgences, service qui a, de loin, le plus souvent recours au dispositif LHSS, on notera parmi les autres services hospitaliers orienteurs l'importance :

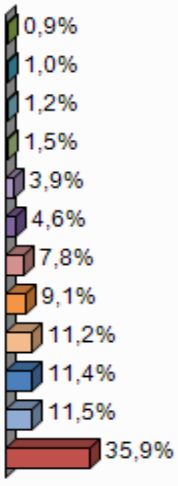
- Des services de médecine interne (40 orientations),
- Des services de chirurgie (hors traumatologie et cardiologie) (37 orientations),
- Des services d'hépato-gastro-entérologie (30 orientations),
- Des services de maladies infectieuses (23 orientations).

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est désignée à 23[6] reprises comme le service à l'origine de l'orientation.

17. Orientation LHSS - Par quelle structure la personne a-t-elle été orientée vers les LHSS ?

Taux de réponse : **99,2%**

	Nb	% cit.
CHS (établissement de santé mentale)	9	0,9%
Médecin libéral	10	1,0%
Présentation spontanée	12	1,2%
Association caritative	15	1,5%
Centre médico-social ou Centre de santé	39	3,9%
Autre établissement sanitaire (clinique privée, ...)	46	4,6%
Structure d'hébergement	79	7,8%
115 ou Veille sociale ou SIAO	92	9,1%
Autre	113	11,2%
CH/CHU/Hôpital local, service des urgences	115	11,4%
Maraude ou Equipe mobile précarité	116	11,5%
CH/CHU/Hôpital local, service hospitalier	362	35,9%
Total	**1 008**	**100,0%**



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Les Centres hospitaliers spécialisés (CHS) ou les services de psychiatrie des hôpitaux généraux sont des prescripteurs occasionnels vers les LHSS, contrairement à l'hypothèse selon laquelle ces services s'appuieraient sur les LHSS pour faire sortir leurs patients. En effet, on ne dénombre sur la période enquêtée que 18 orientations de la part de ces services[7].

[6] Ces 23 observations se répartissent dans les réponses « autres » et « CH/CHU/Hôpital local, service hospitalier » pour laquelle il était demandé de préciser le service orienteur.

[7] Ces 18 observations se répartissent dans les réponses «CHS» et « CH/CHU/Hôpital local, service hospitalier », pour laquelle il était demandé de préciser le service orienteur.

Mais un rôle non négligeable du secteur social dans les orientations

D'après les résultats de l'enquête « patients », les acteurs du secteur social représentent près de 30% des orientations vers les LHSS.

Ce chiffre est encore sous-estimé puisqu'au sein des réponses « autres », ce sont à 43% des structures sociales qui sont mentionnées, en particulier les CADA, les centres d'hébergement d'urgence ou les CCAS. Cependant, les acteurs les plus actifs du secteur sont les maraudes[8] et la veille sociale. Les **maraudes sont notamment des orienteurs importants du GIP** (31 % des personnes accueillies).

En dehors des établissements sanitaires ou sociaux, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) mobilisent également le dispositif LHSS. Ils sont à l'origine de l'entrée dans le dispositif de 3,1% des patients accueillis en LHSS entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011.

Les résultats de l'enquête « structures » présentés ci-après confirment les tendances rapportées par l'enquête « patients ».

Nb de lits	Structures de moins de 5 lits		Structures de 5 à 9 lits		Structures de 10 lits et plus		Total général	
	nb de pers orientées	*en % des personnes accueillies*	*nb de pers orientées*	*en % des personnes accueillies*	*nb de pers orientées*	*en % des personnes accueillies*	*nb de pers orientées*	*en % des personnes accueillies*
Le CH/CHU/HL	135	45%	343	57%	1536	51%	2014	52%
Le CHS	10	3%	48	8%	47	2%	105	3%
Autres établissements sanitaires (cliniques privées,…)	5	2%	35	6%	109	4%	149	4%
Les médecins libéraux	4	1%	12	2%	18	1%	34	1%
Le 115 / veille sociale	25	8%	53	9%	184	6%	262	7%
Les Maraudes / équipes mobiles	16	5%	40	7%	408	14%	464	12%
Les structures d'hébergement	44	15%	118	19%	390	13%	552	14%
Les associations caritatives	6	2%	15	2%	199	7%	220	6%
Les CMS	3	1%	25	4%	95	3%	123	3%
Présentation spontannée	14	5%	2	0%	54	2%	70	2%
Autres orientations	17	6%	34	6%	418	14%	469	12%
Somme de pers accueillies	**303**	**100%**	**606**	**100%**	**2986**	**100%**	**3895**	**100%**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

[8] A noter un point de vigilance sur le choix de cet item par les médecins ayant renseigné l'enquête : les maraudes sont également appelées équipes mobiles. Le libellé de la modalité de réponse était donc formulé comme suit « maraude ou équipe mobile précarité ». Il est possible que cela ait généré de la confusion chez certains médecins et qu'ils aient coché cet item en pensant aux équipes mobiles psychiatrie précarité.

Parmi les personnes accueillies en 2011, combien ont été orientées par … ?

Statut structure	Association		CCAS/CIAS		Centre hospitalier		GIP		statut inconnu	Total général	
	nb de pers orientées	*en % des personnes accueillies*	*nb de pers orientées*	*en % des personnes accueillies*	*nb de pers orientées*	*en % des personnes accueillies*	*nb de pers orientées*	*en % des personnes accueillies*	*nb de pers orientées*	*nb de pers orientées*	*en % des personnes accueillies*
Le CH/CHU/HL	1221	49%	85	49%	126	32%	501	60%	81	2014	52%
Le CHS	88	4%	12	7%	5	1%	0	0%		105	3%
Autres établissements sanitaires (cliniques privées,…)	127	5%	2	1%	20	5%	0	0%		149	4%
Les médecins libéraux	26	1%	1	1%	7	2%	0	0%		34	1%
Le 115 / veille sociale	228	9%		0%	10	3%	24	3%		262	7%
Les Maraudes / équipes mobiles	137	6%	2	1%	36	9%	289	35%		464	12%
Les structures d'hébergement	215	9%	45	26%	121	31%	152	18%	19	552	14%
Les associations caritatives	176	7%	1	1%	18	5%	25	3%		220	6%
Les CMS	51	2%	2	1%	8	2%	62	7%		123	3%
Présentation spontanée	50	2%		0%	20	5%	0	0%		70	2%
Autres orientations	342	14%	14	8%	113	29%	0	0%		469	12%
Somme de pers accueillies	**2478**	**100%**	**173**	**100%**	**389**	**100%**	**830**	**100%**	**25**	**3895**	**100%**

Nb : La totalité des orientations déclarées n'est pas égale à la totalité des personnes accueillies déclarées.

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Les études de cas réalisées sur le terrain confirment que les hôpitaux sont les premiers à l'origine de l'orientation vers le LHSS :

Ce constat n'est pas très surprenant : **conformément au cahier des charges, les structures ont développé des liens très étroits avec les structures hospitalières locales**, profitant souvent du réseau de leur(s) médecin(s) responsables. **L'existence des PASS a également facilité le rapprochement** des gestionnaires de LHSS moins familiers du domaine de la santé avec les hôpitaux. En effet, les assistantes sociales des hôpitaux et/ou des PASS connaissent bien le dispositif LHSS et sont les premiers interlocuteurs des personnels soignants des hôpitaux concernant les publics défavorisés, d'une part, comme du personnel LHSS d'autre part.

Les études de cas mettent également en évidence les relais qui peuvent exister entre les différences services d'une même structure et les LHSS.

En effet, de nombreux gestionnaires gèrent d'autres dispositifs d'accueil ou de repérage des personnes sans domicile, tels les maraudes, des places de stabilisation, des places d'hébergement d'urgence,…**L'orientation vers le LHSS se réalise donc assez naturellement entre les professionnels d'une même association,** d'autant plus lorsqu'il s'agit de postes mutualisés. C'est, par exemple, le cas de l'Abri à Metz qui offre dans un même lieu 5 micro-dispositifs au sein d'une même structure (8 places de stabilisation, 9 places en pension de famille, une équipe de maraude, 4 places en LHSS, 4 appartements de coordination thérapeutique - ACT) : ainsi, un quart des accueils en LHSS dans cette structure ont pour origine des orientations formulées par la maraude de l'association ou des orientations internes à partir des besoins des femmes qui occupent les places de stabilisation. Autre exemple : la consultation médicalisée du CASH Nanterre représente la moitié des orientations vers le dispositif LHSS. La décision d'inclusion dans le dispositif part du constat d'une dégradation médicale (infection, problèmes pulmonaires). Le travail d'accompagnement commence donc en amont des LHSS pour faire accepter aux patients l'entrée dans une démarche de soins. Cela peut être long et l'acceptation se fait souvent lors d'une rupture (lorsque la rue devient insupportable du fait de l'âge ou de la maladie).

Pour autant, au regard des résultats quantitatifs de l'enquête, l'existence de « filières » apparaît restreinte. En effet, les LHSS portés par des associations accueillent peu de personnes orientées par des structures d'hébergement (9% des orientations contre 26% pour les CCAS/CIAS, 31% pour les centres hospitaliers et 18 % pour le GIP).

LES MODALITES D'ORIENTATION ET D'ADMISSION EN LHSS

Un mode d'orientation largement privilégié : l'orientation directe

Le mode d'orientation retenu par la plupart de sites est l'orientation directe vers les LHSS. Seuls les opérateurs de l'agglomération lilloise passent par un organisme régulateur. Ils se sont ainsi conformés à ce que prévoyait le cahier des charges. L'organisme régulateur, Médecins Solidarité Lille (MSL), a pour mission d'analyser les demandes et d'attribuer les places. Ainsi, tout médecin hospitalier ou libéral peut, selon la situation médicale et sociale d'un patient, proposer une orientation vers le dispositif LHSS. Après accord de l'intéressé, le praticien contacte MSL. En fonction des places disponibles et si la demande lui

parait correspondre au cadre d'intervention du dispositif, le médecin MSL contacte la structure LHSS et son médecin responsable. La régulation par MSL est jugée positivement par les deux gestionnaires de LHSS rencontrés car MSL, en tant qu'acteur extérieur, reste neutre dans ces décisions, sans qu'interviennent des éléments affectifs.

Plus rarement, l'orientation peut également être prononcée par des commissions partenariales locales regroupant les principaux acteurs de la santé / précarité. C'est le cas à Metz, où la veille sociale de Metz regroupant les principaux acteurs de la santé et de la précarité de la ville (hôpitaux, EMPP, CCAS, urgences psychiatriques, structures d'hébergement,…) oriente certaines patients vers le dispositif LHSS.

L'orientation directe n'exclut par un certain formalisme : au regard des études de cas, il apparaît que **l'orientation est une étape relativement formalisée de la mise en œuvre du dispositif LHSS.** L'ensemble des structures rencontrées a, en effet, élaboré une fiche de liaison entre la structure prescriptrice et l'établissement LHSS. Cette fiche prévoit a minima des renseignements administratifs, la formulation d'un avis médical et la formulation d'un avis social. Certaines fiches prévoient, en outre, des renseignements complémentaires sur les antécédents, les traitements suivis, le nom et les coordonnées du référent social.

Conformément au cahier des charges, l'admission s'effectue pour des raisons médicales sur avis médical

Quelque soit la structure rencontrée, l'admission en LHSS est toujours conditionnée à un motif médical et un avis du médecin responsable est obligatoire. La situation de « sans domicile fixe » est une des conditions de l'admission mais elle n'est pas suffisante en soi. **Si à leur création les structures ont parfois reçu des demandes s'apparentant davantage à des demandes d'hébergement, aujourd'hui, les partenaires ont mieux compris les objectifs du dispositif**.

Toutefois, quelques exceptions ont été signalées, générées le plus souvent par la nécessité de mettre la personne à l'abri. Ainsi, dans un des LHSS rencontré, une femme enceinte dont la grossesse ne posait pas de problème particulier a été admise en LHSS pour protéger l'enfant à naître (risque d'infanticide). Dans une autre structure, l'équipe des LHSS remarque un certain nombre de demandes d'admission sans avis médical, sans besoin de médecin ou d'infirmier, d'où quelques refus.

Comme souhaité par le cahier des charges, **le médecin responsable des LHSS a un rôle clé au moment des admissions**, en termes d'interface entre les orienteurs et le responsable de l'établissement mais aussi en termes d'évaluation de la situation sanitaire :

- Dans **l'agglomération de Lille**, le protocole d'admission en LHSS est ainsi décrit : « Dès l'orientation par le médecin régulateur, la personne est vue par le médecin responsable de la structure qui procède à l'évaluation de la situation sanitaire et de la pertinence médicale de l'admission en LHSS. Si la pathologie nécessite une prise en charge hospitalière, le médecin responsable prononce un avis défavorable, en informe le responsable de la structure et le médecin régulateur, à charge de celui-ci d'en informer le prescripteur. Si l'avis est favorable, le médecin informe le responsable de la structure qui se prononce sur l'admission.

- A **Mâcon**, l'admission est prononcée par le médecin responsable (l'un des 2 médecins référents du Service des Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon, médecins responsables des LHSS et médecins référents de la PASS) auquel un confrère impliqué dans le suivi médical de la personne aura indiqué son diagnostic clinique. Celui-ci peut être un médecin de ville ou un service hospitalier. Seuls l'un des deux médecins responsables peut valider une entrée et une sortie de l'établissement.

Cependant, **ce rôle n'est pas exclusif d'une concertation**, réalisée a minima avec le responsable de la structure, voire avec l'équipe de soignants et éducative.

- A **Habitat et Soins à Nice**, les demandes d'admission viennent de la PASS, du CCAS, de la veille sociale... Dans ce cas, le dossier des candidats à l'entrée en LHSS est faxé. Il comporte des éléments sur la situation médicale du patient, qui vont être étudiés par le médecin du LHSS pour déterminer si le patient est admissible. Si c'est le cas, le dossier est ensuite discuté avec le Chef de service qui décide en dernier recours des admissions. Une décision est prise dans les 2 à 3 jours. Une fois l'accord donné à la structure, le lit est réservé et l'entrée se fait dans un délai maximum de 2 jours (arrivées possibles tous les jours de la semaine).
- Au sein de l'association **Gaïa**, la quasi-totalité des demandes d'admission provient de l'hôpital, des médecins et tout particulièrement des assistantes sociales. Un protocole a été mis en place : une demande est adressée par mail au médecin et au directeur du LHSS avec un descriptif de la situation de la personne sur le plan médical et social. Le médecin rend visite au patient avant de formuler son avis et l'assistante sociale de la PASS est également mobilisée pour le diagnostic social. La décision est ensuite prise en concertation entre le médecin et le directeur du LHSS (une réunion hebdomadaire est organisée chaque lundi).
- A **l'association Jane Pannier de Marseille**, le protocole prévoit que la demande d'admission est adressée par mail au médecin et au Chef de service du LHSS avec un descriptif de la situation de la personne sur le plan médical et social. L'évaluation porte sur la pertinence à suivre la personne (besoin d'une coordination de sa prise en charge). La volonté de la personne est également évaluée. En effet, si la personne vient sous la pression de la structure qui la prend en charge ou n'est pas prête à être accueillie en LHSS (manque d'autonomie, difficulté à gérer la vie en groupe), l'accueil sera un échec. Ainsi, une part de la demande doit être complétée par la personne elle-même (avec une aide si nécessaire). La décision est ensuite prise en équipe (réunion toutes les semaines). Priorité est donnée aux femmes dont la situation nécessite une mise à l'abri.
- Au **CCAS de Bordeaux**, les demandes d'admission sont formulées par le biais d'une fiche standardisée et examinées lors d'une commission hebdomadaire interne (le mardi). Préalablement les informations de la fiche de demande d'admission sont vérifiées par l'infirmière et la travailleuse sociale du LHSS. Ces dernières peuvent appeler les prescripteurs (principalement les services hospitaliers). Elles rendent parfois visite à la personne à l'hôpital, afin d'évaluer concrètement son état.

  La partie médicale de la demande d'admission doit obligatoirement être renseignée pour que le dossier soit étudié lors de la commission. Si la partie sociale est mal renseignée, le LHSS est moins strict. Si une demande arrive directement d'un patient, le LHSS se débrouille pour obtenir un avis médical.

Une réunion interservices a également lieu au sein du centre d'hébergement du CCAS sur la santé des résidents : elle réunit les éducateurs du centre d'accueil d'urgence (auquel les LHSS sont adossés), les infirmières et le médecin du LHSS, la responsable du LHSS, le responsable de l'EMPP (psychiatre) et la psychologue du centre. Cette réunion permet notamment d'évoquer les situations avant l'entrée en LHSS.

- Au **CCAS de Grenoble**, l'orientation se base sur une fiche d'admission visant à obtenir un avis médical et un avis social, à connaître les besoins des personnes en visite d'infirmiers et de médecins. Une réunion est ensuite organisée chaque mercredi matin pour étudier les entrées et les sorties avec les infirmiers et l'équipe du LHSS, donnant lieu à la rédaction d'un compte-rendu. Le CCAS avait envisagé pouvoir associer la PASS à cette commission, mais cela n'a pas pu se faire pour des raisons organisationnelles. Les nouvelles demandes sont étudiées en priorité. Au préalable, les médecins responsables des LHSS appellent les médecins « orienteurs » pour préciser la situation sanitaire de la personne (pour l'équipe, cet appel est une « précaution minimale à avoir »). Bien que les éléments médicaux soient difficiles à obtenir, un avis médical est quasi systématiquement obtenu.

Une appréciation variable de la lourdeur des situations amenant à l'admission ou au rejet de la candidature

Les critères d'admission prévus par le cahier des charges (accueil réservé aux majeurs, aux personnes sans abri souffrant d'une pathologie nécessitant du repos et des soins habituellement prodigués à domicile, sans conditions administratives) **sont respectés** par les structures rencontrées lors des études de cas, à quelques rares exceptions. **Pour autant, les LHSS sont amenées à accueillir ponctuellement des situations médicales lourdes.**

En effet, les publics cibles des LHSS, vivant dans la rue dans de très mauvaises conditions d'hygiène et de santé sont souvent porteurs de multiples pathologies sous-jacentes dont certaines sont chroniques. Celles-ci ne correspondent pas aux « problèmes sanitaires bénins » normalement pris en charge par les LHSS. Pourtant, **les personnes sont accueillies, et ce pour plusieurs raisons qui peuvent se cumuler :**

- Bien que la personne souffre de maladies chroniques, **l'admission reste motivée par une pathologie aigue ou un état général fragilisé** ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou médicosociale spécialisée.
- Bien que l'évaluation médicale souligne une situation sanitaire lourde, **les réponses adaptées manquent, sont inexistantes ou les structures compétentes refusent l'accueil de personnes sans abri**. En effet, des professionnels de santé peuvent refuser les publics sans abri pour des raisons financières (absence de droits, refus de la CMU) ou en raison de comportements inappropriés. On peut souligner en particulier le cas des soins de suite et de réadaptation (SSR), services unanimement considérés comme difficile à mobiliser. Mais, c'est également le cas des établissements médicosociaux spécialisés (EHPAD, FAM, MAS,…).
- **La personne est parfois connue de longue date de la structure d'hébergement** à laquelle sont adossés les LHSS. Dans ce contexte, le refus de prise en charge est, pour des raisons affectives, particulièrement difficile pour l'équipe.

Selon les structures, en fonction de l'approche des médecins responsables et des responsables des LHSS, **la lourdeur des pathologies entraînant une décision favorable ou un rejet de la demande est différemment évaluée**. Pour illustration :

- Dans une première structure, si le médecin responsable estime que les personnes perfusées, sous morphine ou incontinentes n'ont pas leur place en LHSS, la structure a tout de même accueilli deux personnes en fin de vie. Face aux difficultés et au traumatisme causé à l'équipe et aux autres résidents, ce type d'accompagnement ne sera désormais plus effectué jusqu'à son terme : des négociations ont été entreprises avec le service de soins palliatifs de l'hôpital. A noter que les LHSS du CCAS ont également accueilli une personne souffrant de tuberculose (avec nécessité de porter un masque).
- Dans une deuxième structure, les situations sont variées en matière de soins : des pathologies aiguës (jambe cassée, grosse angine, etc.) aux pathologies plus lourdes (soins palliatifs, cancers). Ainsi, la structure s'est posé la question de faire intervenir une Hospitalisation à Domicile (HAD) pour les appuyer dans les prises en charge les plus difficiles. Cependant, une telle démarche ferait d'un lit un hébergement de longue durée, ce qui ne correspond pas à ses objectifs. La spécificité de l'établissement est également d'être reconnu pour sa capacité à accueillir des cas psychiatriques lourds (présence d'une psychologue et d'un médecin ayant un DU de psychiatrie).
- Dans une troisième structure, il n'y a pas de critères d'admission, sinon que la personne ne souffre pas de pathologies chroniques trop déstabilisées (afin de ne pas bloquer le dispositif). Le médecin responsable estime que le public accueilli est composé par ordre de priorité :
    - De personnes souffrant de pathologies chroniques, telles un cancer, une démence, une hépatite (dont 70% en lien avec l'alcool),
    - De femmes enceintes,
    - De sortants d'hospitalisation, qui ont également une pathologie chronique,
    - De personnes souffrant de pathologies pulmonaires.
- Sur un autre site, les personnes avec des pathologies chroniques (par exemple, diabète) ne peuvent pas être prises en charge, sauf pour traiter un déséquilibre ponctuel ou une pathologie aigüe associée. La prise en charge des personnes psychotiques n'est pas possible non plus (car l'équipe est insuffisante). Les personnes sont donc renvoyées vers les partenaires (hôpital, CSAPA pour les problèmes liés à l'alcool ou aux drogues).

Des gestionnaires également attentifs à trouver un équilibre au sein du collectif crée par les admissions.

D'un point de vue sanitaire, les établissements LHSS recherchent un équilibre entre des entrées correspondant aux pathologies cibles du dispositif et des entrées de patients qui présentent des situations sanitaires plus lourdes, pour lesquelles le LHSS apparaît insuffisant en termes de moyens (humains, conditions d'accueil, de prise en charge,…). Ainsi, au Fare de Lille, toutes les situations, même les plus difficiles, sont acceptées à condition que la nouvelle admission ne remette pas en cause l'équilibre global de la prise en charge des patients. En d'autres termes, la structure peut accueillir un à deux cas lourds sans remettre en cause l'organisation et le fonctionnement du LHSS. Dans cet esprit, la décision d'admission en LHSS se réalise de façon collégiale entre les personnels de santé, éducatifs et de direction.

Mais, cet équilibre global n'est pas recherché uniquement sur un plan sanitaire. **Cet objectif doit également être atteint du point de vue du bien-être des résidents**, qui passe notamment par **des conditions harmonieuses de cohabitation**. Il s'agit, lors des admissions, de veiller, à ce que, par la suite, la vie quotidienne au sein de la structure puisse se dérouler sans heurts ni violence. La viabilité au sein de la structure est une des conditions de son bon fonctionnement et les responsables y sont particulièrement attentifs.

Pour exemple, un des établissements rencontrés veille à accueillir à la fois :

- des femmes enceintes en grande difficulté, plutôt en fin de grossesse (pas plus de 3). Elles souffrent de grossesse à risque : gémellaire, diabète gestationnel, prostitution, souffrance psychologique, …
- des demandeurs d'asile et des « Dublin » (Etrangers pour qui la France demande à un autre Etat membre de l'UE de prendre en charge la demande d'asile. Les « Dublins » n'ont pas d'autorisation provisoire de séjour), souffrant de symptômes post-traumatiques (là aussi 3 maximum).
- des sortants d'hospitalisation (traumatologie notamment), souffrant parfois également de pathologies chroniques (cancer, insuffisance rénale, pathologie neurologique liée à l'alcool).
- quelques situations lourdes relevant de dispositifs spécialisés (FAM pour une personne accueillie, qui est hébergée depuis des années au centre d'accueil d'urgence, soins palliatifs pour une autre qui a refusé toutes les orientations car elle souhaite rester dans le centre qu'elle a toujours connu. La responsable du LHSS indique que le LHSS n'accueillera plus de situation de cette nature).

C-II - L'ACCUEIL DANS LES LHSS

UN EFFORT DES OPERATEURS DES LHSS POUR PROPOSER AU MOINS A MINIMA UN CADRE CONFORTABLE

Si la majorité des lits sont installés dans des locaux de plus de 5 ans, au regard des réponses apportées à l'enquête « structures », **les gestionnaires de LHSS semblent avoir consenti des efforts afin de proposer un minimum de confort à leurs usagers**.

Ainsi, parmi les structures ouvertes entre 2006 et 2010 [9]:

- 54% des lits sont implantés dans des locaux anciens [10]
- 23% des lits sont installés dans des locaux neufs.

68% des répondants indiquent que leurs locaux ont fait l'objet de travaux en dehors de la mise aux normes des établissements recevant du public.

De même, **l'accueil en chambre collective apparaît limité, facilitant ainsi le respect de la dignité et de l'intimité de la personne accueillie** (conformément aux dispositions de la charte des droits et libertés de la personne accueillie) ainsi que les éventuels risques sanitaires.

Sur les 863 lits ouverts entre 2006 et 2010 [11]:

- Environ 33% sont proposés en chambre individuelle,
- Environ 30% en chambre double,
- A peu près 7% en chambre collective.

9 structures sur 71 ne proposent pas de chambres individuelles. Il s'agit de 8 associations, dont 37 % ont une activité principale dans l'hébergement et 37 % dans la santé. 1 centre hospitalier est également dans ce cas.

L'accessibilité du dispositif aux personnes à mobilité réduite semble également être une préoccupation des opérateurs des LHSS, puisque 65% des places d'accueil sont considérées par les répondants comme accessibles aux personnes handicapées. Seulement 2 structures ne disposent pas d'aménagements. Il s'agit de 2 associations, l'une agréée pour un seul lit et l'autre pour 6 lits. Les lits sont installés dans des locaux anciens mais on fait l'objet de travaux de mise aux normes ERP.

Les 10 études de cas confirment que, globalement, les conditions d'accueil sont appréciées par les partenaires (institutionnels ou opérationnels) qui connaissent et visitent le dispositif **ainsi que par les usagers**. Ils soulignent plus particulièrement :

- **Les soins et l'hygiène** : dans la majorité des sites étudiés, un lieu est dédié aux soins et aux consultations du médecin.

[9] L'information n'est pas connue pour 23 % des lits.
[10] Bâtiments de plus de 5 ans.
[11] idem.

Toutefois, certaines pratiques constatées interrogent quant à la prévention des risques d'infection, par exemple. Certaines ARS souhaiteraient ainsi préciser les protocoles nécessaires pour éviter les contagions et les épidémies notamment dans la gestion du linge de toilette, des draps, de la restauration. Elles rappellent que les CHRS n'ont pas ces contraintes mais que les LHSS, en tant qu'établissements médico-sociaux, sont soumis à davantage de contraintes.

Dans la quasi-totalité des structures visitées pour les études de cas, les conditions d'hygiène satisfont le personnel et les partenaires intervenant dans la structure (professionnels paramédicaux notamment). A noter une exception, où les patientes sont autorisées à fumer, à s'alcooliser voire à se droguer (1/3 des 20 femmes présentes dans tous les dispositifs confondus de l'association) tant qu'elles sont dans leur chambre. Cette permissivité est une contrepartie à leur acceptation d'autres règles (pas de violence) et de leur prise en charge (acceptation des soins). L'hygiène des chambres représente alors un problème soulevé par l'infirmière libérale. En revanche, les infirmières intervenant dans un autre LHSS, trouvent, au sein de la structure, une sécurité et une hygiène qu'elles n'ont pas forcément quand elles réalisent des soins à domicile.

- **La présence humaine :** bien que, selon les organisations adoptées par les structures, les temps de présence soient variables (cf. section E relative à l'activité des LHSS), les patients sont très sensibles à l'encadrement et à l'écoute dont ils peuvent bénéficier. Outre les soignants et les intervenants sociaux, les agents d'accueil de jour et de nuit ont un rôle rassurant souvent souligné par les patients rencontrés. Pour des personnes souvent isolées, se sentir entourer et écouter contribue de façon non négligeable à leur bien-être et à l'amélioration de leur situation.
- **La sécurité** : les patients rencontrés soulignent le sentiment de sécurité qu'ils ressentent au sein de la structure, la possibilité d'avoir, même temporairement, un « chez soi ». Par exemple, le CHRS de Mâcon propose ainsi 4 studios individuels assez vastes avec salle de bain individuelle, frigo et lits médicaux, regroupés sur un même étage qui accueille également l'infirmerie. Les résidents ont leur clé. Ils peuvent accueillir un tiers et un chien. Néanmoins la cohabitation entre les publics de différents dispositifs dans un même lieu peut engendrer des conflits. Un site orienté sur l'accueil des femmes très marginalisées connaît, par exemple, parfois des difficultés de cohabitation quand certaines femmes accueillies en LHSS ne correspondent pas au profil habituel (ex : femmes victimes de violences conjugales).

En revanche, les locaux ne sont pas toujours suffisamment adaptés ou accueillants :

- Certains CHRS visités font l'objet de futurs projets d'humanisation. Actuellement, ils proposent des infrastructures plutôt anciennes et peu accueillantes. Dans une des structures rencontrées, les douches sont communes et les locaux vieillissants. Dans une autre, la difficulté vient de l'éclatement de l'établissement LHSS sur deux sites, ce qui complexifie la tâche des professionnels qui interviennent. De plus, les locaux ne sont pas vraiment adaptés, notamment sur le CHRS Hommes où la chambre est double et exigüe et ne comprend pas de WC mais est équipée d'une douche. Par ailleurs, la taille réduite du LHSS (4 lits) ne permet pas d'en faire un véritable établissement. Une autre structure est confrontée à une situation similaire, puisque les LHSS sont répartis sur 2 sites, dont l'un est composé d'une aile dédiée aux LHSS, les isolant de fait du reste de la structure

d'accueil d'urgence (à laquelle sont adossés les lits) et de l'équipe dédiée au LHSS basée plutôt sur l'autre site.

- Le repos des usagers peut également être perturbé par l'environnement du LHSS, lorsque des tensions existent au sein ou à l'extérieur du CHRS et plus encore au sein des centres d'accueil d'urgence.

Au final, **l'inadaptation des locaux peut avoir plusieurs causes** :

- **La personne accueillie ne relève pas du dispositif LHSS**. C'est le cas de patients atteints de la tuberculose par exemple.
- **Les locaux n'ont pas pu faire l'objet d'aménagements utiles à la dispense de soins** (ex: absence de salle de soins, sanitaires collectifs) ou à la prévention des maladies infectieuses (cas des chambres doubles).
- **L'éclatement des lits sur plusieurs sites complique la mise en œuvre** d'une prise en charge adaptée.

L'aménagement des locaux pose, enfin, une difficulté majeure pour l'accueil de tiers, en particulier d'enfants de femmes isolées, qui nécessitent une prise en charge. L'impossibilité d'accueillir ces enfants aboutit parfois à la renonciation aux soins, la femme refusant que ses enfants soient placés.

UN ACCUEIL POSSIBLE DU CONJOINT DANS PLUS DE LA MOITIE DES STRUCTURES

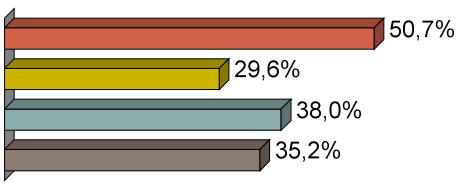
Si 50,7% des répondants à l'enquête « structures » déclarent pouvoir accueillir un conjoint du patient, **l'accueil d'un enfant pose beaucoup plus souvent problème**. Les structures sont cependant près de 30% à indiquer prévoir un tel accueil.

A noter, qu'il s'agit souvent d'un accueil relativement spartiate (mise à disposition d'un lit de camp), mais il a le mérite d'exister, d'autant que **ce n'est pas une obligation des LHSS au regard du cahier des charges**. Pour rappel, ce dernier prévoit que *« en l'absence de solution alternative et afin d'éviter des séparations, les accompagnants (conjoint, compagnon, enfant,…) peuvent, à titre exceptionnel, être également accueillis. »*

18. Les usagers des LHSS ont-ils la possibilité d'accueillir…? (plusieurs réponses possibles)

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	% obs.
un conjoint	**36**	**50,7%**
un enfant	**21**	**29,6%**
un animal	**27**	**38,0%**
il n'y a pas de possibilité d'accueil d'un tiers ou d'un animal	**25**	**35,2%**
Total	**71**	



Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Sur l'ensemble des dispositifs LHSS ouverts entre 2006 et 2010, 35,2% n'offrent aucune possibilité d'accueil d'un tiers.

Les structures de 10 lits et plus offrent davantage de possibilités d'accueil puisqu'elles ne sont que 21 % à ne pas accepter un conjoint, un enfant ou un animal. 73 % d'entre-elles permettent l'accueil du conjoint.

Les petites structures de moins de 5 lits sont davantage en capacité d'accueillir les animaux (47%) que les conjoints (39 %) et les enfants (39 %).

Enfin, 52 % des structures moyennes de 5 à 9 lits n'offrent aucune possibilité d'accueil d'un tiers ou d'un animal.

Les structures dont l'activité principale est la santé, de même que les CCAS/CIAS sont plus restrictives que les structures dont l'activité principale est l'hébergement : entre 40 et 43 % de la première catégorie n'offrent aucune possibilité d'accueil d'un tiers, contre 31 % des structures dont l'activité est l'hébergement.

L'impossibilité d'accueillir un tiers, en particulier les enfants de mères isolées est une vraie difficulté pour les structures. Plusieurs cas de refus de soins ont été rapportés par les responsables de structures, principalement motivés par le refus de séparation.

Certaines structures, selon leur statut ou leur organisation, offrent davantage de souplesse sur cette question de l'accueil d'un tiers, quand par exemple, les lits sont implantés dans un centre d'hébergement offrant des capacités d'accueil suffisantes pour proposer une solution temporaire au proche de la personne prise en charge (cas du CHRS de Mâcon par exemple ou du CCAS de Bordeaux). Néanmoins lorsque le CHRS est spécifique (accueil non mixte), ces difficultés resurgissent. Pour exemple, dans une association rencontrée, le nombre d'enfants est en augmentation constante car le nombre de femmes accueillies en fin de grossesse est en hausse. En 2011, sur 33 personnes accueillies, 9 étaient des enfants. Toutefois, toutes les structures ne sont pas aptes à cet accueil spécifique. A Jane Pannier par exemple, si une femme enceinte est prise en charge, une solution en abris maternels doit être trouvée dans les plus brefs délais, car après la naissance de l'enfant, elle ne pourra plus être accueillie par les LHSS. Dans cette structure, les enfants sont le plus souvent placés ou pris en charge par leur père. Il est alors possible d'organiser des rencontres, notamment en faisant appel à des associations qui portent des lieux d'accueil mère-enfant. Ce dispositif permet à la mère de garder contact avec son enfant le temps d'un week-end mais dans un environnement protégé par la présence de travailleurs sociaux.

DES MODALITES DE GARDE ET D'ASTREINTE MAJORITAIREMENT PREVUES

70 structures sur 71 ont mis en place une garde de nuit ou le week-end. **63 proposent les deux (88.3 %)** tandis qu'un seul établissement ne dispose ni de l'un ni de l'autre.

Les structures de moins de 10 lits ont plus fréquemment les 2 modes de garde (92 %) que les structures plus grandes (82 %). Les centres hospitaliers et le GIP ont tous une garde la nuit et le week-end.

Ces gardes sont **assurées par :**

- **Du personnel social dans près de 63 % des cas,**
- **Du personnel administratif et logistique dans 45 % des situations,**
- **Du personnel paramédical pour 25 % des structures.**

Les gardes des structures dont l'activité principale est la santé sont majoritairement assurées par du personnel paramédical (50 % des structures).

Concernant l'astreinte administrative[12], 47 établissements l'ont mise en place (soit 66 % des répondants). 17 l'ont doublée d'une astreinte médicale (24 % des répondants). 7 structures, soit un peu moins de 10 %, n'ont pas d'astreinte. Plus la taille de la structure augmente plus l'astreinte est fréquente (17 % des structures de moins de 5 lits n'ont aucune astreinte contre 4% des structures de plus de 10 lits).

1 seule structure n'a ni mode d'astreinte ni mode de garde de nuit ou de week-end, tandis que 17 ont mis en œuvre astreinte et garde de nuit et/ou de week-end.

C-III – LES SEJOURS ET LES SORTIES DU DISPOSITIF LHSS

LES CARACTERISTIQUES DES SEJOURS EN LHSS

Des séjours multiples relativement peu fréquents sauf au Samu Social de Paris

Le nombre de personnes accueillies pour la première fois représente 70 % des accueils en 2011 (hors GIP). Ce chiffre est conforté par l'enquête « patients » qui dénombre 67,2% de personnes accueillies pour la première fois.

En tendance, les associations intervenant dans le domaine de la santé accueillent proportionnellement moins de premiers séjours que les autres structures. Les données du GIP renforcent ce constat : 47 % seulement des patients accueillis le sont pour la première fois tandis que 36 % effectuent leur 3ème séjour.

Activité structure	Nombre de structures	Nb de lits	Nb de Personnes accueillies	Nb de personnes accueillies pour la 1ère fois		Nb de personnes accueillies pour la 2ème fois		Nb de personnes accueillies pour la 3ème fois	
				Nombre	*Taux*	*Nombre*	*Taux*	*Nombre*	*Taux*
Action sociale	4	34	173	140	81%	6	4%	1	1%
Hébergement / logement adapté	46	308	1339	1044	78%	97	9%	31	2%
Santé	11	227	1003	557	56%	88	16%	72	7%
Autres	5	96	525	386	74%	139	36%	4	1%
non réponse	1	10	25	25	100%		0%		0%
Total général	**67**	**675**	**3065**	**2152**	**70%**	**330**	**15%**	**108**	**4%**
GIP	1	170	830	391	47%	144	17%	295	36%

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

[12] Une astreinte administrative correspond à une période au cours de laquelle, en dehors des horaires d'ouverture, du personnel de la structure est chargé de relayer les urgences vers les acteurs compétents (hôpital, police, EDF,…). Cette astreinte peut tout aussi bien être réalisée par du personnel administratif que du personnel social ou paramédical. Dans ce dernier cas, en cas d'urgence médicale, ce n'est pas au personnel d'intervenir directement. Il doit seulement interpeller les services d'urgences compétents.

Parmi les 1016 observations recueillies pour l'enquête « patients », 67,2% des personnes accueillies entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011 n'avaient pas séjourné dans cet établissement au cours de l'année précédente (entre septembre 2010 et septembre 2011) et 19,7% une seule fois au cours de la période. Parmi les situations où existe un séjour antérieur, quel qu'en soit le nombre, le motif d'admission est le même dans 63,8% des cas.

Des séjours d'une durée inférieure ou égale à 2 mois dans 70% des cas

La durée des séjours se répartit de façon relativement équivalente entre :

- Moins d'1 mois : 39 %
- Entre 1 et 2 mois : 31 %
- Entre 3 et 6 mois : 33 %

Ce sont **les centres hospitaliers et le GIP qui ont les durées de séjour les plus courtes pour la majorité de leurs patients :** respectivement 71 % et 58 % des séjours durent moins d'un mois.

Statut structure	Association		CCAS/CIAS		Centre hospitalier		nr	Total général (hors GIP)		GIP	
Nombre de Code structure	62		4		3		1	70		1	
Somme de Nb de lits	580		34		69		10	693		170	
Somme de Sorties totales	2077		159		349		16	2601		1042	
Durée des séjours	Nb	en % du nb de sorties	Nb	en % du nb de sorties	Nb	en % du nb de sorties		Nb	en % du nb de sorties	Nb	en % du nb de sorties
Moins de 1 mois	699	**33,7%**	66	**41,5%**	250	**71,6%**	2	1018	**39,1%**	610	**58,5%**
Entre 1 et 2 mois	678	**32,6%**	56	**35,2%**	79	**22,6%**	1	815	**31,3%**	252	**24,2%**
Entre 3 et 6 mois	780	**37,6%**	46	**28,9%**	39	**11,2%**	10	866	**33,3%**	120	**11,5%**
Durée entre 7 et 12	144	**6,9%**	4	**2,5%**	15	**4,3%**		173	**6,7%**	39	**3,7%**
Durée + de 12 mois	45	**2,2%**	3	**1,9%**	0	**0,0%**		48	**1,8%**	21	**2,0%**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Globalement, les séjours de plus de 6 mois représentent une faible part, soit 8.5 % des cas.

La question 198 de l'enquête « structures » demandait la durée moyenne de séjour en nombre de jours en 2011. Si 31 % des structures se situent entre 30 et 60 jours en moyenne, 28 % d'entre-elles se situent entre 60 et 90 jours et 24 % entre 90 et 180 jours. Quant au GIP, il déclare une durée moyenne de séjour de 58 jours.

Durée moyenne de séjour	Nombre structures	Nombre destructures en %
Moins de 30 jours	5	7,14%
Entre 30 et 60 jours	22	31,43%
Entre 60 et 90 jours	20	28,57%
Entre 90 et 180 jours	17	24,29%
Plus de 180 jours	2	2,86%
nr	4	5,71%
Total général	**70**	**100,00%**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Ces éléments sont confortés par les résultats de l'enquête « patients » : Sur 989 patients, la durée de séjour est en moyenne de 77 jours. La médiane, qui a pour intérêt d'atténuer le poids des valeurs extrême, s'établit à 51 jours. Quant au calcul du 75ème percentile, il fait ressortir que seuls 25% des séjours ont duré plus de 104 jours, soit environ 3,5 mois. Le séjour le plus long correspond à 720 jours.

La durée moyenne de séjour par structure n'est pas liée au taux d'occupation de la structure. Elle n'est pas liée non plus au temps de présence du médecin ou de l'infirmier. [13]

Taille de la structure	Nombre de structures	Nb de lits	Taux annuel moyen d'occupation en 2011	Durée moyenne des séjours en 2011
Structures de moins de 5 lits	22	73	84%	74 jours
Structures de 5 à 9 lits	24	148	85%	79 jours
Structures de 10 lits et plus	21	454	88%	79 jours
Total général hors GIP	**67**	**675**	**86%**	**77 jours**
GIP	1	170	94%	58 jours
Association	59	562	86%	78 jours
CCAS/CIAS	4	34	85%	61 jours
Centre hospitalier	3	69	89%	56 jours

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Une durée de séjour principalement justifiée par la pathologie d'admission

La prolongation liée à la pathologie d'admission et la fragilité de l'état général nécessitant un repos prolongé sont les principaux motifs évoqués pour la prolongation des séjours au-delà de 6 mois. Le GIP, quant à lui, identifie l'absence de solutions de sortie et un projet d'insertion en attente.

[13] La durée moyenne de séjour a été croisée avec le taux d'occupation 2011 et les ETP de médecin et d'infirmier. Les relations ne sont pas significatives.

196. Classer, en fonction de la fréquence des situations rencontrées, les motifs principaux justifiant selon vous une durée de séjour au-delà des deux mois prévisonnels préconisés par le cahier des charges des LHSS ?

Taux de réponse : **97,1%**
L'importance varie de 0 à 8, elle est calculée comme le rang moyen auquel la modalité a été citée.

	Nb	Imp.
Prolongation liée à la pathologie d'admission	**65**	**6,93**
Fragilité de l'état général nécessitant un repos prolongé	**60**	**5,06**
Absence de solutions de sortie (manque ou inexistence de solution adaptée à la situation, saturation des dispositifs existants)	**55**	**4,38**
Capacité d'autonomie trop faible	**54**	**3,76**
Pathologie associée découverte après l'admission	**54**	**4,72**
Personnes en voie d'insertion ayant un projet en attente	**49**	**3,07**
Personnes sans papiers	**40**	**2,04**
Autres	**4**	**0,10**
Total	**70**	

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

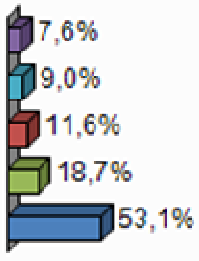
Ce constat est consolidé par l'enquête « patients ». D'après les médecins ayant répondu à l'enquête, la pathologie d'admission justifie la durée du séjour dans plus de 53% des cas. La fragilité de l'état général de la personne est invoquée pour 18,7% des patients, ce qui n'est pas négligeable.

Quant aux raisons sociales et à l'absence de solutions de sortie, elles représentent tout de même 16,6% des situations.

89. Justification durée séjour - Diriez-vous que la durée du séjour est principalement justifiée :

Taux de réponse : 95,5%

	Nb	% cit.
Par des raisons sociales	74	7,6%
Par l'absence de solution de sortie	87	9,0%
Par la ou les pathologies découvertes après l'admission	113	11,6%
Par la fragilité de l'état général de la personne	181	18,7%
Par la pathologie d'admission	515	53,1%
Total	970	100,0%



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Le croisement entre l'objectif du séjour et la durée moyenne des séjours permet d'établir les constats suivants :

- **La durée moyenne des séjours la plus élevée** concerne les personnes accueillies durant **l'intercure d'un traitement ou** la **durée d'un traitement lourd**, soit 93 jours.

- Viennent ensuite les séjours dont l'objectif est l'accueil pour repos sans problème sanitaire aigu (86 jours) ou la nécessité d'explorer un problème sanitaire mal identifié (82 jours).
- **La durée moyenne des séjours est beaucoup plus courte** concernant les personnes accueillies pour raison de **convalescence suite à une pathologie aigüe** (70 jours).

Si l'on considère les pathologies d'admission :

- En moyenne, les **séjours les plus longs** concernent les **décompensations aigues de pathologie psychiatrique** (102 jours), les personnes souffrant de **dénutrition** et d'**épuisement** (87 jours) et les personnes souffrant d'une **pathologie chronique connue sans décompensation** (78 jours).
- Sont dans la moyenne les séjours pour des infections (77 jours) ou pour décompensation aigue de pathologie somatique chronique (77 jours).
- Quant aux séjours les plus courts, ils sont le fait de patients accueillis en post-chirurgie (72,5 jours), suite à un passage en traumatologie (67 jours) ou en gynéco-obstétrique (59 jours).

A noter également, **des durées de séjour plus longues pour des patients, qui, en dehors du principal motif d'admission, souffrent d'un mauvais état dentaire et/ou d'un mauvais état nutritionnel.**

Si les chiffres soulignent une durée de séjour relativement courte, les responsables des structures constatent que **la tendance est à l'allongement des séjours**, ceci pour plusieurs raisons :

- **L'état de santé dégradé des personnes accueillies**. La mission du dispositif, qui était, à sa création, l'accueil de personnes sans domicile nécessitant des soins légers et de courte durée, s'est modifiée pour accueillir plus fréquemment des patients sans domicile présentant des pathologies plus lourdes, voire chroniques. Aussi, ces patients ne peuvent pas repartir à la rue en raison de leur état de santé physique ou psychique, de leur vulnérabilité ou de leur âge. Les durées de prise en charge s'en trouvent allongées.
- **L'absence ou l'insuffisance d'hébergements adaptés** proposés pour ces patients sur certains territoires : le dispositif LHSS reste alors engorgé du fait d'une insuffisance de solutions de sortie. En effet, cette dernière ne peut être envisagée qu'avec une solution d'hébergement (telle que les pensions de famille, une maison de retraite, une maison de convalescence, un foyer de vie ou une maison d'accueil spécialisé…), dont la recherche nécessite du temps et allonge les délais de séjour.

LES SORTIES DU DISPOSITIF LHSS

La majorité des sorties correspond à une fin de prise en charge

3 643 sorties sont déclarées par les répondants à l'enquête « structures » sur l'année 2011 dont 1 042 pour le seul GIP.

Répartition des motifs de sortie selon le statut des structures

Statut structure	Association		CCAS/CIAS		Centre hospitalier		nr	Total général (hors GIP)		GIP	
Nombre de structures	62		4		3		1	70		1	
Nb de lits	580		34		69		10	693		170	
Sorties totales	**2077**		**159**		**349**		**16**	**2601**		**1042**	
Motifs de sorties	Nb	en % du nb de sorties	Nb	en % du nb de sorties	Nb	en % du nb de sorties		Nb	en % du nb de sorties	Nb	en % du nb de sorties
Fin de prise en charge	1236	59,5%	24	15,1%	160	45,8%	9	1429	54,9%	668	64,1%
Comportement inapproprié, motif disciplinaire	133	6,4%	4	2,5%	7	2,0%	1	145	5,6%	54	5,2%
Refus de soins	42	2,0%	1	0,6%	47	13,5%		90	3,5%		0,0%
Hospitalisation	247	11,9%	3	1,9%	93	26,6%		343	13,2%	88	8,4%
Départ volontaire	304	14,6%	9	5,7%	57	16,3%	5	375	14,4%	206	19,8%
Décès	20	1,0%	4	2,5%	1	0,3%		25	1,0%	0	0,0%
Autres motifs	119	5,7%		0,0%		0,0%	1	120	4,6%	26	2,5%

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Près de 55 % des sorties des LHSS ont pour cause la fin de la prise en charge sanitaire du patient. Ce taux est majoritaire mais reste relativement faible. Le GIP et, dans une moindre mesure, les associations font un meilleur score : respectivement 64.1 % et 59.5% de leurs sorties sont motivées par la fin de la prise en charge sanitaire. Dans les petites et moyennes structures, ce motif représente respectivement 67 % et 73 % des sorties contre 49 % pour les LHSS de 10 lits et plus.

Avec un taux compris entre 13 % et 14 %[14], l'hospitalisation et les départs volontaires sont les deuxième et troisième motifs de sorties. Dans les LHSS adossés à un centre hospitalier, plus d'un quart des sorties correspondent à une hospitalisation.

La part des sorties pour hospitalisation peut néanmoins être sous-estimée en fonction des modalités de sortie retenues par la structure : dans certains établissements, l'hospitalisation est considérée comme une interruption du séjour, le patient n'est alors pas recensé parmi les sortants, dans d'autres, elle est systématiquement assimilée à une sortie même si la personne entre à nouveau dans le dispositif quelques temps après.

[14] L'enquête « patients » mettait, quant à elle, un taux supérieur de départs volontaires équivalent à 20% des motifs de sortie. Le taux d'hospitalisation est identique à celui établi par l'enquête « structures », soit 13%

Les sorties se réalisent en majorité vers la rue et les structures d'hébergement

D'après l'enquête « structures », 25 % des sorties se réalisent vers les structures d'hébergement d'urgence et 22 % vers la rue. **Entre l'hébergement d'urgence et le retour à la rue, 47% des patients retrouvent donc des conditions de vie très précaires à la sortie du LHSS.**

Ce que confirme l'enquête « patients » : sur 892 personnes sorties entre septembre et novembre 2011, 205 sont retournés dans le dispositif d'urgence et 193 dans la rue, un squat, un camion, à l'hôtel ou ont rejoint une destination inconnue.

Près de 17 % des patients sortants sont orientés vers un établissement de santé.

Pour 10,2% des patients enquêtés (74), ce sont des solutions un peu plus stables qui sont trouvées, principalement dans des CHRS, mais également dans des pensions de famille, des résidences sociales ou tout autre dispositif de logement adapté (logement en ALT, bail glissant, places de stabilisation). Parmi elles, 1,9% (soit 17 personnes) sont orientées vers des dispositifs spécialisés dans l'accueil de demandeurs d'asile. **A ce taux, il faut ajouter près de 20% de sortants vers une autre orientation**. L'enquête « patients » révèle, en effet, que ces autres orientations se font très majoritairement vers un CHRS, une place de stabilisation ou un CADA et dans une moindre mesure vers un dispositif de logement adapté (pension de famille, résidence sociale, bail glissant,…).

Peu de personnes accèdent à un établissement social et médico-social. 35 patients enquêtés parmi les 892 personnes sorties ont trouvé une **solution en établissement social et médico-social, soit 3,9% des orientations**.

Les sortants du GIP sont davantage orientés vers la rue (40 % des sorties) que ceux des associations (20 %).

Comme nous l'avions vu concernant les motifs de sortie, les centres hospitaliers orientent davantage vers un établissement sanitaire (28.7 % pour 16.8 % pour l'ensemble de l'échantillon).

Enfin, les structures dont l'activité principale est l'hébergement ou le logement adapté orientent un peu plus les patients vers les structures d'hébergement d'urgence : 31 % des sortants pour 25 % de l'ensemble des sortants.

Répartition des orientations selon le statut de la structure

Statut structure	Association		CCAS/CIAS		Centre hospitalier		nr	Total général (hors GIP)		GIP	
Nombre de structures	62		4		3		1	70		1	
Nb de lits	580		34		69		10	693		170	
Sorties totales	2077		159		349		16	2601		1042	
Orientations des sorties	Nb	en % du nb de sorties	Nb	en % du nb de sorties	Nb	en % du nb de sorties		Nb	en % du nb de sorties	Nb	en % du nb de sorties
Vers la Rue	424	20,4%	49	30,8%	106	30,4%		579	22,3%	418	40,1%
Vers une structure d'hébergement d'urgence	521	25,1%	51	32,1%	78	22,3%	4	654	25,1%	163	15,6%
Logement autonome ou un tiers	292	14,1%	4	2,5%	27	7,7%	5	328	12,6%	33	3,2%
Vers un appartement de coordination thérapeuthique (ACT)	76	3,7%	3	1,9%	4	1,1%		83	3,2%	0	0,0%
Vers un établissement sanitaire	309	14,9%	27	17,0%	100	28,7%	2	438	16,8%	92	8,8%
Vers un lit d'accueil médicalisé (LAM)	6	0,3%	1	0,6%	0	0,0%		7	0,3%	27	2,6%
Un autre LHSS	20	1,0%	1	0,6%	0	0,0%		21	0,8%	26	2,5%
Autres orientations	466	22,4%	22	13,8%	22	6,3%	5	515	19,8%	282	27,1%

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

L'enquête « patients » révèle également :

- 12 décès, soit 1,3% des patients accueillis entre septembre et novembre 2011,
- 21 retours à la situation initiale, dont 10 retours dans le pays d'origine, 3 retours à domicile, 4 retours dans la situation d'habitat initiale (tente, caravane, squat) et 4 retours dans la structure d'hébergement où était préalablement accueillie la personne (résidence sociale, foyer,…).

Les entretiens menés lors des études de terrain montrent que **si la « remise à la rue » est difficile à admettre par les personnels en contact régulier avec les patients, elle est pratiquée par les structures, afin de conserver au dispositif son rôle d'établissement médico-social d'accueil temporaire** et de ne pas le transformer en dispositif d'hébergement. En effet, la grande majorité des structures rencontrées se fixent pour objectif la stabilisation, voire la guérison, de la pathologie aigue à l'origine de l'admission (et non des pathologies sous-jacentes). Sur le volet social, qui nécessite souvent un temps d'intervention beaucoup plus long que les deux mois préconisés par le cahier des charges, la volonté est d'initier une démarche mais non de la finaliser. Seule une structure sur 10 met au même niveau la concrétisation du projet de soins et du projet social. Dans ce contexte, la durée limitée du séjour est un **garant du concept et des objectifs du LHSS**. Les courts séjours prémunissent des risques d'embolie du dispositif.

- Ainsi, à l'ABEJ, comme dans beaucoup de structures, la sortie se réalise quand la pathologie pour laquelle le patient est entré a été soignée ou stabilisée. Une personne qui n'est pas ou plus en danger et peut appeler le 115 est remise dans le dispositif d'hébergement d'urgence. Les remises à la rue sont loin d'être satisfaisantes pour la structure mais c'est un passage obligé pour assurer de nouvelles entrées.
- A l'association Gaïa, la sortie est préparée dès l'entrée dans le dispositif par l'éducatrice du LHSS, notamment en engageant les démarches d'accès aux droits et aux ressources, pour que la personne en ait le bénéfice dès sa sortie. Les points sur lesquels doit porter cet accompagnement social sont fixés dans le contrat de séjour du résident sur la base du diagnostic social et administratif systématiquement réalisé en début de séjour (ce travail étant très complexe pour les demandeurs d'asile). De plus, l'objectif est d'élaborer avec la personne un parcours d'insertion par le logement. Cependant, la sortie est principalement déterminée par l'état de santé de la personne. Une fois les soins terminés et l'état de santé stabilisé la personne sort.

Si cette position semble relativement générale, du moins dans les discours recueillis, certaines structures refusent de prononcer des sorties vers la rue. Ainsi, pour une association, le dispositif doit soigner le patient d'une part mais aussi proposer une solution de sortie acceptable. L'association refuse désormais que les patients accueillis retournent à la rue et les temps de séjours tendent à être plus longs que prévus initialement.

Pour pallier les conséquences néfastes d'un retour à la rue, les intervenants sanitaires et sociaux des LHSS ont souvent mis en place des relais avec les maraudes ou le Samu Social, afin qu'une sorte de veille sanitaire et sociale puisse se mettre en œuvre. Pour illustration, le travail en réseau est très important sur la métropole lilloise. Un lien est fait avec l'assistante sociale de l'accueil de jour. Pour une personne qui repart à la rue, le LHSS demande à la maraude de veiller sur son état sanitaire. De même à Bordeaux. Pour d'autres territoires plus restreints, comme Mâcon, les médecins responsables adressent les patients à leurs réseaux de professionnels de santé.

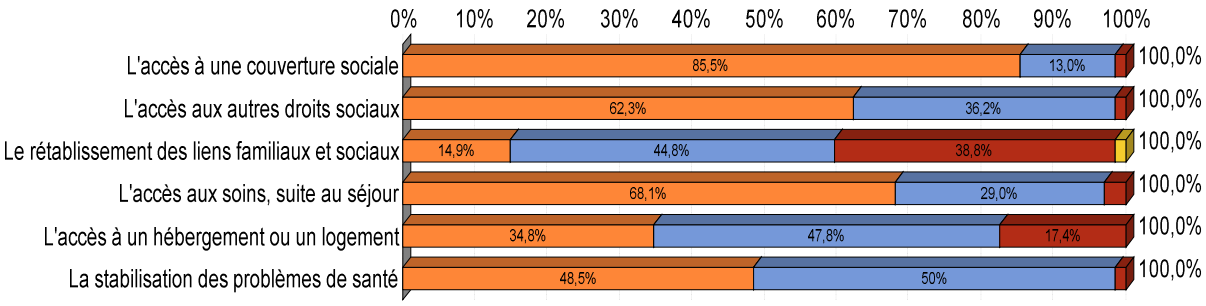
Un effet ressenti très marqué concernant l'accès à une couverture sociale mais plus restreint concernant la stabilisation de l'état de santé

Les effets les plus marquants du séjour en LHSS sont, pour une majorité de responsables d'établissements, l'accès à une couverture sociale et aux soins, ainsi que l'accès aux droits sociaux.

En revanche l'accès à un hébergement ou un logement ainsi que le rétablissement des liens familiaux et sociaux restent, selon les responsables LHSS, des effets relativement moins visibles suite au séjour.

Effets - Selon vous, les LHSS facilitent-ils...

	Oui, tout à fait		Oui, plutôt		Non, pas vraiment		Non, pas du tout		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
L'accès à une couverture sociale	**59**	**85,5%**	**9**	**13,0%**	**1**	**1,4%**	**0**	**0,0%**	**69**	**100,0%**
L'accès aux autres droits sociaux	**43**	**62,3%**	**25**	**36,2%**	**1**	**1,4%**	**0**	**0,0%**	**69**	**100,0%**
Le rétablissement des liens familiaux et sociaux	**10**	**14,9%**	**30**	**44,8%**	**26**	**38,8%**	**1**	**1,5%**	**67**	**100,0%**
L'accès aux soins, suite au séjour	**47**	**68,1%**	**20**	**29,0%**	**2**	**2,9%**	**0**	**0,0%**	**69**	**100,0%**
L'accès à un hébergement ou un logement	**24**	**34,8%**	**33**	**47,8%**	**12**	**17,4%**	**0**	**0,0%**	**69**	**100,0%**
La stabilisation des problèmes de santé	**33**	**48,5%**	**34**	**50,0%**	**1**	**1,5%**	**0**	**0,0%**	**68**	**100,0%**



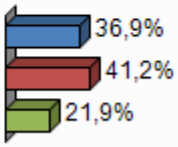
Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Pour les médecins des LHSS ayant répondu à l'enquête « patients », à la sortie du dispositif, l'état de santé demeure fragile pour une part non négligeable des personnes pour lesquelles le problème aigu n'est pas résolu. Il en va de même des autres problématiques, préexistantes ou découvertes durant le séjour.

94. Résolution problème aigu - A la sortie du LHSS, le problème aigu ayant motivé l'admission est-il résolu ?

Taux de réponse : **96,7%**

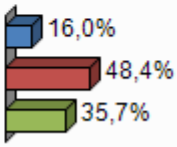
	Nb	% cit.
Oui, totalement	323	36,9%
Oui, partiellement	361	41,2%
Non	192	21,9%
Total	876	100,0%



95. Stabilisation pb autres - A la sortie du LHSS, pensez-vous que les problèmes de santé préexistants ou découverts durant le séjour, en dehors du motif d'admission, sont stabilisés ?

Taux de réponse : **91,9%**

	Nb	% cit.
Oui, totalement	133	16,0%
Oui, partiellement	403	48,4%
Non	297	35,7%
Total	833	100,0%



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Pour de nombreux médecins et responsables de structures, **au regard de la vocation relativement modeste des LHSS**, c'est-à-dire l'accueil temporaire de patients admis pour une pathologie non lourde, non chronique afin qu'ils y trouvent un espace et un temps de repos, **les LHSS constituent un dispositif efficace**. **Dans ce sens, les LHSS « remettent sur pieds » les personnes sans abri, réinstaurent momentanément une relation positive entre ces patients et les institutions grâce à l'individualisation et l'adaptation de la réponse**. Au-delà, les situations extrêmement difficiles, très ancrées depuis de très nombreuses années ne peuvent être traitées par le dispositif seul et sur une période courte. Les parcours des patients accueillis ne sont pas linéaires et progressifs, il y a des « allers-retours », des « hauts et des bas ». Le LHSS reste une étape parmi d'autres permettant parfois, mais pas toujours, de progresser au sein d'une trajectoire sanitaire et sociale.

Finalement, même si ce n'est pas définitif, **les LHSS améliorent la situation des personnes pendant un temps, tant d'un point de vue sanitaire que relationnel**.

- A Grenoble, l'infirmière et la kinésithérapeute partenaires constatent que les patients arrivent renfermés, ne comprenant pas le français, mais que, peu à peu, un climat de confiance s'instaure. Une certaine autonomie peut être acquise, concrétisée par une meilleure gestion du temps, une attention plus importante à l'hygiène.
- De même, à Bordeaux, le psychiatre de l'EMPP note qu'à leur entrée les patients des LHSS ont des problèmes d'humeur, d'anxiété, de sommeil. En fin de séjour, ils ont une meilleure capacité à envisager l'avenir, à restaurer des liens sociaux, à s'engager dans des démarches. Par ailleurs, le traitement peut souvent être adapté lors du séjour, ce qui améliore également leur état de santé. Cette évolution est possible car l'équipe du LHSS et ses partenaires ont le temps de réfléchir à la prise en charge et de la faire évoluer.

  Enfin, pour les membres de l'équipe et les partenaires, les LHSS offrent une sécurité psychologique aux personnes qui ont le temps de réfléchir à la suite

Dans l'ensemble des dix structures rencontrées, **la prise en charge globale qu'offre le dispositif est soulignée comme étant d'un intérêt majeur**. Les LHSS permettent, en effet, tout en restant centrés sur la problématique sanitaire, de proposer, outre un projet de soins, une prise en charge sociale et une prise en charge éducative.

<u>En synthèse :</u>

Le nombre de demandes par lit est significativement supérieur au nombre de personnes effectivement accueillies dans le dispositif (en moyenne, 7,71 demandes par lit contre 4,54 personnes accueillies). Ainsi, globalement, le taux de refus des demandes d'admission s'élève à 37,8%. Deux raisons principales expliquent cet écart :

- Les capacités d'accueil sont insuffisantes (31,7% des rejets sont motivés par l'absence de places disponibles, alors que le taux moyen d'occupation s'élève pour l'année 2011 à près de 86% - taux médian : 87%),

- Malgré une meilleure compréhension du dispositif par les organismes orienteurs, certaines demandes sont inadaptées et ne peuvent être prises en charge par les LHSS (la lourdeur de la pathologie et l'absence de motif sanitaire correspondent au deuxième et troisième motif de refus des demandes, avec des taux respectifs atteignant environ 27% et 23%).

Les orientations sont à près de 52% le fait d'établissements de santé, notamment des Urgences. Si elles sont majoritaires, les acteurs sociaux représentent, quant à eux, 30% des adressages. Il s'agit en particulier des maraudes.

Le mode d'orientation privilégié est l'orientation directe vers le LHSS, sans passer par un organisme régulateur comme le préconisait le cahier des charges. Un avis médical du prescripteur est systématiquement recherché par les gestionnaires de LHSS, même si le dossier peut être proposé par un travailleur social.

L'analyse du dossier et l'admission consacrent le rôle essentiel du médecin responsable. Des compléments d'informations médicales, voire des visites peuvent être réalisées pour faciliter la prise de décision. Cette dernière est adoptée soit dans un cadre bilatéral, entre le médecin responsable et le responsable du LHSS, soit au sein d'une commission réunissant l'équipe de l'établissement. Outre l'évaluation médicale, les structures sont attentives à constituer un collectif, qui puisse vivre harmonieusement au sein du LHSS.

Les critères d'admission prévus par le cahier des charges (accueil réservé aux majeurs, aux personnes sans abri souffrant d'une pathologie nécessitant du repos et des soins habituellement prodigués à domicile, sans conditions administratives) sont respectés. En revanche, au niveau des pathologies, la lourdeur qu'elles représentent en termes de prise en charge et leur adéquation aux moyens des LHSS sont diversement appréciées en fonction des structures. Au-delà, il arrive ponctuellement que les établissements accueillent des situations lourdes en connaissance de cause :

- soit que les réponses soient inexistantes, inadaptées ou que les institutions compétentes refusent les personnes sans domicile fixe (en particulier en EHPAD ou en services de soins de suite, voire dans les services de soins palliatifs),

- soit que des raisons affectives entrent en jeu, compte tenu de l'histoire de la personne avec la structure porteuse,

- soit que la pathologie chronique et/ou lourde ne soit pas le motif d'admission, mais nécessite tout de même une attention.

Pour les personnes en établissement LHSS entre septembre et novembre 2011, il s'agissait à près de 70% d'un premier séjour en LHSS au cours de l'année écoulée (soit depuis septembre 2010). Celles qui effectuaient un deuxième séjour dans l'année, revenaient, dans près de 64% des cas, pour un motif identique.

Les structures ont fait des efforts pour proposer un service de qualité au niveau des conditions d'accueil. Pour autant, reste l'épineux problème de l'accueil des enfants de femmes isolées nécessitant une prise en charge. L'impossibilité d'accueillir ces enfants (qui concernent 70% des structures) conduit dans un certain nombre de cas au refus des soins.

Les séjours sont courts dans l'ensemble (39% durent moins d'un mois, 31% entre 1 et 2 mois et 33% entre 3 et 6 mois). Mais, la sortie représente l'étape critique du dispositif. 55% des sorties sont motivées par la fin de la prise en charge, viennent ensuite les hospitalisations et les départs volontaires. Entre l'hébergement d'urgence et la rue, 47% des patients retrouvent des conditions de vie très précaires après leur séjour en LHSS. 17% sont orientés vers un hôpital et environ 30% trouvent une place dans une structure d'hébergement ou de logement adapté. Seules 3,9% des destinations correspondent à une entrée en établissement médico-social. Or, l'état de santé des personnes restent fragiles. A noter que les séjours les plus longs ne conduisent que très relativement à éviter un retour à la rue [15]. La brièveté des séjours et les remises à la rue sont aujourd'hui le prix à payer pour conserver sa finalité et sa place au dispositif, tout en permettant d'identifier les manques ou l'inexistence de solutions d'aval adaptées.

[15] Les séjours de moins de 77 jours (moyenne) aboutissent à un retour à la rue dans 22,9% des cas, tandis que les retours à la rue concernent 21,4% des séjours les plus longs. De manière plus détaillée, 8,9% des destinations correspondent à la rue dans le cadre des séjours de moins de 30 jours. Ce taux atteint 25,3%, 23% et 20,7% pour les séjours d'une durée respective de 30 à 60 jours, de 61 à 90 jours et de plus de 90 jours.

D – LES CARACTERISTIQUES DU PUBLICS ACCUEILLIS

Les données ci-après ont pour source l'enquête « structures » réalisée auprès des directeurs ou responsables de LHSS, l'enquête « patients » réalisée auprès des médecins des LHSS, ainsi que dans une moindre mesure les études de cas.

D-I - LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES ACCUEILLIES

UN PUBLIC TRES MAJORITAIREMENT MASCULIN ET PLUTOT AGE

L'identité comme l'âge des personnes accueillies sont le plus souvent connus (plus de 99% des situations).

Il s'agit d'hommes dans 79,3% des cas.

L'âge se situe **en valeur médiane à 47 ans** (46 ans en moyenne), mais comme le montre le graphique suivant, l'accueil des personnes de moins de 30 ans et de plus de 60 ans n'est pas rare.

44,2% des personnes concernées par l'enquête sont âgées d'au moins 50 ans, dont 16,7% ont 60 ans ou plus. Cette proportion a légèrement augmenté par rapport à celle que l'évaluation 2006 – 2008 des LHSS avait mise en évidence (15,7%).

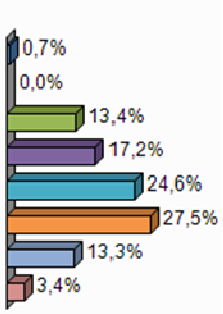
On soulignera également la présence de patients âgés de 70 ans et plus. Parmi les patients de l'enquête, le plus âgé a 88 ans. L'adéquation des LHSS à ce type de public interroge et **renvoie à la question de l'accès aux établissements spécialisés (type EHPAD) pour les publics en grande exclusion.**

A l'inverse, quelques patients, très peu nombreux, sont mineurs, bien que le cahier des charges prévoit un accès au LHSS uniquement pour les majeurs. Pour 4 d'entre eux, il s'agit d'enfants accompagnant leur mère. Pour les trois autres cas, les réponses aux questionnaires ne permettent pas d'établir s'il s'agit d'une erreur de saisie ou s'il s'agit effectivement de personnes mineures.

5. Age - Si oui, quel est l'âge du patient ?

Taux de réponse : **99,3%**
Moyenne = **46,22** Ecart-type = **13,88**
Médiane = **47,50**
Min = **1** Max = **88**

	Nb	% cit.
Moins de 10	7	0,7%
De 10 à 17	0	0,0%
De 18 à 29	133	13,4%
De 30 à 39	171	17,2%
De 40 à 49	245	24,6%
De 50 à 59	274	27,5%
De 60 à 69	132	13,3%
70 et plus	34	3,4%
Total	996	100,0%



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

UNE PERTE DE DOMICILE FIXE GENERALEMENT PLUTOT RECENTE

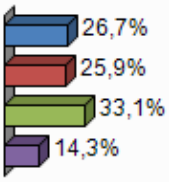
Parmi les personnes pour lesquelles l'information est disponible, soulignons la fréquence des situations où le patient s'est retrouvé récemment sans domicile fixe : **59% des personnes connaissent des conditions d'habitat très précaires** (rue, tente, caravane, squat,…) **depuis 5 ans au plus, dont un tiers depuis moins d'un an**.

A l'inverse, la proportion de patients enquêtés vivant dans la rue ou dans un habitat précaire depuis plus de 5 ans est loin d'être négligeable (26,7%).

9. Ancienneté SDF - Depuis combien de temps la personne n'a-t-elle plus de domicile fixe?

Taux de réponse : **96,5%**

	Nb	% cit.
Plus de 5 ans	**262**	**26,7%**
1 à 5 ans	**254**	**25,9%**
Moins d'1 an	**324**	**33,1%**
Non connu	**140**	**14,3%**
Total	**980**	**100,0%**



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

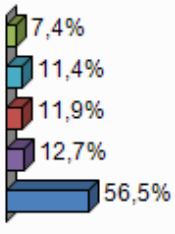
A l'entrée dans le dispositif, plus de 56% des personnes vivent à la rue, et comme le montre le tableau suivant, plus de 7% vivent dans un habitat précaire. Près de 13% vivent en structure d'hébergement[16].

Parmi les situations « Autre », on dénombre 39 personnes sortant d'un établissement sanitaire (hôpital, centre de convalescence, service de suite,…), 20 personnes ayant un logement autonome (sans indication sur l'état du logement), 11 personnes arrivant de l'étranger et 7 personnes sortant de prison.

7. Situation logement - Quelle était la situation de la personne vis-à-vis du logement à l'entrée dans le dispositif LHSS ?

Taux de réponse : **99,2%**

	Nb	% cit.
Logée dans un habitatindigne/logement précaire (caravane, squat...)	**75**	**7,4%**
Autre	**115**	**11,4%**
Hébergée chez des tiers	**120**	**11,9%**
Résident d'une structure d'hébergement	**128**	**12,7%**
A la rue	**570**	**56,5%**
Total	**1 008**	**100,0%**



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

[16] Sur ce point, le questionnaire ne distinguait pas l'hébergement d'urgence de l'hébergement de stabilisation ou d'insertion. Ces 13% peuvent donc renvoyer à des situations très différentes, mais soulignent un début de prise en charge sociale de la personne.

Près de 60% des personnes n'ont pas été accueillies dans un lieu d'hébergement stable depuis plus d'un mois (551 personnes), mais surtout parmi elles, 170 personnes ne l'ont pas été depuis plus de 10 mois.

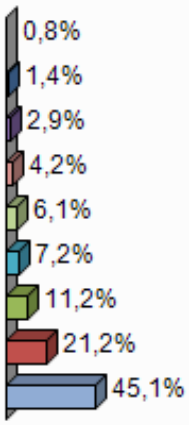
UNE PROPORTION TRES IMPORTANTE DE PERSONNES SANS RESSOURCES A L'ENTREE DANS LE DISPOSITIF

La plus grande part des personnes accueillies sont sans ressources à l'admission (45,1%), le RSA et l'AAH constituant, pour les autres, les deux principales sources de revenus.

13. Ressources patient - Quelles sont ses ressources ?

Taux de réponse : **98,2%**

	Nb	% obs.
Minimum vieillesse	8	0,8%
Salaire	14	1,4%
Allocation chômage	29	2,9%
Non déterminées	43	4,2%
Autres	62	6,1%
Retraite	73	7,2%
AAH	114	11,2%
RSA	215	21,2%
Sans ressources	458	45,1%
Total	1 016	100,0%



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Concernant les autres types de ressources, il s'agit principalement d'indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie pour compenser la perte de salaire (pour 10 patients), et, pour 26 patients, de l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA) versée par Pôle Emploi aux demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur demande, à certaines catégories de ressortissants étrangers et à des personnes en attente de réinsertion.

UNE COUVERTURE ASSURANTIELLE ABSENTE A L'ENTREE EN LHSS POUR PRES D'UN QUART DES PATIENTS ENQUETES

Si 40,1% des personnes ont la CMU, et 18,5% sont affiliées au régime général de l'Assurance Maladie, **un quart (24,6%) des patients enquêtés ne bénéficient d'aucune couverture maladie** lors de leur entrée dans le dispositif LHSS. Quant à l'AME, elle est mobilisée par 9,8% des usagers.

9,1% des répondants bénéficient également d'un statut ALD (affection de longue durée). Parmi eux, 43% émargent au régime de la CMU et 16% au régime général de l'Assurance Maladie.

Il faut souligner que **11,2% des bénéficiaires de la CMU restent sans couverture santé complémentaire** tandis que :

- 84,5% bénéficient également de la CMUc.
- 4,3% ont une mutuelle.

Par ailleurs, **33% des personnes couvertes par le régime général de l'Assurance Maladie sont sans couverture santé complémentaire** tandis que :

- 14,8% bénéficient également de la CMUc.
- 52,3% ont une mutuelle.

La proportion de personnes sans droit ou avec des droits restreints concernant l'accès aux soins n'est donc pas négligeable. Ce constat renvoie à l'importance du travail social réalisé au sein des LHSS.

D-II – ETAT DE SANTE DES BENEFICIAIRES

OBJECTIFS DU SEJOUR ET PRINCIPAL MOTIF D'ADMISSION

Toutes pathologies ou états sanitaires confondus, le repos et la convalescence comme principaux objectifs déclarés des séjours en LHSS

En dehors du motif sanitaire proprement dit, **la convalescence d'un état sanitaire aigu constitue l'objectif principal de la prise en charge en LHSS,** à proportion à peu près équivalente avec la prise en charge d'un état sanitaire aigu.

La prise en charge d'un état sanitaire aigu correspond à 28,4% des objectifs des séjours, alors qu'**il ne s'agit pas d'un objectif prévu par le cahier des charges des LHSS**. **La conformité avec le cahier des charges mérite d'être explorée au cas par cas concernant l'objectif de convalescence**, en particulier sous l'angle du risque de substitution des LHSS aux soins de suite. Néanmoins, dans un certain nombre de cas, il est tout à fait admissible qu'une personne en convalescence soit accueillie dans un LHSS.

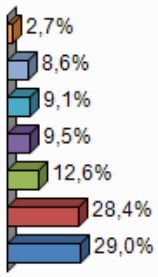
Quant aux intercures, au repos sans état sanitaire aigu, voire même à l'exploration d'un problème sanitaire, ces objectifs sont en adéquation avec les finalités des LHSS. Ils représentent globalement 31,2% des réponses.

Les réponses « autres » correspondent en particulier à des femmes accueillies en raison d'une grossesse - fin de grossesse, grossesse pathologique, accueil après un accouchement,… (20 réponses). Sont également évoquées les situations des accompagnants (9), de personnes en attente d'une place en chirurgie ou d'un appartement de coordination thérapeutique,… (5 réponses), ainsi que des mises à l'abri (5 réponses).

20. Objectif du séjour - Quelle était l'objectif du séjour ?

Taux de réponse : **99,1%**

	Nb	% cit.
Accueil pour traumatisme psychosocial (torture, viol...)	27	2,7%
Autre	87	8,6%
Accueil durant l'intercure d'un traitement ou la durée d'un traitement lourd	92	9,1%
Accueil avec problème sanitaire mal étiqueté à explorer	96	9,5%
Accueil pour repos sans problème sanitaire aigu, avec ou sans problématique chronique sous-jacente	127	12,6%
Accueil pour état sanitaire aigu	286	28,4%
Convalescence d'un état sanitaire aigu	292	29,0%
Total	**1 007**	**100,0%**



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Lorsque l'accueil a été réalisé pour un état sanitaire aigu, la décompensation aigue d'une pathologie chronique en est à l'origine dans 46,5% des cas.

Le plus souvent (85,2% des cas), l'état de santé de la personne à l'arrivée correspond à celui qui était annoncé par la structure de provenance.

Malgré un état de santé globalement stabilisé, deux motifs principaux d'admission qui interrogent la mobilisation des soins de suite pour les personnes en exclusion.

Comme le montre le graphique suivant, il existe une dizaine de grandes rubriques regroupant les motifs d'admission les plus fréquents en LHSS, dont, en particulier, **la traumatologie, la décompensation de pathologie chronique somatique, l'infection et l'altération de l'état général.**

Concernant l'état des personnes arrivant en LHSS suite à un passage en traumatologie ou suite à une décompensation aigue d'une pathologie somatique chronique, qui représentent 29,5% des motifs d'admission, **les services de soins de suite pourraient, dans certains cas, s'avérer plus pertinents pour la prise en charge des patients concernés**.

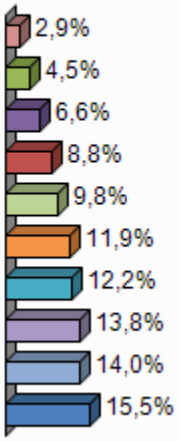
Précisons que :

- Parmi les 45 motifs relevant de la gynéco-obstétrique, la grossesse représente 73,3% des situations.
- Parmi les 122 admissions pour infection, les infections respiratoires représentent 33,6% des situations

23. Principal motif d'admission - Précisez le principal motif d'admission en LHSS :

Taux de réponse : **98,4%**

	Nb	% cit.
Décompensation aigue de pathologie psychiatrique	**29**	**2,9%**
Gyneco-obstétrique	**45**	**4,5%**
Dermatologie	**66**	**6,6%**
Postchirurgie	**88**	**8,8%**
Pathologie chronique connue sans décompensation	**98**	**9,8%**
Altération état général, dénutrition, épuisement	**119**	**11,9%**
Infection	**122**	**12,2%**
Autre	**138**	**13,8%**
Décompensation aigue de pathologie somatique chronique	**140**	**14,0%**
Traumatologie	**155**	**15,5%**
Total	**1 000**	**100,0%**



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

L'état de santé à l'admission, apprécié sur une échelle de 0 à 10 par le médecin du LHSS, se situe entre 4 et 6 pour 52,1% des bénéficiaires. La médiane s'établit à 6. Aussi, globalement, l'état de santé des patients accueillis en LHSS n'apparait pas fortement dégradé pour les médecins.

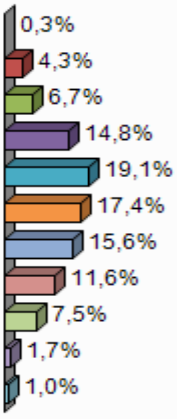
On note tout de même que plus de **26% des patients sont accueillis dans un état de santé très dégradé** (la note attribuée par le médecin du LHSS se situant entre 0 et 3). La place de ces personnes en LHSS pose ici clairement question.

A l'opposé de l'échelle de notation, 21,8% des patients semblent en relativement bonne santé (notés entre 7 et 10). Parmi ces derniers, il faut souligner que se situent notamment les accompagnants.

35. Note état de santé - Globalement, sur une échelle de 0 à 10 (allant de très mauvais à très bon), où situeriez-vous l'état de santé de la personne à l'admission ?

Taux de réponse : **98,8%**

	Nb	% cit.
0	**3**	**0,3%**
1	**43**	**4,3%**
2	**67**	**6,7%**
3	**149**	**14,8%**
4	**192**	**19,1%**
5	**175**	**17,4%**
6	**157**	**15,6%**
7	**116**	**11,6%**
8	**75**	**7,5%**
9	**17**	**1,7%**
10	**10**	**1,0%**
Total	**1 004**	**100,0%**



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

LES PROBLEMATIQUES DE SANTE DES PERSONNES ACCUEILLIES

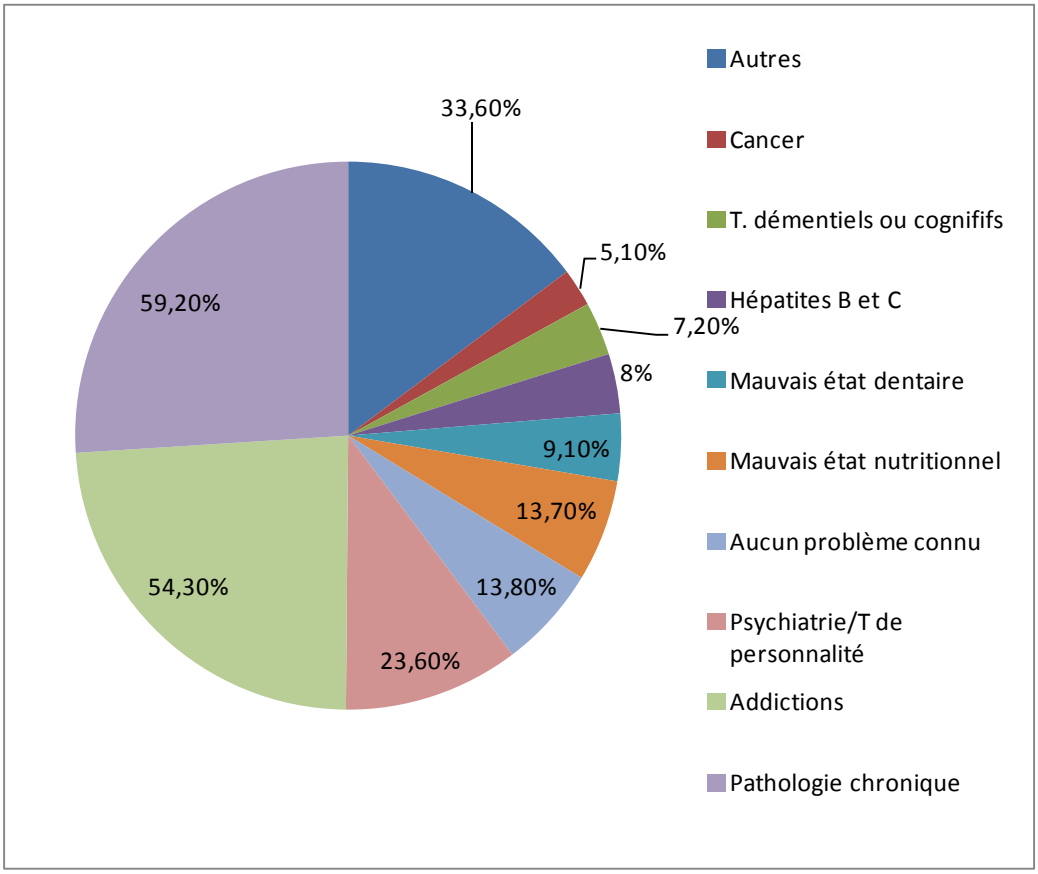
Largement plus de la moitié des personnes accueillies ont déjà des pathologies chroniques et/ou des addictions connues

Une très large majorité de patients SDF est confrontée à des pathologies chroniques, puisqu'ils sont 59,2% à être diagnostiqués comme tel.

On peut s'étonner que le graphique ci-après aboutisse manifestement à un total supérieur à 100%. La raison est que le dénominateur correspond au nombre de patients ayant fait l'objet de l'enquête. Or, ces derniers cumulent bien souvent plusieurs pathologies. Ainsi, les personnes accueillies en LHSS souffrent bien souvent simultanément :

- d'une pathologie chronique,
- et/ou d'addictions,
- d'une autre pathologie, qui relève souvent de la santé mentale, du mauvais état nutritionnel ou d'autres problèmes de santé très hétérogènes (épilepsie, tuberculose,…).

Seulement 14% des personnes admises ne présentent pas de problématiques de santé déjà identifiées.

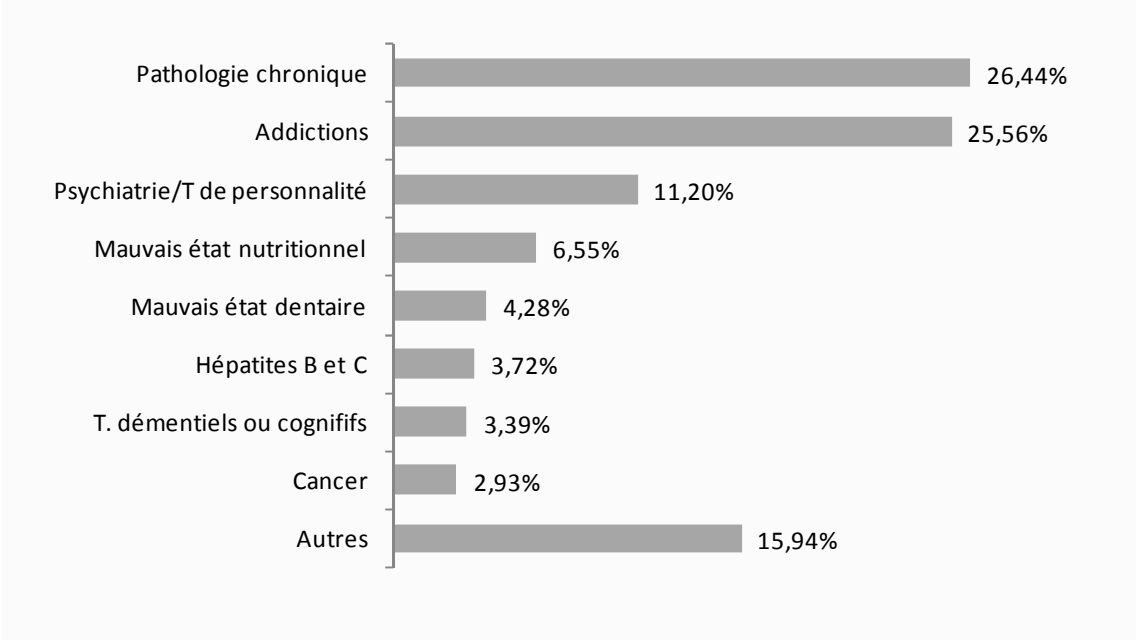


Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011.

Si l'on considère maintenant non pas les patients accueillis mais l'ordre d'importance des pathologies hors motif d'admission qu'ont à connaître les équipes des LHSS (en nombre de citations, hors prise en compte cas « aucun problème connu »), il s'agit pour plus d'un quart

d'entre elles de pathologies chroniques et d'addictions, pour 11% de troubles de la personnalité, voire de pathologie psychiatrique. La catégorie « autres pathologies » regroupe des situations sanitaires très hétérogènes, hétérogénéité que l'on retrouve dans le schéma ci-après, à l'exception des trois premières catégories. Dans la catégorie « Autres » problématiques de santé déjà connues, sont en particulier cités des problèmes d'épilepsie (40 citations, soit 1,7% des problématiques repérées) et la tuberculose (19 citations, soit 0,8% des problématiques déjà repérées).

29. En dehors du motif d'admission, quelles étaient les problématiques de santé déjà connues chez cette personne ?



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

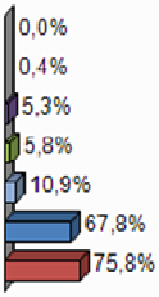
Les pathologies chroniques citées sont extrêmement variées : insuffisances cardiaques (6,4% des pathologies déjà connues hors admission), insuffisances hépatiques (7,2%), insuffisances respiratoires (9,4%), diabète (7,5% dont 3,6% insulinodépendant), artérites et HTA (12%), neuropathies périphériques (8,1%), infection à VIH (3,3%) et insuffisance rénale (2,1%).

La relation entre la majorité de ces affections et le risque lié aux pratiques addictives, notamment alcooliques et tabagiques, est suggérée par la forte fréquence observée de ces dernières. Ainsi, **les addictions qui touchent 54% des personnes admises en LHSS sont dominées par l'alcool, le tabac et les polytoxicomanies**.

31. Précision addictions connues - Si en dehors du motif d'admission, vous avez coché que la personne présentait des problématiques déjà connues d'addiction, veuillez préciser :

Taux de réponse : **99,8%**

	Nb	% obs.
Dérivés amphétaminiques	0	0,0%
Cocaïne	2	0,4%
Héroïne	29	5,3%
Cannabis	32	5,8%
Polytoxicomanie	60	10,9%
Tabac	373	67,8%
Alcool	417	75,8%
Total	550	



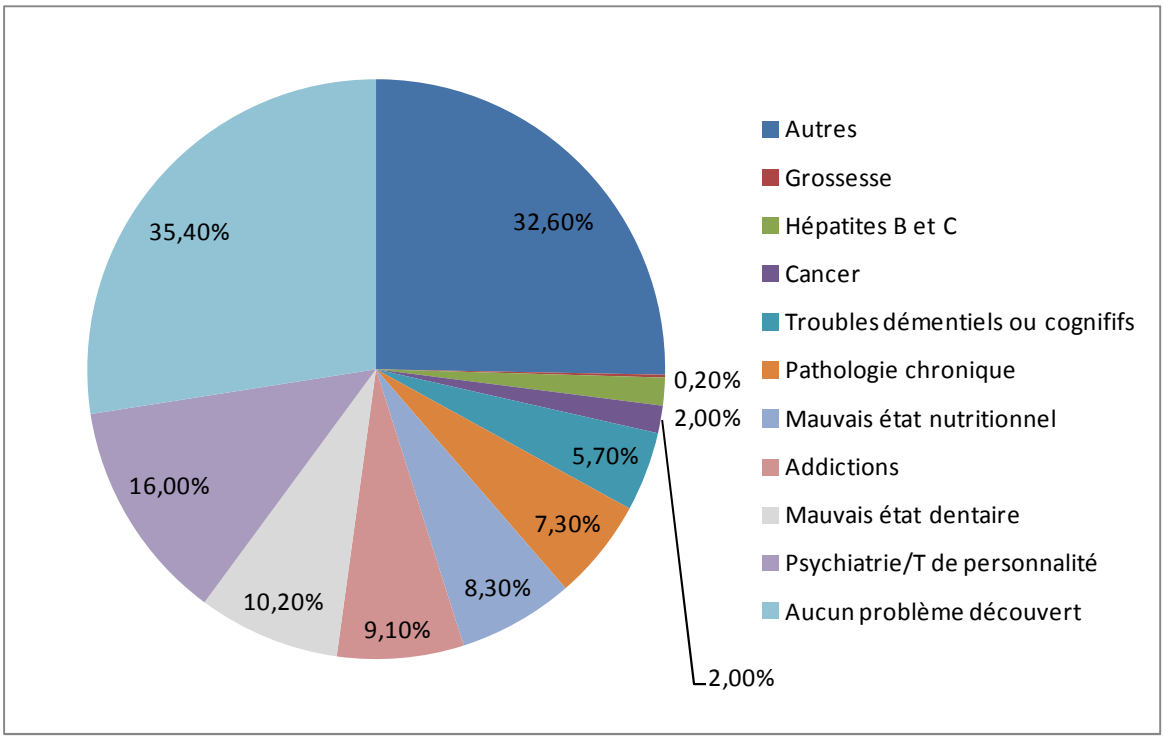
Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Une ou des comorbidités découvertes au cours du séjour pour près de 65% des patients accueillis

Les comorbidités découvertes au cours du séjour correspondent, le plus souvent, à des troubles de la personnalité ou des troubles psychiatriques, à un mauvais état dentaire, à un mauvais état nutritionnel ou à des problèmes d'addiction.

Parmi les réponses « Autres », les citations les plus fréquentes correspondent à des problèmes de dermatologie, à la dépression et aux troubles psychiques, à des problèmes de rhumatologie, ainsi qu'à des problèmes de gastro-entérologie.

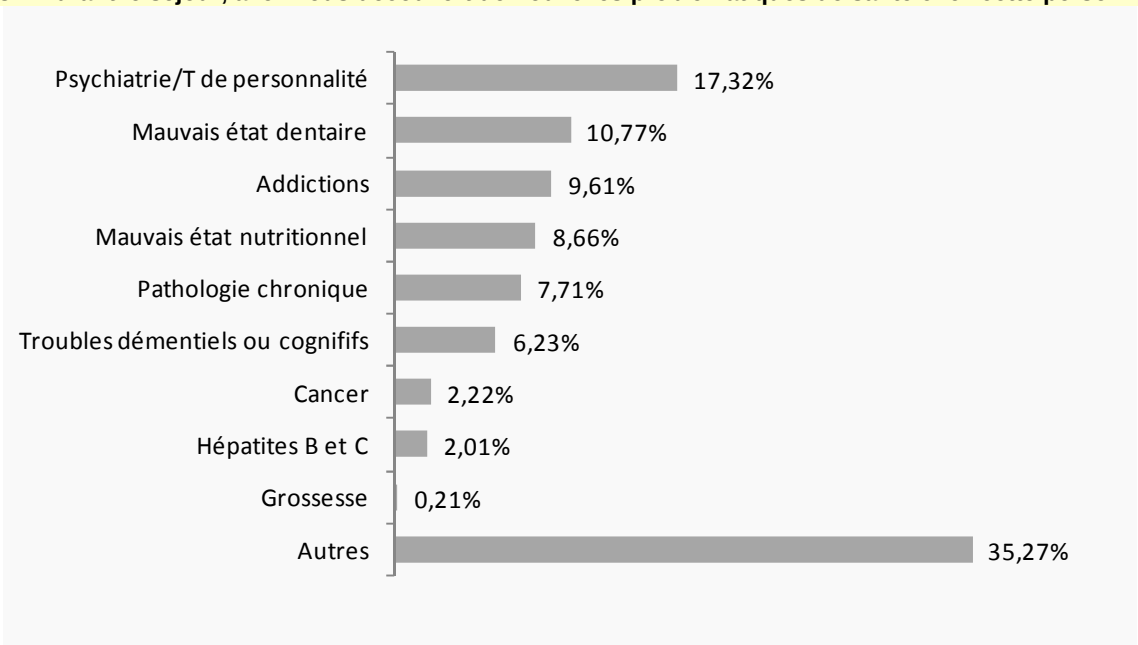
Pour 35,4% des personnes, aucun nouveau problème de santé n'est découvert durant le séjour. A noter que l'âge médian de ces patients est comparable à celui de l'ensemble des enquêtés. Si l'on considère la période « d'errance », comme pour l'ensemble de l'échantillon, 33% sont sans domicile fixe depuis moins d'un an. En revanche, la proportion de personnes pour laquelle on ne sait pas depuis combien de temps elles vivent dans des conditions précaires est plus importante (20% contre 14% pour l'ensemble des patients enquêtés).



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Si l'on ne tient pas compte des situations où aucun problème n'a été découvert, les pathologies diagnostiquées au sein des LHSS se répartissent comme le présente le schéma ci-après. Après la catégorie « autres », il s'agit principalement de problèmes de santé mentale, loin devant le mauvais état dentaire et les addictions, qui restent tout de même souvent cités.

32. Durant le séjour, avez-vous découvert de nouvelles problématiques de santé chez cette personne ?



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Les investigations « terrain » confirment la complexité des situations accueillies en LHSS. Aussi, **compte tenu des difficultés cumulées des patients accueillis, les structures tentent de rechercher un certain équilibre entre les pathologies aigües et les pathologies plus lourdes d'une part, mais aussi au niveau des pathologies associées (alcoolisme, toxicomanie, problèmes psychiatriques,…)** afin de préserver une certaine viabilité tant en termes de prise en charge que de coexistence entre des publics très variés. La recherche d'équilibre permet aussi de conserver une durée de séjour proche des objectifs de la circulaire.

Compte-tenu des problématiques rencontrées, les LHSS doivent à la fois proposer les soins et le repos nécessaire à la pathologie d'admission d'une part et accompagner le patient concernant les pathologies associées qui, bien souvent, demandent un travail de longue haleine. Ces modalités de prises en charge sont logiquement très liées aux modalités d'organisation et aux moyens de la structure présentées dans la section suivante.

<u>En synthèse :</u>

Les LHSS accueillent très majoritairement des hommes (79,3%), relativement âgés : 44,2% ont au moins 50 ans et, parmi eux, 16,7% sont âgés de 60 ans ou plus. Cette caractéristique renvoie à la problématique de l'accès des personnes en exclusion aux établissements médico-sociaux (en particulier aux EHPAD).

56,5% des personnes prises en charge sont sans abri et 7% vivent dans un habitat précaire (caravane, squat,…). Près de 13% résident dans une structure d'hébergement et 11,9% sont hébergées par des tiers. Elles n'ont généralement pas derrière elles un long passé d'errance, puisque 59% d'entre elles sont sans domicile fixe depuis 5 ans au plus, dont un tiers depuis moins d'un an.

45% des patients n'a pas de ressources, quand 21% touchent le RSA et 11% l'AAH. Concernant la couverture maladie, une part non négligeable en est dépourvue (24,6%). 40% sont couverts par la CMU et 18,5% par le régime général de l'Assurance Maladie. Environ 44% des bénéficiaires de la CMU ou du Régime Général de l'Assurance Maladie n'ont pas de complémentaire.

Les séjours en LHSS ont souvent pour objectif la convalescence ou la prise en charge d'un état sanitaire aigu, résultant de la décompensation d'une pathologie chronique. Viennent ensuite des prises en charge visant le repos, l'exploration d'un problème sanitaire ou une intercure.

Quant aux motifs d'admission les plus fréquents, ils sont liés à des pathologies traumatiques, des décompensations d'une pathologie chronique somatique, des infections (en particulier respiratoires) ou une altération de l'état général.

86% des patients souffrent, par ailleurs, de pathologies sous-jacentes, le plus souvent déjà connues : pathologies chroniques (59%), addictions (54%), troubles de la personnalité ou pathologies psychiatriques avérées.

Sur une échelle de 0 à 10 (0 correspondant au plus bas niveau de l'état de santé), les médecins notent leurs patients entre 4 et 6 pour 52% d'entre eux. En revanche, ils évaluent que plus de 26% sont dans un état de santé très dégradé (entre 0 et 3).

E – L'ACTIVITE DES LHSS

Les données ci-après ont pour source l'enquête « structures » réalisée auprès des directeurs ou responsables de LHSS, les études de cas ainsi que dans une moindre mesure l'enquête « patients » réalisée auprès des médecins des LHSS.

E-I – L'ACTIVITE INTERNE DES LHSS

LES MOYENS HUMAINS

Le questionnaire adressé aux structures leur demandait de valoriser la charge de travail effectivement consacrée au LHSS, en dehors des considérations liées à l'enveloppe ONDAM. Cette information était demandée en Equivalent Temps Plein (ETP) pour chaque fonction potentiellement présente :

- Les fonctions supports :
  - Responsable,
  - Secrétaire,
  - Veilleur de nuit, gardien,
  - Hôte, maîtresse de maison, agent d'accueil,
  - Personnel de restauration.
- Les fonctions médicales et paramédicales (résumées par le libellé « ETP santé » dans les tableaux)
  - Médecin,
  - Cadre de santé,
  - Infirmier,
  - Aide soignant,
- Les professions sociales ou socio-éducatives :
  - Assistant de service social,
  - Educateur / moniteur éducateur,
  - CESF,
  - Animateur,
  - AMP.

Le questionnaire classait les AMP dans cette catégorie de fonctions en raison de leur rôle à la frontière de l'éducatif et du soin, participant au bien-être physique et psychologique des personnes. Ces professionnels auraient tout aussi bien pu être classés dans les fonctions sociales ou socio-éducatives.

En revanche, les traitements statistiques ont replacé les AMP dans les fonctions socio-éducatives. Ainsi, les taux d'encadrement social tiennent compte de ces professionnels.

Un taux d'encadrement par lit en légère baisse sur la période 2006-2010

Environ 488 ETP, toutes fonctions confondues, sont mobilisés pour les 853 lits ouverts entre 2006 et 2010. Le nombre d'ETP par lit est de 0,57 pour l'ensemble des structures (GIP inclus).

Ce ratio a légèrement diminué sur l'ensemble de la période 2006/2010, puisque, GIP excepté, il est passé de 0,62 à 0,54 en 2010.

Moyens humains (en ETP et en taux/ lit) selon les fonctions et l'année d'ouverture (hors GIP)

Date d'ouverture	2006 à 2010	2006	2007	2008	2009	2010
Nb de lits	683	76	159	192	175	81
ETP Fonctions supports	140,20	20,23	36,62	35,48	30,03	17,85
ETP Santé	162,15	18,54	32,82	47,81	34,59	14,55
ETP Social	58,41	8,10	15,91	23,35	13,38	11,53
TOTAL ETP	360,76	46,85	85,35	106,64	78,00	43,93
Ratio ETP TOTAL PAR LIT	**0,53**	**0,62**	**0,54**	**0,56**	**0,45**	**0,54**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

A noter que le GIP, ouvert en 2006, a un taux d'encadrement beaucoup plus élevé que les autres opérateurs, puisqu'il s'élève à 0,75 ETP par lit. En effet, il est organisé pour accueillir les patients 24h/24h.

Date d'ouverture	2006
Nb de lits	170
ETP Fonctions supports	24,35
ETP Santé	71,00
ETP Social	32,05
TOTAL ETP	127,40
Ratio ETP TOTAL par lit	**0,75**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Une répartition des fonctions différenciée selon la taille de la structure

Qu'elles aient moins de 5 lits, entre 5 et 9, ou 10 lits et plus, le taux global d'encadrement par lit reste sensiblement identique entre petites et grandes structures : entre 0,53 ETP et 0,58 ETP par lit.

En revanche, **la taille de la structure LHSS a une incidence sur la composition de l'équipe :**

- Les **fonctions supports** représentent le personnel le plus présent dans les structures de moins de 5 lits (0,25 ETP par lit pour un total de 0,57). Sur cet aspect, les très petites structures mobilisent davantage les fonctions supports que les opérateurs de 5 à 9 lits (0,21) et de 10 lits et plus (0,18).

- Les **fonctions de santé** sont très bien représentées au sein des structures de grande taille, puisque le taux d'encadrement soignant est de 0,30 par lit contre 0,15 respectivement pour les petites et moyennes structures.

  Les études de cas révèlent que **les petits établissements ont davantage de difficultés que les grands à recruter des professionnels de santé** (médecins ou infirmiers) qui acceptent de consacrer uniquement quelques heures à des patients qui ne constituent pas leur clientèle habituelle. **La présence du personnel de soins n'est donc pas continue même si elle est régulière. La continuité de la prise en charge est alors plutôt assurée par le personnel d'accueil ou les intervenants socio-éducatifs**, qu'ils soient salariés du dispositif LHSS ou de la structure porteuse. Cette configuration laisse une responsabilité assez grande aux éducateurs et personnel d'accueil qui, en dehors des passages infirmiers, doivent juger « *en bon père de famille* » de l'état de santé des patients du LHSS.

- **Les grandes structures valorisent peu les fonctions sociales ou socio-éducatives** : celles-ci ne représentent que 0,10 ETP par lit alors que le taux d'encadrement social s'élève à 0,17 ETP par lit pour les très petites et moyennes structures.

  L'orientation plus médicale des grandes structures tend sans doute à expliquer pour partie ce constat : les hôpitaux et les associations intervenant prioritairement dans le domaine de la santé privilégient les prises en charge thérapeutique aux prises en charge sociales.

Moyens humains (en ETP et en taux/ lit) selon la taille de la structure (GIP inclus)

	Ensemble des structures ouvertes entre 2006 et 2010	Structures de moins de 5 lits	Structures entre 5 à 9 lits	Structures de 10 lits et plus
Nb de lits	853	76	153	624
Taux ETP Fonctions supports par	0,19	0,25	0,21	0,18
Taux ETP Santé par lit	0,26	0,15	0,15	0,30
Taux ETP Social par lit	0,12	0,17	0,17	0,10
NB ETP TOTAL PAR LIT	**0,57**	**0,57**	**0,53**	**0,58**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Un taux global d'encadrement par lit plus faible dans les associations

Les associations représentent la très grande majorité des lits (580 sur 853) et des moyens humains observés au sein des LHSS ouverts entre 2006 et 2010 (294 ETP sur 488 ETP au total). Néanmoins, **le taux d'encadrement par lit est plus faible au sein des associations que chez les opérateurs d'un autre statut**. Dans les structures associatives, ce ratio s'élève à 0,51 par lit, contre 0,62 dans les CCAS/CIAS, 0,66 dans les centres hospitaliers et 0,75 au Samu Social de Paris.

La répartition des ETP selon les fonctions fait apparaître d'autres disparités : si **le GIP et les centres hospitaliers ont un taux élevé d'encadrement soignant (respectivement 0,42 et 0,30 ETP par lit),** la présence des fonctions supports est beaucoup moins valorisée dans

l'activité LHSS du GIP. En revanche, la fonction socioéducative est également importante au Samu Social de Paris et moins présente dans les associations.

Moyens humains en ETP répartis selon le statut de la structure

Statut structure	Taux ETP Fonctions supports par lit	Taux ETP Santé par lit	Taux ETP Social par lit	Taux TOTAL ETP par lit
Association	0,20	0,21	0,10	0,51
CCAS/CIAS	0,28	0,19	0,14	0,62
Centre hospitalier	0,21	0,30	0,14	0,66
GIP	0,14	0,42	0,19	0,75

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Une mobilisation plus importante de salariés de la structure porteuse (hors LHSS) dans les dispositifs de petite taille

Dans 68 % à 90 % des LHSS, selon la fonction, le personnel support (responsable, secrétaire, veilleur de nuit,…) des structures de moins de 5 lits est salarié de la structure porteuse du LHSS et non du dispositif. C'est le cas également des fonctions sociales/socio-éducatives.

On constate une répartition relativement similaire au sein des structures de 5 à 9 lits.

Or, les études de cas soulignent la **nécessité de bien préciser les rôles des salariés des structures porteuses au sein des LHSS, sous peine de créer des tensions ou de générer un désintérêt de ces salariés pour les résidents des LHSS**. Ainsi, dans un CHRS accueillant des lits halte soins santé, l'équipe du CHRS constate qu'elle doit aujourd'hui consacrer un temps non négligeable aux patients des LHSS au détriment des résidents du centre d'hébergement. Or, elle n'a pas le sentiment d'avoir un rôle à jouer dans les LHSS et intervient, selon elle, par défaut de présence de l'équipe dédiée.

Structures de moins de 5 lits

Statut fonctions sociales

	Salarié du LHSS		Salarié de la structure porteuse		Autre	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Assistant de service social	1	16,7%	5	83,3%	0	0,0%
Moniteur-éducateur / Educateur	6	30,0%	14	70,0%	0	0,0%
Conseiller en économie sociale et familiale	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%
Animateur	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%

Structures de 10 lits et plus

Statut fonctions supports

	Salarié du LHSS		Salarié de la structure porteuse		Autre	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Responsable LHSS (direction, Adjoint de direction,...)	13	56,5%	10	43,5%	0	0,0%
Secrétariat	10	58,8%	7	41,2%	0	0,0%
Veilleur de nuit, gardien	11	61,1%	7	38,9%	0	0,0%
Hôte, maîtresse de maison, agent d'accueil	8	72,7%	3	27,3%	0	0,0%
Agent de maintenance, agent d'entretien	10	66,7%	4	26,7%	1	6,7%
Restauration	4	44,4%	4	44,4%	1	11,1%

Statut fonctions sociales

	Salarié du LHSS		Salarié de la structure porteuse		Autre	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Assistant de service social	11	84,6%	1	7,7%	1	7,7%
Moniteur-éducateur / Educateur	8	66,7%	4	33,3%	0	0,0%
Conseiller en économie sociale et familiale	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%
Animateur	2	40,0%	2	40,0%	1	20,0%

Les données et les taux sont indiqués en nombre de structures

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

D'autres professionnels interviennent notamment dans les centres hospitaliers et les associations dont l'activité principale est la santé

43 répondants à l'enquête « structures » (soit 61 %) déclarent qu'ils font appel à d'autres professionnels de santé que des médecins, des cadres de santé, des infirmiers, des aides soignants ou des aides médico-psychologiques (AMP). Parmi eux, on recense des psychologues, des auxiliaires de vie, des kinésithérapeutes pour les plus cités. On recense aussi beaucoup d'infirmiers pour lesquels il est précisé qu'ils interviennent « *en appoint du ou des salariés de la structure* » ou durant les congés de ces derniers.

Les associations dont l'activité principale est la santé ont davantage recours à d'autres professionnels de santé : c'est le cas de près de 100 % d'entre elles contre 42 % des CCAS/CIAS et 55 % des structures dont l'activité est l'hébergement.

Les associations dont l'activité est l'hébergement ou la santé mentionnent en proportion équivalente le recours à d'autres professionnels (non exclusivement des personnels de santé) : respectivement 64 % et 78% des structures. Elles ne sont, en revanche, que 2 sur 7 (soit 28 %) parmi les CCAS. Les intervenants cités dans cette catégorie sont autant des professionnels de santé que des fonctions sociales, plus rarement des fonctions supports.

L'utilisation de personnels mis à disposition gracieusement est également une caractéristique propre aux associations dont l'activité principale est associée à la santé : 44% d'entre elles auxquelles s'ajoutent les hôpitaux ont des mises à disposition gracieuses contre 36% des structures dont l'activité est l'hébergement et 28 % des CCAS/CIAS. Les mises à disposition concernent très majoritairement des fonctions de soignants dans les hôpitaux et associations dont le champ principal d'intervention est la santé (83 %), des fonctions d'animation pour les autres structures. 2 centres hospitaliers sur les 3 de l'échantillon enquêté indiquent bénéficier d'une mise à disposition à titre gracieux.

Il en est de même pour le bénévolat : constaté au sein de 78% des structures dont l'activité principale est la santé, il est présent au sein de 29 % des structures d'hébergement et inexistant au sein des CCAS. A noter qu'un centre hospitalier sur les 3 répondants a eu recours à un bénévole dans le domaine de l'animation.

L'ACTIVITE MEDICALE ET PARAMEDICALE DES LHSS

Des consultations très régulières avec le médecin du LHSS

Tous motifs d'admission confondus, l'enquête « patients » indique que l'état de santé des personnes accueillies entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011 a nécessité **la consultation du médecin au minimum 3 fois par semaine dans 41,5% des cas** (15,9% chaque jour).

L'altération de l'état général, l'épuisement, le mauvais état nutritionnel et les affections dermatologiques sont décrites comme nécessitant une fréquence de consultations plus importante.

Plus de 80% des patients, quelle que soit la cause de leur admission sont vus en consultation au moins une fois par semaine.

Des soins infirmiers corrélés au motif principal d'admission

Dans 84,3% des cas, les soins infirmiers ont été dispensés par une infirmière salariée de la structure.

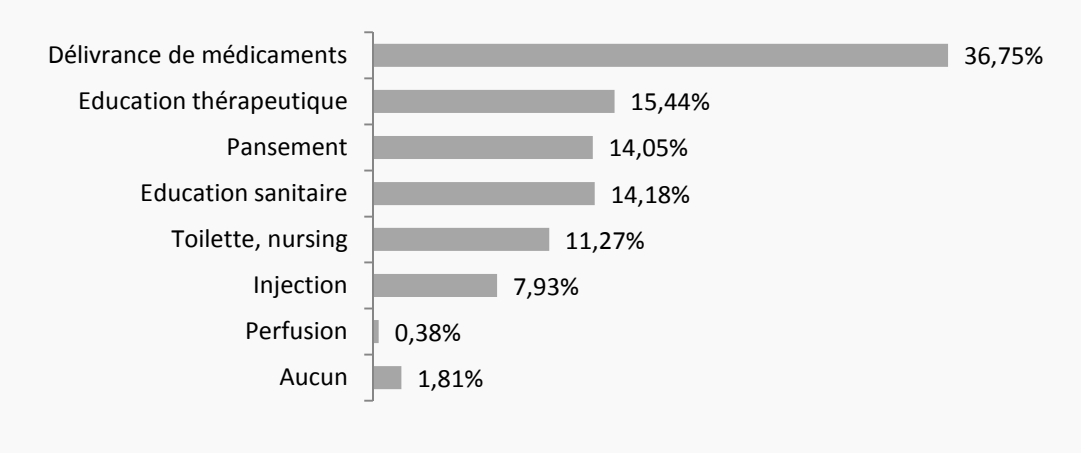
La **palette d'actes dispensés** est large comme le montre le graphique suivant, mais **dominée par la délivrance de médicaments, l'éducation (sanitaire et thérapeutique), les pansements et la toilette, de manière cohérente avec les motifs d'admission** précédemment mis en évidence.

Ainsi :

- La délivrance de médicaments, la toilette et le nursing sont dispensés quel que soit le motif d'admission,
- L'éducation est plus fréquente pour des problématiques d'altération de l'état général, de décompensation de pathologie chronique, de pathologie chronique ou psychiatrique (elle concerne 18 à 20% des patients présentant ces problèmes versus 12% environ pour les autres pathologies),
- Les pansements sont plus fréquemment pratiqués en post-chirurgie ou pour des motifs d'admission dermatologiques (25% des patients versus moins de 10% pour les autres pathologies),
- Les injections sont plus fréquentes pour la traumatologie, la post-chirurgie et les décompensations de pathologie chronique (10% des patients versus 6% pour les autres pathologies).

Enfin, si ces soins correspondent le plus souvent au motif d'admission (82% des situations), ils peuvent avoir été générés par un bilan réalisé au cours du séjour (18%). **Les problématiques de santé connues en dehors du motif d'admission ne modifient pas de manière spécifique le type de soins dispensés**.

38. Quels types de soins ont été dispensés ?



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Les études de cas conduisent à compléter les constats ci-dessus sur trois points :

- Sans donner lieu à un jugement de valeur, **la réalisation d'un bilan de santé n'est pas systématiquement réalisée,** certains médecins responsables privilégiant la continuité

des soins au regard d'un diagnostic posé préalablement.

- **Quant aux pratiques éducatives, elles relèvent davantage d'une prévention secondaire, voire tertiaire que d'une prévention primaire** : il s'agit de faire comprendre à la personne souffrant d'une pathologie chronique les agissements qui peuvent lui nuire et au contraire, ceux qui peuvent améliorer sa situation. Mais, les moyens restent modestes. La prévention concerne en particulier la prise de médicaments : il s'agit de donner des repères aux patients qui usent et abusent de traitements. Il peut également s'agir d'informer les personnes des risques liés à la cumulation d'alcool et de médicaments ou à l'utilisation de seringues non stériles.
- Enfin, **la mise en confiance et la préparation aux soins sont un axe important de la prise en charge**, qui était peu apparu dans le questionnaire : c'est en particulier sur ce point que l'articulation entre le socio-éducatif et le sanitaire est importante.

L'AIDE AUX ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE

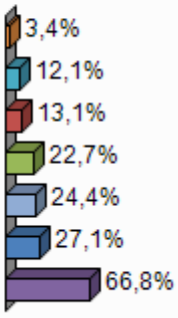
Seulement un quart des patients n'ont besoin d'aucune aide aux actes essentiels de la vie quotidienne

En conformité avec les finalités des LHSS, qui n'ont pas vocation à se substituer aux établissements médico-sociaux accueillant les personnes dépendantes, près d'un quart des patients sont en capacité de gérer seuls les actes essentiels de la vie quotidienne.

36. Autonomie patient - Durant le séjour, la personne avait-elle besoin d'une aide matérielle et/ou humaine pour :

Taux de réponse : **96,9%**

	Nb	% obs.
Les fonctions d'élimination	35	3,4%
S'habiller/se déshabiller	123	12,1%
La prise de ses repas	133	13,1%
Ses déplacements	231	22,7%
La personne n'avait besoin d'aucune aide	248	24,4%
Sa toilette	275	27,1%
La prise de ses médicaments	679	66,8%
Total	**1 016**	



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011. Les pourcentages ci-dessus ont été calculés sur la base de l'ensemble des répondants, y compris ceux n'ayant besoin d'aucune aide. Cela explique le décalage avec les pourcentages présentés dans le paragraphe suivant qui ne concernent que les patients ayant besoin d'une aide.

Une aide à la prise de médicament nécessaire quasiment systématiquement mais des besoins qui varient en fonction des objectifs du séjour

En dehors des personnes totalement autonomes :

- **88% des patients enquêtés nécessitent une aide à la prise de médicament**.

- Dans une proportion bien moins importante, **36% ont besoin d'une aide à la toilette**,
- et **30% d'un accompagnement physique dans leurs déplacements**.

Les aides aux actes essentiels de la vie quotidienne varient cependant en fonction des objectifs du séjour. Ainsi :

- L'aide à la toilette concerne en particulier les personnes accueillies pour un état sanitaire aigu ou pour un problème sanitaire à explorer. En revanche, elle est moins utilisée pour les personnes en intercure.
- L'aide aux déplacements est plutôt mobilisée pour les personnes en convalescence ;
- Quant à l'aide à l'habillage et au déshabillage, ce sont surtout les personnes accueillies pour un état sanitaire aigu qui en ont besoin.

Si l'on considère les pathologies d'admission (cf. tableau ci-après) :

- L'aide à la toilette bénéficie surtout aux personnes accueillies suite à des problèmes de dermatologie, d'altération de l'état général ou souffrant d'une pathologie chronique sans décompensation.
- L'aide à la prise des repas concerne principalement les personnes qui décompensent une pathologie psychiatrique et les personnes souffrant d'altération de leur état général (AEG).
- Les personnes n'ayant pas besoin d'aide sont principalement des femmes dont le motif d'admission est la grossesse.

On remarquera que les personnes accueillies suite à un traumatisme physique ne sollicitent pas plus d'aide que la moyenne des patients accueillis sur la période enquêtée.

L'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne est majoritairement réalisée par du personnel disposant des qualifications requises. Une nuance est cependant à apporter à ce constat concernant la distribution des médicaments :

- **Si les piluliers sont faits par des infirmiers, la distribution peut être réalisée par des éducateurs ou des agents d'accueil** (en particulier dans les structures où la présence du personnel soignant est très ponctuelle).
- Certes, il existe une réglementation prévoyant que la distribution des médicaments peut être effectuée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante (circulaire DGS/PS 3/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments), mais **cela génère parfois des craintes pour le personnel en charge de la distribution**.

Pour les personnes les moins autonomes et/ou en l'absence de personnel qualifié et en nombre suffisant, **certaines structures LHSS ont recours à des services d'aide à domicile, mais cette pratique reste restreinte**.

Les aides aux actes essentiels de la vie quotidienne en fonction des motifs d'admission

Autonomie patient / Principal motif d'admission	Non réponse	Sa toilette	La prise de ses repas	Ses déplacements	La prise de ses médicaments	S'habiller/se déshabiller	Les fonctions d'élimination	La personne n'avait besoin d'aucune aide	TOTAL
Non réponse	43,8%	12,5%	6,3%	6,3%	37,5%	12,5%	0,0%	12,5%	100%
Traumatologie	3,2%	26,5%	11,6%	25,2%	69,0%	11,6%	2,6%	19,4%	100%
Postchirurgie	4,6%	18,2%	18,2%	30,7%	58,0%	11,4%	5,7%	31,8%	100%
Gyneco-obstétrique	2,2%	0,0%	13,3%	17,8%	26,7%	0,0%	0,0%	55,6%	100%
Dermatologie	0,0%	47,0%	3,0%	9,1%	81,8%	16,7%	0,0%	13,6%	100%
Infection	0,8%	21,3%	9,8%	14,8%	80,3%	6,6%	2,5%	20,5%	100%
Altération état général, dénutrition, épuisement	1,7%	36,1%	20,2%	26,1%	78,2%	17,7%	5,0%	16,8%	100%
Décompensation aigue de pathologie somatique chronique	3,6%	28,6%	15,7%	32,1%	69,3%	12,9%	5,0%	18,6%	100%
Décompensation aigue de pathologie psychiatrique	6,9%	27,6%	24,1%	20,7%	58,6%	17,2%	0,0%	27,6%	100%
Pathologie chronique connue sans décompensation	2,0%	30,6%	12,2%	24,5%	66,3%	16,3%	4,1%	25,5%	100%
Autre	1,5%	27,5%	9,4%	18,8%	57,3%	10,1%	4,4%	36,2%	100%
TOTAL	**3,1%**	**27,1%**	**13,1%**	**22,7%**	**66,8%**	**12,1%**	**3,4%**	**24,4%**	100%

Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

L'ACTIVITE SOCIALE ET SOCIOEDUCATIVE

Une prise en charge sociale quasi systématique et très souvent orientée vers la recherche d'une solution d'hébergement

D'après l'enquête « patients », **85,6% des bénéficiaires ont nécessité l'intervention du travailleur social.**

A l'issue des études de cas, il apparaît que, conformément à la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médicosociale, **un diagnostic de la situation sociale des personnes est posé parallèlement au diagnostic médical et les objectifs de la prise en charge sont souvent consignés dans un contrat de séjour**. Ces objectifs concernent le volet médical d'une part et le volet social d'autre part, mais **si les soins thérapeutiques sont obligatoires, ce n'est généralement pas le cas de la prise en charge sociale**.

D'après l'enquête « patients » comme l'enquête « structures », **le travail social se concentre, de façon prépondérante, sur la recherche de solution d'hébergement et l'ouverture de droits de couverture assurantielle**, en cohérence avec la situation observée à l'admission.

La question 106 de l'enquête « structures » invitait les responsables de LHSS à ordonner 7 activités (hors ouverture des droits sociaux) selon l'intensité de travail qu'elles représentent pour les travailleurs sociaux du LHSS. Les items « recherche d'une solution adaptée à la sortie du dispositif » (score de 5.93/7) et « écoute » (score de 5.59/7) ont été sélectionnés prioritairement. L'accompagnement physique et la reconstitution de l'histoire de la personne arrivent en 3ème et 4ème position avec des scores respectifs de 4.78 et 4.25. **Les activités de partenariat ont recueilli un score relativement bas (3.33/7)**. Peu de différences apparaissent selon la taille ou l'activité principale des structures. Notons toutefois que le GIP a classé en premier l'accompagnement physique des personnes (score de 7 pour 4.78 pour l'ensemble des structures).

106. En dehors de l'ouverture des droits et l'aide aux démarches administratives, classez les activités qui mobilisent le plus les travailleurs sociaux ? (de 1, la plus mobilisatrice, à 7 la moins mobilisatrice)

Taux de réponse : **98,6%**
L'importance varie de 0 à 7, elle est calculée comme le rang moyen auquel la modalité a été citée.

	Nb	Imp.
La recherche d'une solution adaptée à la sortie du dispositif	**69**	**5,93**
L'accompagnement physique à des rendez-vous (consultations, services sociaux,…)	**68**	**4,78**
L'écoute	**68**	**5,59**
Les activités de partenariat / réseaux	**67**	**3,33**
La reconstitution de l'histoire de la personne	**64**	**4,25**
L'animation/activité occupationnelle/ateliers collectifs	**62**	**2,26**
Autres	**17**	**0,48**
Total	**70**	

Méthode de classement des réponses selon l'importance *: La question 106 était une question ordonnée. Le rang moyen permet d'identifier les items les mieux classés. Plus l'indice « importance » (imp.) est élevé, mieux le critère a été classé. Plus celui-ci est faible, plus bas est le classement du critère. Dans le cas présent, le « rang moyen » est compris entre 7 pour « extrêmement important» et 0 pour « pas du tout important ».*

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

La question 108 de l'enquête « structures » se focalisait sur les démarches entamées pour l'accès aux droits des personnes accueillies. Elle demandait aux responsables de LHSS d'ordonner 7 activités administratives en fonction de la mobilisation qu'elles représentent pour les travailleurs sociaux. **La constitution des dossiers de CMU, AME ou mutuelle est l'activité qui mobilise le plus les travailleurs sociaux** (score de 6.10/7). La mise à jour ou la mise en place des revenus constitue également une des tâches principales de la plupart des travailleurs sociaux (score de 5.01). **D'après les études de cas, le positionnement des intervenants sociaux des LHSS diffère d'une structure à l'autre** : soit ils **prennent en charge les personnes et les dossiers à constituer** (recherche des aides les plus pertinentes, renseignement des dossiers,…), **soit ils ont un rôle d'interface** et d'orientation vers les services sociaux de droit commun.

108. Concernant l'ouverture des droits, classez les démarches administratives qui mobilisent le plus les travailleurs sociaux (de 1, la plus mobilisatrice à 7 la moins mobilisatrice) :

Taux de réponse : **97,1%**
L'importance varie de 0 à 7, elle est calculée comme le rang moyen auquel la modalité a été citée.

	Nb	Imp.
Mise à jour ou mise en place des revenus (RSA, AAH, retraite,…)	**68**	**5,01**
Dossiers de demande d'hébergement ou de logement (logement social, CHRS, foyer, DALO,…)	**68**	**3,82**
Dossiers CMU, AME, Mutuelle	**67**	**6,10**
Constitution de dossiers (tutelle, impôts, aide sociale,…)	**66**	**3,71**
Demande ou réfection de papiers d'identité	**66**	**3,63**
Domiciliations administratives	**63**	**2,75**
Demande de titres de séjour	**61**	**2,54**
Total	**70**	

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

En dehors des grossesses où les démarches visant l'obtention d'un titre de séjour sont plus fréquentes, le motif d'admission n'influence pas le type d'intervention du travailleur social.

Les propos recueillis auprès des intervenants sociaux mettent en évidence quelques difficultés récurrentes :

- **Le maintien du lien avec le référent social de la personne, lorsque celle-ci en a un, n'est pas toujours évident**. Pour contourner cette difficulté, le CCAS de Grenoble, par exemple, sollicite régulièrement les travailleurs sociaux habituellement en charge de la situation : ainsi, l'intervenante sociale du LHSS appelle régulièrement ces professionnels pour donner des nouvelles et obtenir des informations sur les démarches en cours.
- **Les délais d'ouverture ou de renouvellement des droits sont, selon les contextes, parfois un peu long** (ex : 2 mois à Bordeaux pour les dossiers CMU). **En attendant qu'ils deviennent effectifs, des solutions intermédiaires doivent être trouvées** (souvent avec la PASS pour l'obtention de médicaments par exemple). Outre les délais, c'est l'information et son actualisation qui est parfois difficile à obtenir, tant sur les dispositifs et leurs évolutions en général (ex : l'aide pour une complémentaire santé – ACS), que sur les dossiers individuels. Or, des procédures d'ouverture de droits peuvent déjà être en cours pour les patients accueillis en LHSS.

- **Un travail d'information et de conviction, parfois laborieux, est nécessaire auprès des patients, pour qu'ils comprennent l'intérêt de certaines démarches**. Pour illustration, alors même que leurs ressources leur permettent, certains patients bénéficiant du statut « Affection de Longue Durée – ALD » refusent de souscrire à une mutuelle. Ils pensent qu'avec leur statut, ils sont toujours couverts à 100%. Aussi, dans une structure, le forfait journalier en cas d'hospitalisation au cours du séjour est-il soit pris en charge par la personne, soit intégrer dans la dette de l'hôpital. Si la personne refuse trop longtemps la mutuelle, le LHSS sollicite une mesure de curatelle ou de tutelle.
- **Le manque de maîtrise de la langue française constitue parfois une difficulté, d'autant plus que le recours à des traducteurs est onéreux**. Les structures font alors appel à du personnel ou à d'autres résident parlant la langue du patient, mais cela pose le problème du secret professionnel. Une difficulté identique peut intervenir sur le volet médical de la prise en charge.
- **Trouver une solution adaptée et pérenne à la sortie du dispositif représente, enfin, comme le soulignait l'enquête par questionnaire une difficulté majeure** pour les gestionnaires de LHSS. Le manque d'établissements ou leur réticence à accueillir un public ayant un passé d'errance sont évoqués, mais également l'inadéquation des conditions d'éligibilité par rapport à la situation des personnes : par exemple, pour obtenir une place en EHPAD, certains Conseils Généraux souhaitent avoir une domiciliation de la personne et obtenir des renseignements sur la filiation.

Un accompagnement socio-éducatif important pour l'articulation entre prise en charge sanitaire, prise en charge sociale et prise en charge socio-éducative

Au-delà du projet thérapeutique et de l'accompagnement social, les investigations menées sur le terrain ont permis de mettre en évidence **l'importance du travail socioéducatif réalisé auprès des patients, en particulier pour faire accepter les soins et réaliser l'articulation entre prise en charge sociale et prise en charge sanitaire aux yeux des personnes**.

Ce travail vise notamment la restauration de l'image de soi, la réappropriation du corps, une plus grande autonomie,… Il participe à la progression du parcours sanitaire et social du patient comme l'illustrent les exemples ci-après :

- A Metz, une éducatrice propose aux femmes marginalisées accueillies par l'Abri des séances d'esthétique ou de relaxation. Cette action a pour but de travailler sur le corps (hygiène, soins) et de restaurer l'image souvent profondément dégradée que les femmes ont d'elles-mêmes.
- A Lille, une orthophoniste partenaire de la structure organise, au sein du quartier, des séances au sujet de la parentalité auxquelles les femmes de l'Escale (FARE de Lille) participent. La structure LHSS accueillant plusieurs mères avec enfants, ces séances permettent d'établir les premiers jalons d'une bonne communication entre la mère et l'enfant.

  Sous un autre aspect, diverses sorties culturelles ou de loisirs sont proposées comme des expositions culturelles au FARE, des séances de piscine ou bowling à l'ABEJ, …Ces activités n'ont pas pour but « d'occuper » les patients mais bien de leur apporter des ressources nouvelles qu'ils pourront s'approprier, peut-être, à la sortie du dispositif. Les activités sportives de l'ABEJ visent la réappropriation du corps, l'ébauche de pratiques de vie plus saine.

- A Grenoble, l'AMP, dédiée au dispositif LHSS, travaille sur le quotidien des patients : restauration de l'hygiène, accompagnement aux rendez-vous médicaux, relais vers les assistantes sociales, obtention de produits de première nécessité,…apprentissage du quotidien : faire la vaisselle, utiliser un micro-ondes,…L'AMP peut aussi être présente pendant les consultations si cela rassure la personne : cela peut faciliter la prise de contact et le travail des professionnels de santé.

Compte tenu des éléments précédents, dans ces structures, les professionnels ont plutôt une qualification d'éducateurs, d'animateur, **les structures privilégiant les AMP** (au regard de leur approche de la personne mais aussi de leur coût).

Notons, **toutefois, certaines structures (Nice, Nanterre) qui limitent volontairement les animations et activités socioéducatives collectives, afin de conserver au dispositif une orientation sanitaire**. Chez ces opérateurs, l'accompagnement est relégué au second plan. A Nice, une réflexion est, néanmoins, en cours pour rééquilibrer la composition de l'équipe, en faisant appel à un moniteur éducateur ou une AMP pour la gestion des aspects relationnels.

L'articulation entre la prise en charge sanitaire, la prise en charge sociale et la prise en charge socio-éducative intervient au niveau de l'accompagnement socio-éducatif pour plusieurs raisons :

- Le profil d'**AMP**, privilégié par les structures (même si elles n'en sont pas toutes pourvues), offre une **qualification facilitant cette articulation**.
- **Les personnels socio-éducatifs sont, généralement, ceux dont le temps de présence auprès des patients est le plus important**. Ils établissent une véritable relation de confiance avec les personnes et peuvent référer aux médecins ou aux travailleurs sociaux leurs observations.

Les réunions d'équipe, organisées dans la quasi-totalité des structures visitées, constituent également un temps essentiel de coordination et d'échange. Sur de nombreux sites, ces réunions rassemblent l'ensemble des personnels en contact avec les patients, y compris les éducateurs et les agents d'accueil. Le rôle de ces derniers, comme des veilleurs de nuit, est primordial pour l'adaptation de la prise en charge, car ils ont à réaliser une **mission d'observation que leur présence dans la structure et leur proximité avec les personnes permettent**. Dans les structures orientées davantage vers le soin, cette fonction d'observation et ce rôle ne sont pas toujours suffisamment reconnus, générant parfois un déficit d'articulation entre la prise en charge sanitaire, sociale et socio-éducative.

E-II – LES SOINS REALISES PAR DES INTERVENANTS EXTERIEURS

LE PARTENARIAT

Deux partenaires principaux et incontournables : l'hôpital et la pharmacie

Globalement, l'ensemble des structures interrogées développent d**es partenariats plutôt réguliers avec une grande majorité des acteurs** proposés par le questionnaire « structures ». 10 partenaires obtiennent en effet un score supérieur ou égal à 8 (cf. note de lecture du tableau).

En cohérence avec le cahier des charges, les partenaires principaux sont le CHU/CH ou l'hôpital local ainsi qu'une ou des pharmacies (pour 69 des 70 structures interrogées et ayant répondu).

Viennent ensuite par ordre d'importance :

- les structures d'hébergement / gestionnaires du logement adapté (89 %)
- les associations de l'insertion sociale et/ou vers le logement (83%)
- les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) – 83 %
- les laboratoires d'analyse médicale – 77 %
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) – 76 %
- les services de prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD) – 66 %
- l'équipe mobile de psychiatrie - 72 %
- les réseaux de santé précarité – 69 %
- les travailleurs sociaux de droit commun (CCAS, Conseil général) – 61 %

Le partenariat apparaît moins systématique concernant :

- Les centres hospitaliers spécialisés (CHS),
- les services et établissements médico-sociaux,
- les médecins spécialistes,
- le centre d'imagerie médicale.

Enfin, **les partenariats sont plutôt absents avec SSR**.

Le domaine principal d'activité du gestionnaire LHSS n'a, selon les résultats de l'enquête, que peu d'incidence sur les partenariats noués, même si on peut noter quelques particularités liées à la proximité que peuvent avoir les LHSS avec différents acteurs.

Ainsi, les CCAS/CIAS ont plus souvent des partenariats avec les travailleurs sociaux de droit commun (CCAS, Conseil général) que les opérateurs de statut différent : ils sont 85 % dans ce cas contre 53 % des associations intervenant dans le domaine de l'hébergement. En revanche, ces dernières déclarent plus fréquemment que les autres avoir des échanges réguliers avec les structures d'hébergement (93% contre 50% des CCAS/CIAS et 66% des associations « santé ») ou avec les structures d'insertion par le logement (89 % des structures sont dans ce cas contre 40% des CCAS et 55% des associations « santé»). Les trois centres hospitaliers indiquent avoir noué un partenariat étroit avec des structures d'hébergement. Ils ont également tous conclu un partenariat avec des équipes mobiles de psychiatrie. C'est également le cas de 70% des structures liées à l'hébergement, 66% des associations intervenant dans le domaine de la santé et 42% des CCAS/CIAS.

Parmi les acteurs suivants, indiquez ceux avec qui vous travaillez en partenariat régulier ou occasionnel ?

	Moyenne
Le CHU/CH/Hôpital local	**9,93**
Une ou des pharmacies	**9,93**
Les structures d'hébergement/ gestionnairesdu logement adapté	**9,41**
Les associations de l'insertion sociale et/ou vers le logement	**9,10**
La Permanence d'Accès aux Soins (PASS)	**9,09**
Autre	**8,93**
Un ou des laboratoires d'analyses médicales	**8,73**
La Caisse d'Assurance Maladie (CPAM)	**8,53**
Les services de prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD)	**8,04**
L'équipe mobile de psychiatrie	**8,00**
Les réseaux de santé précarité	**7,88**
Le CCAS et/ou Conseil Général	**7,70**
Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)	**7,08**
Un ou des services et établissements médico-sociaux	**6,88**
Un ou des médecins spécialistes libéraux	**6,52**
Un centre d'imagerie médicale	**6,43**
Les services et équipements culturels et de loisirs	**5,25**
Le service de soins de suite et de réadaptation (SSR)	**4,73**

Valorisation des échelons : 10 (partenariat régulier) ; 5 (partenariat occasionnel) ; 0 (pas de partenariat)

***Méthode des réponses en nombre** : les questions d'échelle ci-dessus ont été traitées en nombre ; c'est-à-dire qu'une note a été attribuée pour chaque réponse : 10 pour « partenariat régulier » ; 5 pour « partenariat occasionnel » ; 0 pour « pas de partenariat ». Pour chaque élément d'appréciation questionné, une moyenne est calculée et indique un score moyen pour chacun des items proposés. Plus la moyenne est élevée, plus le partenariat est régulier en moyenne, et inversement.*

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011

Peu de formalisation avec les partenaires

Plus de la moitié des LHSS ont formalisé leurs partenariats avec un CH/CHU ou un hôpital local (62%), une pharmacie (56%) ou une équipe mobile de psychiatrie (50%). Concernant l'hôpital, ce chiffre est relativement modeste compte tenu de l'obligation de contractualiser inscrite dans le cahier des charges. Ainsi, 27 structures représentant 331

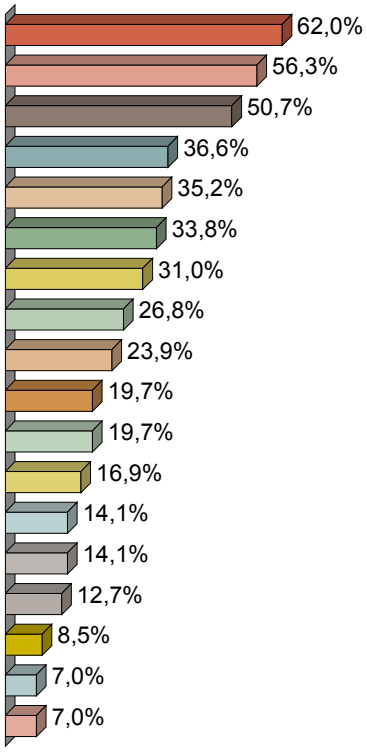
lits n'ont pas de convention avec un hôpital. Ce sont, à 85%, des associations. Si elles n'ont pas formalisé leurs relations avec le CHU/CH, elles sont néanmoins 26 à déclarer avoir un partenariat régulier avec lui.

Globalement, les partenariats sont nombreux et réguliers, mais ils sont peu formalisés. A l'exception des trois acteurs préalablement cités, moins de 37% des structures ont passé une convention avec leurs partenaires.

83. Cochez les partenaires avec lesquels vous avez formalisé un partenariat existant sous forme de convention ?

Taux de réponse : **94,4%**

	Nb	% obs.
Le CHU/CH/Hôpital local	**44**	**62,0%**
Une ou des pharmacies	**40**	**56,3%**
Une équipe mobile de psychiatrie	**36**	**50,7%**
Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)	**26**	**36,6%**
Autre	**25**	**35,2%**
La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	**24**	**33,8%**
Un ou des laboratoires d'analyses médicales	**22**	**31,0%**
Les services de prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD)	**19**	**26,8%**
Les structures d'hébergement / gestionnaires du logement adapté	**17**	**23,9%**
Les réseaux de santé précarité	**14**	**19,7%**
La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)	**14**	**19,7%**
Les associations de l'insertion sociale et/ou vers le logement	**12**	**16,9%**
Les services et équipements culturels et de loisirs	**10**	**14,1%**
Le CCAS et/ou le Conseil général	**10**	**14,1%**
Un ou des médecins spécialistes libéraux	**9**	**12,7%**
le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	**6**	**8,5%**
Un centre d'imagerie médicale	**5**	**7,0%**
Un ou des services et établissements médicosociaux	**5**	**7,0%**
Total	**71**	



Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011

LES ACTES MEDICAUX REALISES EN LIEN AVEC DES PATHOLOGIES SOMATIQUES

Hors soins infirmiers et consultations du médecin du LHSS, une activité médicale et paramédicale principalement centrée sur les prélèvements biologiques, la kinésithérapie et la dermatologie

Concernant les activités des fonctions médicales et paramédicales, le questionnaire « structures » demandait de dénombrer certains actes spécialisés réalisés durant l'année 2011.[17]

[17] En fonction de la compréhension de la question par les répondants, certains actes, comme par exemple les actes d'éducation à la santé ou les actes de santé mentale peuvent ne pas systématiquement correspondre à des interventions réalisées par des spécialistes.

La typologie des actes proposés dans le questionnaire ne couvre bien évidemment pas l'ensemble des activités de santé des LHSS. La sélection de ces actes permet de mettre à jour des tendances d'activité sans prétendre à l'exhaustivité. En particulier, l'activité du médecin et des infirmiers du LHSS n'a pas fait l'objet d'approfondissement, en dehors de la demande d'estimation de l'activité en ETP. Les données ci-après doivent donc être lues comme des indicateurs de tendance. A souligner cependant, concernant ces éléments, que l'enquête « patients » apporte des précisions utiles.

Pour l'analyse, le nombre d'actes déclarés a été rapporté au nombre de personnes accueillies en 2011.

Les actes médicaux et paramédicaux effectués en 2011, répartis selon le type de structures et selon la nature des actes

Statut structure	Association		CCAS/CIAS		Centre hospitalier		(vide)	Total général		GIP	
Nombre de structures	59		4		3		1	67		1	
Somme de Nb de lits	562		34		69		10	675		170	
Somme de Personnes accueillies	2478		173		389		25	3065		830	
	Nb	Taux d'actes par personne accueillie	Nb	Taux d'actes par personne accueillie	Nb	Taux d'actes par personne accueillie		Nb	Taux d'actes par personne accueillie	Nb	Taux d'actes par personne accueillie
Actes de kinésithérapie	4289	**1,73**	83	**0,48**	10	**0,03**		4382	**1,43**	1700	**2,05**
Actes de santé mentale / psychiatrie	2025	**0,82**	5	**0,03**	207	**0,53**		2237	**0,73**	1000	**1,20**
Actes dermatologie / Pédicure	4185	**1,69**	11	**0,06**	80	**0,21**		4276	**1,40**	erreur	
Actes addictologie	1964	**0,79**	24	**0,14**	7	**0,02**		1995	**0,65**	300	**0,36**
Soins bucco-dentaires	928	**0,37**	10	**0,06**	10	**0,03**		948	**0,31**	400	**0,48**
Gynécologie	278	**0,11**	0	**0,00**	0	**0,00**		278	**0,09**	100	**0,12**
Actes de biologie	4168	**1,68**	580	**3,35**	75	**0,19**		4823	**1,57**		
Actes imagerie	1008	**0,41**	113	**0,65**	54	**0,14**		1175	**0,38**		
Actes éducation à la santé ou thérapeutiques	4507	**1,82**	8	**0,05**	177	**0,46**		4692	**1,53**		

Le total général est hors GIP, il comprend 67 structures
Le données du GIP sont présentées à part dans la dernière colonne (le nb d'actes de dermatologie étant aberrant, il a été supprimé)
Le statut de la structure = « vide » correspond à une structure dont le statut n'a pas été renseigné dans le questionnaire. Nous n'avons pas indiqué le détail des données pour cette seule structure.
Le taux d'actes par personne accueillie correspond au rapport entre le nombre d'actes déclarés et le nombre de personne accueillies.

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Les actes de biologie (1.57/ personne), d'éducation à la santé ou thérapeutiques (1.53), de kinésithérapie (1.43) et de dermatologie / pédicurie (1.40) sont les actes les plus pratiqués au sein de l'ensemble des LHSS : plus d'un acte par personne est réalisé.

Les actes de gynécologie (0.09), les soins bucco-dentaires (0.31), les actes d'imagerie (0.38) ou liés à une prise en charge en addictologie (0.65) sont moins nombreux.

Les actes concernant la santé mentale ou la psychiatrie (1.20 / personne) ou les actes de kinésithérapie (2.05) sont davantage pratiqués au sein du GIP que dans n'importe quel autre type de structures.

Globalement, le nombre d'interventions médicales et paramédicales par personne réalisé par des intervenants extérieurs est plus faible dans les CCAS/CIAS et les centres hospitaliers qu'au sein des structures associatives ou du Samu Social de Paris : concernant les actes de kinésithérapie par exemple, au sein des associations, il s'en réalise 1.73 par personne et 2.05 dans les LHSS du Samu Social tandis que dans les CCAS/CIAS, on en dénombre seulement 0.48 par personne et 0.03 dans les centres hospitaliers.

Cette disparité se vérifie pour l'ensemble des actes étudiés à l'exception des actes de biologie pratiqués 3.35 fois par personne dans les CCAS/CIAS et les actes d'imagerie (0.65 pour 0.38 pour l'ensemble des structures).

Taux d'actes selon la taille de la structure

	Structures de moins de 5 lits	Structures de 5 à 9 lits	Structures de 10 lits et plus	Total général
Nombre de structures	22	24	21	67
Nb de lits	73	148	454	675
Personnes accueillies	303	606	2156	3065
	Taux d'actes par personne accueillie			
Actes de kinésithérapie	1,71	2,86	0,99	1,43
Actes de santé mentale / psychiatrie	1,18	1,01	0,59	0,73
Actes dermatologie / Pédicure	0,73	0,19	1,83	1,40
Actes addictologie	0,68	0,60	0,66	0,65
Soins bucco-dentaires	0,68	0,37	0,24	0,31
Gynécologie	0,08	0,15	0,08	0,09
Actes de biologie	1,04	3,00	1,25	1,57
Actes imagerie	0,50	0,65	0,29	0,38
Actes éducation à la santé ou thérapeutiques	3,81	0,75	1,43	1,53

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Les actes médicaux et paramédicaux effectués par des intervenants extérieurs semblent être un peu moins nombreux dans les structures de 10 lits et plus. En effet, celles-ci disposent en

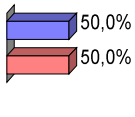
interne d'un taux d'encadrement soignant par lit plus élevé que les autres structures et ont été plus nombreuses à indiquer que d'autres interventions médicales sont réalisées en sus des propositions formulées dans le questionnaire (Q.119 ci-dessous).

Structures de moins de 5 lits

119. D'autres actions ou actes de santé ont-ils été réalisés en 2011 ?

Taux de réponse : **87,0%**

	Nb	% cit.
Oui	**10**	**50,0%**
Non	**10**	**50,0%**
Total	**20**	**100,0%**

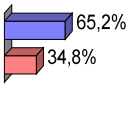


Structures de 5 à 9 lits

119. D'autres actions ou actes de santé ont-ils été réalisés en 2011 ?

Taux de réponse : **92,0%**

	Nb	% cit.
Oui	**15**	**65,2%**
Non	**8**	**34,8%**
Total	**23**	**100,0%**

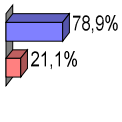


Structures de 10 lits et plus

119. D'autres actions ou actes de santé ont-ils été réalisés en 2011 ?

Taux de réponse : **86,4%**

	Nb	% cit.
Oui	**15**	**78,9%**
Non	**4**	**21,1%**
Total	**19**	**100,0%**



Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

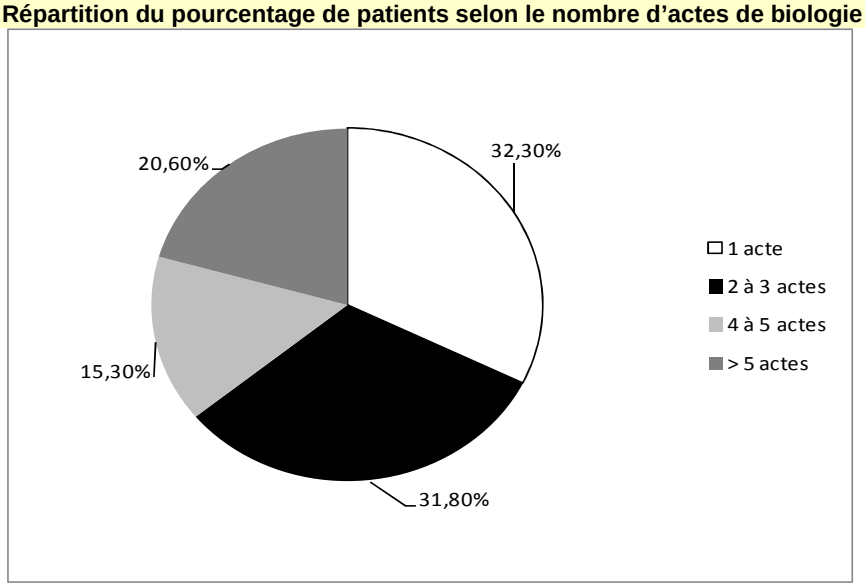
Des actes de biologie réalisés en lien avec le motif principal d'admission ou dans le cadre d'un bilan

715 patients sur 1016 (70,3%) concernés par l'enquête « patients » ont bénéficié d'au moins un acte de biologie durant leur séjour. Le nombre d'actes est le plus souvent inférieur ou égal à 3, mais il est supérieur à 5 pour 20,6% des patients.

Les actes de biologie sont moins fréquents pour les décompensations aigues de pathologie psychiatrique. Pour les autres problématiques, qu'elles constituent le principal motif d'admission ou un problème de santé déjà connu, il n'y a pas de différence visible dans la fréquence du recours à cette prescription.

Pour 354 patients (49,5% des patients ayant reçu ce type de soins), les actes de biologie sont en rapport avec un bilan réalisé à l'occasion du séjour. Les affections chroniques somatiques et le mauvais état nutritionnel découverts durant l'admission en sont les causes les plus fréquentes.

Répartition du pourcentage de patients selon le nombre d'actes de biologie réalisés durant le séjour



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

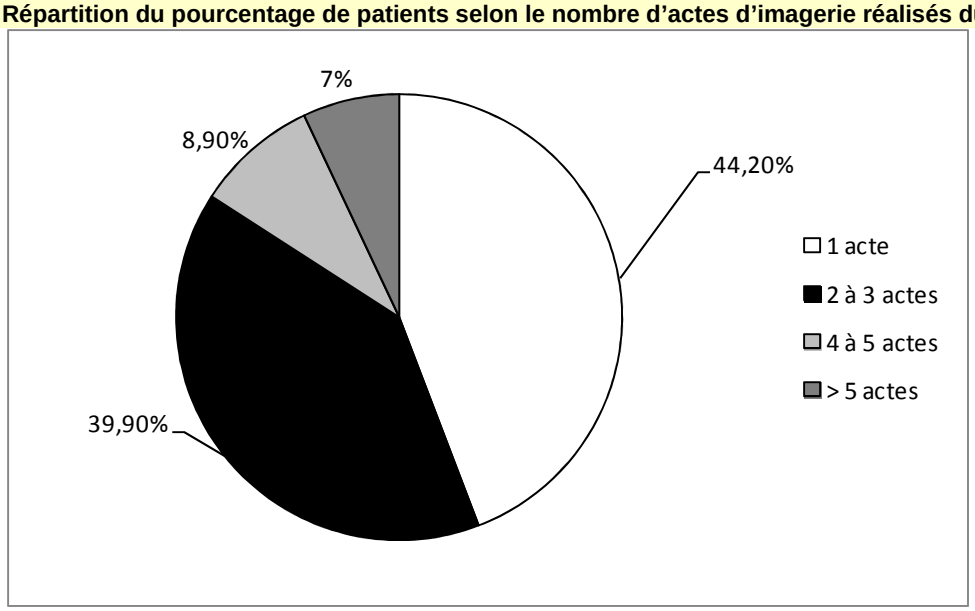
Des motifs principaux d'admission qui n'influent pas spécifiquement sur le nombre d'actes d'imagerie pratiqués

515 personnes (51%) concernées par l'enquête « patients » ont bénéficié d'au moins un acte d'imagerie durant leur séjour. Le nombre d'actes est majoritairement inférieur ou égal à 3, mais il est supérieur à 4 pour 15,9% des patients.

Comme pour la biologie, en dehors des décompensations aigues de pathologie psychiatrique, pour lesquelles les actes d'imagerie sont moins fréquents, le principal motif d'admission comme les problématiques de santé déjà connues ne modifient pas la fréquence du recours à l'imagerie.

Pour 249 patients (48,3% des personnes ayant bénéficié de ces interventions), les actes d'imagerie sont en rapport avec un bilan réalisé à l'occasion du séjour. Les affections chroniques somatiques et le mauvais état dentaire découverts durant l'admission en sont les causes les plus fréquentes.

Répartition du pourcentage de patients selon le nombre d'actes d'imagerie réalisés durant le séjour



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

Des consultations d'ophtalmologie et de dentiste liées à la réalisation de bilans

Le tableau suivant met en évidence des demandes de consultations spécialisées en lien avec le motif d'admission pour les consultations de dermatologie ou pour d'autres spécialités médicales extrêmement diversifiées (cardiologie, orthopédie, cancérologie, pneumologie, rhumatologie, urologie…).

A l'inverse, les consultations d'ophtalmologie et de dentiste sont plutôt liées au bilan généralisé effectué à l'occasion du séjour. Pour les consultations dentaires, plus de deux actes ont été nécessaires pour 64,6% des personnes concernées par ce type de soins.

Répartition du pourcentage de patients selon le nombre de consultations spécialisées réalisées durant le séjour

	Dermatologie	Ophtalmologie	Dentiste	Autres
Nombre de patients	**N=93**	**N=116**	**N=191**	**N=536**
Nombre de consultations				
1	55,6%	64,6%	35,4%	
2 à 3	31,1%	28,3%	45%	
> 3	1 3,3%	7,1%	19,6%	
En rapport avec le motif d'admission	61,2%	**27,6%**	**9,4%**	**67,4%**

Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

De façon générale, les patients admis pour décompensation aigue de pathologie psychiatrique ont, moins souvent que les autres, nécessité de consultations spécialisées.

LES CONSULTATIONS POUR MOTIFS PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOLOGIQUES

Une prise en charge psychologique très fréquente mais qui n'est pas systématiquement assurée par un partenaire spécialisé

D'après l'enquête « patients », **un peu plus de la moitié des patients (53%) a nécessité une prise en charge psychologique, et ceci quel que soit le motif d'admission**.

Dans les situations de décompensation aigue de pathologie psychiatrique, **la consultation a été assurée par un partenaire spécialisé, l'équipe est directement intervenue dans les autres situations.**

Des consultations spécialisées qui concernent plus d'un tiers des patients et qui correspondent dans la moitié des cas à une première visite

Ces consultations concernent 371 personnes soit 36,5% des bénéficiaires et sont en rapport:

- Avec le principal motif d'admission pour 37,5% des patients,
- Avec une pathologie sous-jacente connue pour 36,7% (décompensée),
- Avec un autre motif pour 24,8%,
- Avec des mesures de protection pour 4,3%.

Il s'agissait :

- D'un premier contact avec ce milieu spécialisé pour 55,5% des patients,
- D'une continuité d'une prise en charge antérieure pour 24,4%,

- D'une reprise de suivi de la prise en charge pour 20,2%.

Des consultations multiples dans la grande majorité des situations, réalisées principalement par des professionnels du secteur public

L'état de santé de la personne a nécessité :

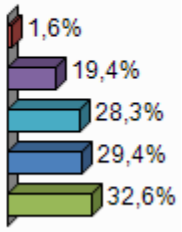
- Une seule consultation dans 23,4% des cas,
- 2 à 3 consultations dans 35,7% des cas,
- 4 à 5 consultations dans 20,4% des cas,
- Plus de 5 consultations dans 20,5% des cas.

Ces consultations ont été assurées le plus souvent par un psychiatre (57,9% ces cas) ou par un psychologue dans les autres situations. Ce professionnel appartenait à une structure plus fréquemment qu'au secteur libéral comme le montre le graphique suivant.

62. Type psy - Précisez s'il s'est agi de l'intervention :

Taux de réponse : **97,8%**

	Nb	% obs.
D'un professionnel libéral	6	1,6%
D'un psychologue du secteur public	72	19,4%
D'un professionnel d'une autre structure	105	28,3%
De l'Equipe Mobile de Psychiatrie	109	29,4%
D'un psychiatre du secteur public	121	32,6%
Total	371	



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

LES CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE

Des consultations correspondant le plus souvent à une problématique déjà connue, voire suivie

Ces consultations concernent 195 personnes parmi les 1016 concernées par l'enquête « patients » soit 19,2% des bénéficiaires et sont en rapport :

- Avec le principal motif d'admission pour 34,9% des patients,
- Avec une pathologie sous-jacente connue pour 53,8%,
- Avec un autre motif pour 10,3%,
- Avec des mesures de protection pour 2,1%.

Il s'agissait :

- D'un premier contact avec ce milieu spécialisé pour 37,8% des patients,

- D'une continuité d'une prise en charge antérieure pour 32%,
- D'une reprise de suivi de la prise en charge pour 30,2%.

Des consultations multiples dans la majorité des situations, réalisées principalement par un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

L'état de santé de la personne a nécessité :

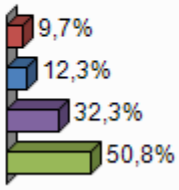
- Une seule consultation dans 23,6% des cas,
- 2 à 3 consultations dans 36,5% des cas,
- 4 à 5 consultations dans 18% des cas,
- Plus de 5 consultations dans 21,9% des cas.

Ces consultations ont été assurées le plus souvent par le CSAPA comme le montre le graphique suivant.

69. Type addictologie - Précisez s'il s'est agi de l'intervention :

Taux de réponse : **97,9%**

	Nb	% obs.
D'un médecin libéral d'un réseau addiction	**19**	**9,7%**
De l'Equipe Mobile d'addictologie	**24**	**12,3%**
D'une autre structure	**63**	**32,3%**
Du CSAPA	**99**	**50,8%**
Total	**195**	



Source : Enquête « patients » réalisée du 26 avril au 29 mai 2012, 1016 observations concernant les patients accueillis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011

LES AUTRES RECOURS AU COURS DU SEJOUR SELON L'ENQUETE « PATIENTS »

Les urgences ont été sollicitées pour 180 patients (18,3%), le plus souvent une seule fois (63,6%) mais pour 28,9% des personnes, celles-ci ont été utilisées 2 à 3 fois, sans influence du motif d'admission.

Les transports durant le séjour ont concerné 333 patients (32,7%) : une seule fois dans 27 % des cas et 2 à 3 fois dans 32,7%. Les motifs d'admission liés aux pathologies chroniques somatiques, avec ou sans décompensation présentent un recours moyen plus élevé que les autres causes. L'existence d'un mauvais état dentaire dans les problématiques existantes en dehors du motif d'admission est associée à un nombre moyen plus élevé de recours aux transports (4,61 versus 2,4 pour la moyenne de l'ensemble des problématiques).

L'accompagnement physique de la personne en rendez-vous a été nécessaire pour 542 patients (52,7%), à plusieurs reprises le plus souvent : 2 à 3 fois: 36,5%; 4 à 5 fois: 18,6%. Les motifs d'admission liés aux pathologies chroniques (somatiques ou psychiatriques), avec ou sans décompensation, ainsi que l'altération de l'état général présentent un recours moyen plus élevé que les autres causes.

L'interprétariat s'est montré nécessaire pour 93 patients (9%) mais le compagnonnage n'a été utilisé que dans 16,6% des cas.

DEUX MOYENS NECESSAIRES A L'EFFICACITE DES PRISES EN CHARGE : LE RESEAU DU MEDECIN RESPONSABLE ET L'EXISTENCE D'UN PARTENARIAT ORGANISE

Au-delà du nombre de partenaires, de l'intensité des partenariats et des interventions réalisées par des intervenants extérieurs, **les études de cas mettent en évidence l'importance, d'une part, du réseau du médecin responsable et, d'autre part, de l'organisation locale des acteurs pour faciliter les prises en charges.**

Concernant le premier point, **les hôpitaux sont, certes, des interlocuteurs privilégiés des LHSS, mais il s'agit en général d'une toute petite partie de l'hôpital, voire de l'assistante sociale de la PASS**. **Les liens avec les différents services hospitaliers sont très dépendants du réseau des médecins responsables**, ce réseau expliquant d'ailleurs un certain nombre d'orientations au niveau des demandes d'admission. Au-delà de l'hôpital, **ce réseau permet aussi de faire le lien avec la médecine de ville** : à leur sortie du dispositif, les patients peuvent, en effet, être orientés vers un confrère du médecin du LHSS pour le suivi. On notera une pratique intéressante développée par le Samu de Grenoble avec les médecins du LHSS : dans le cadre d'un partenariat formalisé, une fiche individuelle d'identification des patients a été mise en place. Cette fiche permet un accès rapide aux données médicales d'une personne en exclusion. En fournissant le nom de la personne à prendre en charge, les médecins du SAMU ont directement accès à ses antécédents, aux traitements suivis, à son état de santé actuel, ainsi qu'aux noms des correspondants à l'hôpital,…tout en assurant la protection du secret médical. Les médecins responsables des LHSS adressent les fiches actualisées chaque mois. A Bordeaux, le médecin responsable, en lien avec les responsables de la structure, a choisi de compléter sa présence au sein des LHSS par le recours à des internes qui ensuite vont en hôpital. Cela facilite par la suite les échanges et les prises en charges. En outre, à l'image de ce qui a été fait à Grenoble, les professionnels de santé de Bordeaux envisagent également la constitution d'un dossier médical commun pour les publics suivis par le Samu Social via le logiciel « Globule » : les droits d'accès varieraient en fonction de la qualification du professionnel et du statut de l'établissement qui souhaite consulter les informations.

Concernant le second point, **les habitudes locales de travail partenarial, d'échanges d'information autour d'une vision commune des modalités de prise en charge des personnes en exclusion facilitent évidemment la mission des LHSS.** Pour illustration, sur certains sites, **les acteurs intervenant dans et autour des LHSS ont développé des procédures de partage des informations, y compris médicales** :

- C'est le cas à Lille au niveau du réseau MSL, où les informations sociales et médicales sont partagées entre les partenaires du réseau.
- Sur Annecy, les professionnels de la précarité se réunissent mensuellement. Les situations des personnes prises en charge par le LHSS y sont évoquées. De plus, si l'assistante sociale de la PASS n'intervient plus directement pendant la prise en charge en LHSS, elle reste informée de manière permanente notamment de la sortie des patients. Si la personne retourne à la rue et qu'il n'y a pas eu d'évolutions suffisamment positives du point de vue social et de l'insertion, elle revient dans le dispositif PASS.
- A Nice, le réseau d'acteurs est moins riche que sur Marseille, mais il s'organise autour notamment :

- des réunions du 115, qui réunissent les partenaires (LHSS, PASS, Samu social, CCAS, etc.) pour discuter des patients pris en charge par chacun.
- des réunions spécifiques avec le Samu social qui est un partenaire important du LHSS.

Compte tenu de l'importance des partenariats pour le fonctionnement des LHSS et de la spécificité du public accueilli, un soin et une attention particulière sont à accorder aux intervenants extérieurs, afin de maintenir de bonnes relations.

<u>En synthèse :</u>

Les LHSS ouverts entre 2006 et 2010, soit 853 lits, mobilisent environ 488 ETP, salariés du dispositif ou de la structure porteuse. Cela représente un taux global d'encadrement de 0,57 ETP par lit, toutes fonctions confondues, dont, en moyenne :

- 0,19 ETP de fonction support (direction, secrétariat, accueil, hébergement),

- 0,26 ETP de personnel soignant (médecin(s) et infirmier(s)),

- 0,12 ETP de personnel social ou socio-éducatif (moniteur-éducateur, éducateur, AMP, assistant de service social, CESF,…)

Si le taux global d'encadrement reste similaire quelque soit la taille de la structure, en revanche la composition de l'équipe, c'est-à-dire la répartition des ETP entre les trois fonctions (support, santé, social et socio-éducative), varie, en particulier dans les structures de 10 et plus. Ces dernières valorisent, en effet, un temps plus important de présence du personnel soignant et, à l'inverse, un temps moins important de personnel social ou socio-éducatif. Quant aux petites et moyennes structures (respectivement de moins de 5 lits et de 5 à 9 lits), elles disposent d'un temps plus réduit du personnel soignant, qui résulte, notamment, de leur difficulté à recruter des professionnels de santé pour seulement quelques heures d'intervention et ont davantage recours à du personnel dédié qu'à une équipe dédiée.

Les LHSS mobilisent les qualifications adaptées à la réalisation de leurs missions. Pour autant, les inquiétudes générées parmi le personnel de la structure porteuse liées à l'accueil de personnes malades ne sont pas toujours suffisamment prises en compte. De même, l'articulation entre l'équipe dédiée du LHSS et l'équipe de la structure porteuse reste à parfaire.

Conformément au statut médico-social des établissements LHSS, les prises en charge sont, à la fois, médicales, sociales et socio-éducatives :

- Sur le plan médical, en interne, plus de 80% des patients sont vus par le médecin au moins une fois par semaine, dont 41,5% trois fois par semaine. Les soins infirmiers correspondent principalement à la délivrance de médicaments, à l'éducation thérapeutique, à la réalisation de pansements et de toilettes. Dans 82% des cas, il s'agit de soins nécessités par la pathologie d'admission. Dans 18% des cas, ces soins résultent de la réalisation d'un bilan. Quant aux actes médicaux réalisés par des partenaires extérieurs, il s'agit principalement de prélèvements biologiques (70% des patients enquêtés en ont bénéficié), de kinésithérapie et de dermatologie. Par ailleurs, 51% des patients enquêtés ont bénéficié d'actes d'imagerie. Ces actes sont principalement réalisés en lien avec le motif d'admission, quand les consultations d'ophtalmologie

et de dentiste sont réalisées à l'occasion de bilans. Par ailleurs, 53% des patients ont nécessité une prise en charge psychologique, quelque soit le motif d'admission, dont 36,5% dans le cadre d'une consultation spécialisée. Pour 55,5% des personnes, il s'agissait d'un premier contact avec cette spécialité et près de 41% ont bénéficié d'au moins 4 consultations durant leur séjour. Les consultations d'addictologie ont concerné 19,2% des patients enquêtés, en lien avec une pathologie sous-jacente dans près de 54% des cas (vs pathologie d'admission). Pour 38% des personnes concernées, il s'agissait d'un premier contact avec cette spécialité.

- 25% environ des résidents n'ont besoin d'aucune aide aux actes essentiels de la vie quotidienne. Dans la très grande majorité des cas, l'aide à apporter concerne la prise de médicaments (88% des cas). En effet, la promiscuité des patients et leurs fréquentes addictions rendent élevé le risque de vols et d'ingestion inadaptée de médicaments. A noter que les piluliers sont préparés par des infirmiers, mais la distribution incombe souvent aux personnels d'accueil ou aux éducateurs, lorsque la présence du personnel soignant est ponctuelle.

- D'un point de vue strictement social, près de 86% des patients ont été accompagnés par un travailleur social lors de leur séjour en LHSS. Cet accompagnement étant principalement axé sur l'ouverture ou l'actualisation des droits (en particulier à la CMU ou à l'AME et à une mutuelle) et sur la recherche d'une solution à la sortie du dispositif. Selon les structures, les intervenants sociaux ont un rôle d'interface vers les services sociaux de droit commun ou prennent en charge la constitution des dossiers.

- Enfin, la prise en charge socio-éducative est importante notamment pour mettre en place une relation de confiance entre le patient et l'établissement, et faciliter l'accès aux soins : il s'agit pour les éducateurs de favoriser l'estime de soi, l'adoption des règles d'hygiène et de vie en collectivité. Les activités collectives sont peu développées, l'accent restant mis sur une prise en charge individuelle.

La volonté d'articulation entre la prise en charge sociale et la prise en charge sanitaire se manifeste à plusieurs niveaux :

- Au niveau des contrats de séjour, signés par les patients et l'établissement, qui formalisent les objectifs sanitaires et les objectifs sociaux,

- Au niveau de la composition des équipes par la recherche de profils d'aide médico-psychologique, dont la formation a vocation à faciliter cette articulation.

- Au niveau des missions confiées aux différents intervenants, par le rôle d'observation confié aux éducateurs et agents d'accueil, permettant par la suite l'adaptation des prises en charge.

Les LHSS développent leur activité dans le cadre de partenariats réguliers mais non formalisés. L'hôpital (notamment la PASS) et la pharmacie sont les partenaires avec lesquels les LHSS entretiennent les liens les plus étroits. A l'inverse, le travail partenarial est limité avec les établissements médico-sociaux spécialisés, avec les médecins spécialistes et est quasiment inexistant avec les services de soins de suite et de réadaptation.

F – LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT DES LHSS

Les données ci-après ont pour source l'enquête réalisée auprès des directeurs ou responsables de LHSS entre le 18 avril et le 18 mai 2012.

Pour rappel, en 2011, **les LHSS sont financés par l'ONDAM médico-social spécifique à hauteur de 102€/jour/lit, que le lit soit occupé ou non**, contre 90€ au moment de la création du dispositif. Cette augmentation suit l'évolution de l'objectif global de dépense de l'ONDAM spécifique fixé par arrêté ministériel.

Plusieurs questions demandaient aux responsables des LHSS de préciser le montant total des charges de fonctionnement liées aux LHSS pour l'année 2011. Une dizaine visait à préciser ces charges[18].

Le questionnaire précisait que le montant attendu des charges de fonctionnement devait correspondre aux charges de fonctionnement normal et courant, telles que, par exemple, les charges liées à la masse salariale, le loyer et les charges, les frais d'entretien, les prestations extérieures… hors charges de gestion financière et d'opérations exceptionnelles, En raison du caractère auto-administré du questionnaire, les répondants ont pu mettre des valeurs ne couvrant pas tout à fait les mêmes dépenses (ex : frais d'essence, frais de matériels). Les valeurs étant numériques, les répondants ont pu aussi commettre des erreurs de report des nombres.

Sur les 71 structures ouvertes entre 2006 et 2010, 5 structures n'ont pas répondu à la question et 5 autres structures ont mentionné **des valeurs aberrantes qui ont été supprimées. Nous possédons donc l'information sur un total de 61 structures.**

F-I – LE COUT DE FONCTIONNEMENT DES LHSS

UN COUT ANNUEL MOYEN DE FONCTIONNEMENT PAR LIT S'ELEVANT A 36 723 € EN 2011

Pour l'ensemble des 61 structures pour lesquelles la réponse est prise en compte, le budget total déclaré des charges de fonctionnement s'élève à 27 762 404 € pour 756 lits pour l'année 2011. Ce qui induit **un coût annuel moyen de fonctionnement de 36 723 € par lit**.

[18] Charges de personnel soignant, charges de personnel social, charges de personnel d'hébergement et de restauration, total de la masse salariale, frais d'actes d'intervenants libéraux, frais d'examens médicaux, frais de pharmacie, frais de transport, frais d'hébergement et de restauration, frais de gaz, d'eau, d'électricité.

Répartition du nombre de structures et du nombre de lits en fonction du budget annuel moyen de fonctionnement par lit en 2011

Budget moyen annuel de fonctionnement par lit	Nombre de structures	Nombre structures en %	Nb de lits	Nb de lits en %
Moins de 30 000 €/ lit	11	18,03%	89	11,77%
Entre 30 000 et 35 000 € / lit	10	16,39%	103	13,62%
Entre 35 000 et 40 000 € / lit	30	49,18%	312	41,27%
Plus de 40 000 € /lit	10	16,39%	252	33,33%
Total général	**61**	**100,00%**	**756**	**100,00%**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

40 structures, représentant 66 % des structures et 74 % des lits, déclarent un montant annuel moyen de charges de fonctionnement supérieur ou égal à 35 000 € par lit pour l'année 2011. Ce montant ne dépasse pas **53 949 €/lit qui est le maximum constaté**.

21 structures (soit 34 % des répondants pris en compte et 25% des lits) indique un budget annuel moyen de fonctionnement par lit inférieur à 35 000 € / lit.

UN COUT MOYEN DE FONCTIONNEMENT PAR LIT QUI VARIE PEU EN FONCTION DU STATUT DE L'OPERATEUR, A L'EXCEPTION DU GIP

Le coût moyen de fonctionnement annuel par lit des associations, des CCAS/CIAS ou des centres hospitaliers montre d'assez faibles variations entre ces types de structures (+ ou – 1 400 € entre les associations et les centres hospitaliers).

En revanche, **le GIP présente un coût annuel de 40 785 € / lit en 2011**, soit 4 063 € de plus que le coût constaté pour l'ensemble des lits. Ce montant peut notamment trouver une explication dans le **montant des loyers pratiqués à Paris, mais aussi par le fait que le taux d'encadrement soignant du GIP est beaucoup plus élevé que dans les autres types de structures** (0,57 ETP soignant par lit, contre 0.38 dans les centres hospitaliers ou 0.22 dans les associations). En effet, pour rappel, le Samu Social a organisé un accueil 24h/24h des patients dans les LHSS, nécessitant la présence de personnel notamment médical.

Coût annuel moyen de fonctionnement / lit en 2011 selon le statut de la structure

Statut structure	Total (déclaré) des charges de fonctionnement	Nb de lits	Nombre de structures	Coût annuel moyen de fonctionnement / lit
Association	18 444 260 €	521	53	35 402 €
CCAS/CIAS	1 239 476 €	34	4	36 455 €
Centre hospitalier	772 841 €	21	2	36 802 €
GIP	6 933 527 €	170	1	40 785 €
nr	372 300 €	10	1	37 230 €
Total général	**27 762 404 €**	**756**	**61**	**36 723 €**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

UN COUT ANNUEL MOYEN DE FONCTIONNEMENT / LIT QUI AUGMENTE EN FONCTION DES RESSOURCES HUMAINES MOBILISEES ET DU NOMBRE DE LITS

Plus les ressources humaines (total ETP) augmentent, plus le coût annuel moyen de fonctionnement par lit augmente, mais ce, jusqu'à 10 ETP.

Au-delà de 10 ETP mobilisés au sein du LHSS, le coût annuel moyen de fonctionnement par lit diminue, tout en restant plus élevé que le coût moyen constaté dans l'ensemble des structures.

Coût annuel moyen de fonctionnement / lit en 2011 selon le nombre d'ETP de la structure

TOTAL ETP	Total (déclaré) des charges de fonctionnement	Nb de lits	Nombre de structures	Coût annuel moyen de fonctionnement / lit
Moins de 2 ETP	893 970 €	30	10	29 799 €
Entre 2 et 4 ETP	4 456 178 €	128	25	34 814 €
Entre 4 et 6 ETP	2 691 652 €	75	9	35 889 €
Entre 6 et 10 ETP	3 951 916 €	104	8	37 999 €
10 ETP et plus	15 768 688 €	419	9	37 634 €
Total général	**27 762 404 €**	**756**	**61**	**36 723 €**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Plus la taille de la structure augmente, plus le coût annuel moyen de fonctionnement par lit augmente, passant d'un coût moyen par lit de 33 036 € pour les structures de moins de 5 lits à 37 711 € pour les structures de 10 lits et plus.

Néanmoins, **à partir de 15 lits, on observe une stabilisation du coût annuel moyen de fonctionnement aux alentours de 37 450€ par lit**.

Coût annuel moyen de fonctionnement / lit en 2011 selon la taille de la structure

Taille de la structure	Total (déclaré) des charges de fonctionnement	Nb de lits	Nombre de structures	Coût annuel moyen de fonctionnement / lit
Structures de moins de 5 lits	2 081 293 €	63	19	33 036 €
Structures de 5 à 9 lits	4 714 016 €	137	22	34 409 €
Structures de 10 lits et plus	20 967 095 €	556	20	37 711 €
Total général	**27 762 404 €**	**756**	**61**	**36 723 €**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

LE STATUT D'OCCUPANT ET LES MISES A DISPOSITION FONT PEU VARIER LE COUT DE FONCTIONNEMENT PAR LIT

Quand le LHSS est propriétaire de ses locaux, le coût moyen de fonctionnement par an et par lit est légèrement inférieur au coût moyen constaté sur l'ensemble des structures (moins 1 024 €).

Cependant **le statut de locataire à titre gracieux n'offre pas une meilleure situation** puisque le coût annuel moyen de fonctionnement / lit des structures dans cette situation (38 810€/lit) est supérieur à la situation de locataire simple (36 992 €/lit).

D'autre part, **les mises à disposition gracieuses semblent peu jouer sur le coût moyen de fonctionnement par an et par lit**. En effet, paradoxalement, les structures qui en bénéficient ont un coût de fonctionnement par lit (38 428 € / lit) supérieur à celles qui n'en disposent pas (35 230 € / lit).

Coût annuel moyen de fonctionnement / lit en 2011 selon le statut d'occupation et les mises à disposition

Statut occupant	Total (déclaré) des charges de fonctionnement	Nb de lits	Nombre de structures	Coût annuel moyen de fonctionnement / lit
Locataire	19 124 799 €	517	34	36 992 €
Locataire à titre gracieux	1 241 918 €	32	6	38 810 €
Propriétaire	7 175 445 €	201	20	35 699 €
nr	220 242 €	6	1	36 707 €
Total général	**27 762 404 €**	**756**	**61**	**36 723 €**

Bénéficiez-vous de mises à disposition gracieuses ?	Total (déclaré) des charges de fonctionnement	Nb de lits	Nombre de structures	Coût annuel moyen de fonctionnement / lit
Non	14 232 929 €	404	37	35 230 €
Oui	13 449 740 €	350	23	38 428 €
nr	79 735 €	2	1	39 868 €
Total général	**27 762 404 €**	**756**	**61**	**36 723 €**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

LE COUT MOYEN DE FONCTIONNEMENT PAR AN ET PAR LIT AUGMENTE LEGEREMENT AVEC LA TAILLE DE LA COMMUNE D'IMPLANTATION ET VARIE FORTEMENT SELON LES REGIONS

Globalement, le coût annuel moyen de fonctionnement est **un peu moins élevé dans les petites communes de moins de 5000 habitants** (34 864 €/lit) et plus élevé dans les grandes villes (37 297 €/lit).[19]

Mais les différences restent relativement faibles.

Coût annuel moyen de fonctionnement / lit en 2011 selon la taille de la commune d'implantation

Taille de la commune d'implantation	Total (déclaré) des charges de fonctionnement	Nb de lits	Nombre de structures	Coût annuel moyen de fonctionnement / lit
100 000 habitants et plus	21 184 905 €	568	30	37 297 €
Entre 10 000 et 99 999 habitants	5 817 027 €	164	25	35 470 €
Entre 5 000 et 9 999 habitants	132 912 €	6	1	22 152 €
Moins de 5000 habitants	627 560 €	18	5	34 864 €
Total général	**27 762 404 €**	**756**	**61**	**36 723 €**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

En revanche, **des disparités importantes se constatent selon la région d'implantation** (tableau ci-dessous). Le coût régional moyen de fonctionnement par an et par lit le plus faible est de 25 619 €/lit et se situe en Bretagne, tandis que le plus élevé est de 41 520 €/lit et se trouve en Poitou-Charentes. Ainsi un différentiel de près de 16 000 € existe entre les 2 extrêmes.

Les informations recueillies dans le cadre de l'évaluation ne permettent pas d'expliquer ces écarts.

[19] La tranche entre 10 000 et 100 000 habitants ne concerne qu'une structure. Des constats généraux ne peuvent donc être faits à partir de cette seule structure.

Coût annuel moyen de fonctionnement / lit en 2011 selon la région d'implantation

Région	Nombre de structures	Nb de lits	Total (déclaré) des charges de fonctionnement	Coût annuel moyen de fonctionnement /lit
Bretagne	2	8	204 953 €	25 619 €
Bourgogne	2	8	218 862 €	27 358 €
Centre	3	23	736 193 €	32 008 €
Franche comté	1	9	303 147 €	33 683 €
Nord Pas-de-Calais	4	27	914 621 €	33 875 €
Auvergne	1	8	275 069 €	34 384 €
Midi Pyrénées	4	23	808 311 €	35 144 €
Rhône-Alpes	7	62	2 179 141 €	35 147 €
Basse Normandie	2	9	317 493 €	35 277 €
Haute Normandie	3	20	725 964 €	36 298 €
PACA	8	110	4 000 393 €	36 367 €
Total général	**61**	**756**	**27 762 404 €**	**36 723 €**
Champagne Ardennes	1	10	372 300 €	37 230 €
Ile de France	4	275	10 275 243 €	37 365 €
Languedoc Roussillon	3	20	761 754 €	38 088 €
Picardie	1	18	685 705 €	38 095 €
Lorraine	3	29	1 105 328 €	38 115 €
Alsace	2	21	815 265 €	38 822 €
Aquitaine	5	35	1 392 731 €	39 792 €
Pays de la Loire	1	15	600 202 €	40 013 €
Limousin	1	9	363 881 €	40 431 €
Poitou Charentes	3	17	705 848 €	41 520 €

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

LA MASSE SALARIALE REPRESENTE PLUS DE LA MOITIE DES COUTS DE FONCTIONNEMENT

Le rapport de la masse salariale sur le total du budget de fonctionnement [20] montre que, en moyenne, **68 % du budget est consacré à l'emploi des différents personnels nécessaires au fonctionnement du LHSS**.

Néanmoins, **cette part varie selon le statut de la structure porteuse** : elle atteint 41 % dans les centres hospitaliers tandis qu'elle représente 75 % du budget du GIP.

Les mises à disposition gracieuses représentent au sein des centres hospitaliers une part plus importante que dans n'importe qu'elle autre structure (6.5 %).

Répartition des charges de fonctionnement 2011 selon le statut de la structure

Statut structure	Association		CCAS/CIAS		Centre hospitalier		GIP		nr	Total général	
Nombre de structures	53		4		2		1		1	61	
	€	en % du budget de fonctionnement	€	en % du budget de fonctionnement	€	en % du budget de fonctionnement	€	en % du budget de fonctionnement		€	en % du budget de fonctionnement
Total budget fonctionnement	**18 444 260 €**	**100,0%**	**1 239 476 €**	**100,0%**	**772 841 €**	**100,0%**	**6 933 527 €**	**100,0%**	**372 300 €**	**27 762 404 €**	**100,0%**
Total masse salariale	12 376 114 €	67,1%	715 031 €	57,7%	319 637 €	41,4%	5 255 746 €	75,8%	259 581 €	18 926 109 €	68,2%
Frais actes libéraux	240 238 €	1,3%	97 282 €	7,8%		0,0%		0,0%		337 520 €	1,2%
Frais d'examens médicaux	30 543 €	0,2%	1 217 €	0,1%		0,0%	2 470 €	0,0%		34 230 €	0,1%
Frais de pharmacie	133 547 €	0,7%	12 734 €	1,0%	707 €	0,1%	32 130 €	0,5%	5 774 €	184 892 €	0,7%
Frais de transport	92 558 €	0,5%	4 974 €	0,4%		0,0%	9 950 €	0,1%	3 592 €	111 074 €	0,4%
Frais d'hébergement et de restauration	1 182 614 €	6,4%	126 993 €	10,2%	44 566 €	5,8%	481 855 €	6,9%	26 792 €	1 862 820 €	6,7%
Frais de gaz, d'eau, d'électricité,…	517 293 €	2,8%	21 329 €	1,7%		0,0%	96 450 €	1,4%	7 659 €	642 731 €	2,3%
Montants des mises à disposition gracieuses	382 995 €	2,1%	14 000 €	1,1%	50 000 €	6,5%	137 170 €	2,0%	10 000 €	594 165 €	2,1%

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011. *nr : une structure n'a pas renseigné son statut.* Le détail des frais n'aboutit pas à 100% du budget de fonctionnement car le questionnaire ne détaillait pas l'ensemble des coûts.

[20] Ce rapport a été calculé selon les valeurs indiquées par les responsables de LHSS. Il n'était pas demandé comme tel dans le questionnaire.

F-II – LA DOTATION DES LHSS

UNE COUVERTURE DES DEPENSES PAR LA DOTATION ONDAM A NUANCER

L'étude de la dotation ONDAM a été réalisée sur un ensemble de 67 structures représentant 844 lits, après la suppression des non réponses à la question et des valeurs aberrantes (soit 4 structures).

La dotation de l'ONDAM déléguée par le niveau national correspond à un montant de 37 230 € par lit pour une année complète (soit 102€ par jour et par lit). **Le montant moyen du versement déclaré par les structures**[21] **est de 36 908 € par lit**, soit un écart de 322€ par rapport à ce que prévoient les textes. Les investigations conduites pour l'évaluation n'ont pas questionné cet écart. Il faut noter que la circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/DGS n°2011-144 du 28 avril 2011 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2011 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques précisait que 188 lits restaient à créer en 2011 : 85 lits autorisés en février 2011 ont donc été financés sur 306 jours et les 103 restants ont fait l'objet d'une seconde notification de crédit en juin 2011. Ces lits n'ont donc pas été financés sur une année complète. Pour autant, le tableau suivant ne prend en compte que les lits ouverts entre 2006 et 2010. La question de l'écart entre la dotation déléguée par le niveau national et la dotation versée aux structures reste donc posée.

Dotation ONDAM par lit et par an déclarée versée en 2011 selon la taille de la structure

Taille de la structure	Nombre de structures	Nb de lits	Montant ONDAM 2011 versé selon les structures	Montant ONDAM moyen versé par an et par lit	Montant ONDAM moyen versé par jour et par lit
Structures de moins de 5 lits	20	66	2 378 469 €	36 037 €	99 €
Structures de 5 à 9 lits	24	144	5 193 697 €	36 067 €	99 €
Structures de 10 lits et plus	23	634	23 577 844 €	37 189 €	102 €
TOTAL	**67**	**844**	**31 150 010 €**	**36 908 €**	**101 €**

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011.

Le montant moyen de l'ONDAM versé par lit et par an est sensiblement la même que le coût annuel moyen des charges de fonctionnement déclaré par les structures (pour rappel 36 723 €). Néanmoins, **il faut nuancer la correspondance entre les financements apportés au dispositif et son coût réel.**

La méthode proposée pour la présente évaluation n'a pas permis de calculer ce coût réel. Néanmoins, les entretiens conduits auprès des gestionnaires des LHSS soulignent que

[21] Le libellé exact de la question était « Quel est le montant de la dotation de l'ARS perçue en 2011 pour les LHSS ? »

certaines structures ne valorisent pas l'ensemble des coûts du dispositif dans leur budget. C'est notamment le cas de :

- La mobilisation de certains personnels de la structure porteuse (personnel socio-éducatif, agents d'accueil, …),
- La mobilisation du matériel de la structure porteuse (notamment les véhicules),
- Certains achats de médicaments ou transports sanitaires nécessaires à des patients sans couverture sociale ou non remboursés, qui sont parfois financés par la PASS ou l'hôpital sans facturation à l'établissement.

La couverture sociale des patients, pour ceux qui en ont une, est sollicitée différemment selon les opérateurs[22]. Le cahier des charges des LHSS prévoit que la dotation ONDAM couvre l'hébergement, la restauration (personnel, consommable, entretien), l'accueil, les consultations médicales (hors consultations de spécialistes), les soins paramédicaux (infirmiers – personnels, dispositifs médicaux, consommables, nursing, hygiène, de kinésithérapie, de sages-femmes,…), les consultations de psychologues, le transport nécessaire à la réalisation des soins. Lors des études de cas, **une grande majorité de structures a déclaré que la dotation ONDAM permet de financer le service proposé aux patients accueillis**. Néanmoins, **ce qui est pris en charge par la dotation est variable selon l'organisation de la structure, la situation du patient vis-à-vis de ses droits à l'Assurance Maladie, les pratiques conventionnées avec les partenaires, des pathologies et l'état de santé du patient** :

- **La recherche de rationalisation des moyens et des pratiques professionnelles au sein de la structure gestionnaire a souvent été constatée**. Ainsi, le directeur de l'Abri à Metz insiste sur l'effet de mutualisation des moyens des 5 dispositifs gérés au sein de l'association. Selon lui, l'équilibre financier du LHSS ne tient qu'à cette condition. Il est, de fait, tout à fait dépendant du financement des autres dispositifs mitoyens. A l'ABEJ, les moyens humains sont complètement mutualisés entre les dispositifs LAM et LHSS, ce qui garantit des moyens humains importants ainsi qu'une grande qualité du service. Cette recherche de mutualisation est particulièrement importante pour les structures à faible nombre de lits, qui ne peuvent dégager des moyens humains complètement dédiés au dispositif étudié.
- **Certaines conventions passées avec les professionnels de santé ou les hôpitaux prévoient la possibilité d'utiliser gratuitement des plateaux techniques, certains médicaments,…** Des pharmacies partenaires acceptent des paiements différés dans l'attente de l'ouverture des droits des patients. Ces accords participent aussi à l'équilibre financier des structures LHSS. Ainsi, les LHSS de l'ABEJ profitent des négociations qui ont été mises en œuvre entre le centre de soins et différents autres partenaires. Le centre hospitalier régional universitaire de Lille réalise les bilans sanguins par exemple, le groupement hospitalier de l'Institut Catholique de Lille réalise des consultations de spécialistes et offre son plateau technique.
- **La proportion de personnes sans droit ou avec des droits restreints** est relativement importante au sein des LHSS. **Cette part plus ou moins grande selon les admissions effectuées peut faire varier l'équilibre budgétaire** de la structure.

[22] Il n'était techniquement pas possible de collecter auprès des CPAM les montants des remboursements versés pour les patients des LHSS car cela aurait supposé d'identifier nominativement l'ensemble ou une partie des patients accueillis en LHSS à un instant T et de procéder à une requête auprès des CPAM concernées pour connaître les remboursements effectués. S'agissant de données personnelles, cela nécessitait une autorisation de la CNIL. Or, le mandat de l'évaluation ne prévoyait ni la collecte de telles informations, ni cette procédure.

- La pathologie et l'état de santé du patient : **selon la pathologie du patient et son état général de santé, les soins et examens seront plus ou moins coûteux**. Actuellement, les vitamines prescrites pour les personnes alcooliques sont rarement administrées car non remboursées par la Sécurité Sociale, elles s'avèrent, selon plusieurs responsables de LHSS, trop onéreuses pour être prises en charge par l'enveloppe ONDAM.

Si actuellement les structures porteuses de LHSS parviennent à l'équilibre budgétaire, c'est au prix d'une attention permanente à la mixité des publics, en termes de couverture sociale et de gravité des situations (entraînant des soins plus ou moins coûteux).

Enfin, les **particularités de certains établissements LHSS** (petite taille, implantation dans un secteur géographique peu doté en partenaires, …) **engendrent** nécessairement **des surcoûts** pour parvenir, en particulier, à fidéliser une équipe (notamment soignante) et pour proposer une prise en charge adéquate**.**

DES COFINANCEMENTS TRES RARES

Seulement 8 structures déclarent recevoir d'autres financements que ceux de l'ONDAM. Parmi elles, on recense 6 associations, un CCAS/CIAS et le GIP.

Montants perçus des autres financeurs selon le statut de la structure

Financeurs	Association	CCAS/CIAS	GIP	Total général
Nombre de structures	*6*	*1*	*1*	*8*
Nb de lits	*65*	*2*	*170*	*237*
Le Département	30 000 €			30 000 €
Ville ou agglomération	17 300 €			17 300 €
Hôpital	- €	196 €		196 €
Dons	6 556 €		26 750 €	33 306 €
Autre financeur	95 216 €			95 216 €

Source : Enquête « structures » réalisée du 18 avril au 18 mai 2012, 89 répondants, période de référence des données recueillies : année 2011

Le montant de 30 000 € a été versé par un Département à une association. Deux villes ou agglomérations ont versé au total 17 300 € à deux associations,…

Quant aux 95 216€, ils correspondent à trois subventions versées à trois structures différentes, d'un montant respectif de 20 000 €, 21 260 € et 53 956 €.

<u>En synthèse :</u>

L'évaluation permet d'établir un coût annuel moyen de fonctionnement de 36 723 € par lit, qui ne diffère pas sensiblement selon le statut des opérateurs. En revanche, il varie significativement selon les régions et la taille de la commune d'implantation. Ce coût augmente puis se stabilise en fonction du nombre de lits et de la taille de l'équipe : il cesse de croître à partir de 10 ETP et de 15 lits.

En moyenne, 68% du budget est consacré au personnel. Le poste suivant correspond à l'hébergement et la restauration, soit 7% du budget.

Si la dotation ONDAM moyenne par lit correspond approximativement au coût total de fonctionnement déclaré par les établissements LHSS (soit 36 908 € contre 36 723 €), il faut nuancer la correspondance entre les financements apportés au dispositif et son coût réel. En effet, la mobilisation du personnel et du matériel de la structure porteuse n'est pas toujours valorisée au réel dans le budget, des soins sont pris en charge par les PASS ou les hôpitaux sans facturation à l'établissement pour des personnes sans couverture sociale (qui représentent 25% des patients accueillis. Environ 44% des bénéficiaires de la CMU ou du régime général de la Sécurité Sociale n'ont, par ailleurs, pas de complémentaire).

L'équilibre budgétaire résulte ainsi d'une attention permanente à la mixité des publics, en termes de couverture sociale et de gravité des situations. Des surcoûts peuvent intervenir dans des établissements s'inscrivant dans un contexte particulier : structures de petite taille, partenaires peu nombreux sur le territoire,…

Les établissements sont très dépendants de l'ONDAM : très rares sont ceux qui bénéficient de cofinancements (8 sur 89 structures enquêtées).

G – SYNTHESE

Les caractéristiques générales des LHSS

Les Lits Haltes Soins Santé représentent fin décembre 2011, soit au terme de la période de programmation, 106 structures, 114 sites et 1 171 lits répartis dans 21 régions et 66 départements. Cinq régions concentrent à elles seules la moitié du volume total de places : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon.

Aussi, peut-on affirmer la bonne diffusion du dispositif sur l'ensemble du territoire national et un maillage territorial certain.

Concernant les caractéristiques générales des établissements :

- Les LHSS sont très majoritairement de petite taille : la médiane s'établit à 6 lits, avec une tendance à la baisse du nombre de lits par structure depuis 2009. En effet, le nombre médian de lits par gestionnaire passe de 8 en 2006 à 5 à compter de 2009.

- 87,5% des structures porteuses sont des associations,

- ayant majoritairement pour domaine principal d'activité l'hébergement (89% des associations gestionnaires de LHSS administrent également un CHRS).

- Les LHSS sont adossés à une activité de l'opérateur dans 78% des cas (il s'agit généralement de CHRS).

Les séjours

Le nombre de demandes par lit est significativement supérieur au nombre de personnes effectivement accueillies dans le dispositif (en moyenne, 7,71 demandes par lit contre 4,54 personnes accueillies). Ainsi, globalement, le taux de refus des demandes d'admission s'élève à 37,8%. Deux raisons principales expliquent cet écart :

- Les capacités d'accueil sont insuffisantes (31,7% des rejets sont motivés par l'absence de places disponibles, alors que le taux moyen d'occupation s'élève pour l'année 2011 à près de 86% - taux médian : 87%),

- Malgré une meilleure compréhension du dispositif par les organismes orienteurs, certaines demandes sont inadaptées et ne peuvent être prises en charge par les LHSS (la lourdeur de la pathologie et l'absence de motif sanitaire correspondent au deuxième et troisième motif de refus des demandes, avec des taux respectifs atteignant environ 27% et 23%).

Les orientations sont à près de 52% le fait d'établissements de santé, notamment des Urgences. Si elles sont majoritaires, les acteurs sociaux représentent, quant à eux, 30% des adressages. Il s'agit en particulier des maraudes.

Le mode d'orientation privilégié est l'orientation directe vers le LHSS, sans passer par un organisme régulateur comme le préconisait le cahier des charges. Un avis médical du prescripteur est systématiquement recherché par les gestionnaires de LHSS, même si le dossier peut être proposé par un travailleur social.

L'analyse du dossier et l'admission consacrent le rôle essentiel du médecin responsable. Des compléments d'informations médicales, voire des visites peuvent être réalisées pour faciliter la

prise de décision. Cette dernière est adoptée soit dans un cadre bilatéral, entre le médecin responsable et le responsable du LHSS, soit au sein d'une commission réunissant l'équipe de l'établissement. Outre l'évaluation médicale, les structures sont attentives à constituer un collectif, qui puisse vivre harmonieusement au sein du LHSS.

Les critères d'admission prévus par le cahier des charges (accueil réservé aux majeurs, aux personnes sans abri souffrant d'une pathologie nécessitant du repos et des soins habituellement prodigués à domicile, sans conditions administratives) sont respectés. En revanche, au niveau des pathologies, la lourdeur qu'elles représentent en termes de prise en charge et leur adéquation aux moyens des LHSS sont diversement appréciées en fonction des structures. Au-delà, il arrive ponctuellement que les établissements accueillent des situations lourdes en connaissance de cause :

- soit que les réponses soient inexistantes, inadaptées ou que les institutions compétentes refusent les personnes sans domicile fixe (en particulier en EHPAD et dans les services de soins de suite, voire dans les services de soins palliatifs),

- soit que des raisons affectives entrent en jeu, compte tenu de l'histoire de la personne avec la structure porteuse,

- soit que la pathologie chronique et/ou lourde ne soit pas le motif d'admission, mais nécessite tout de même une attention.

Pour les personnes en établissement LHSS entre septembre et novembre 2011, il s'agissait à près de 70% d'un premier séjour en LHSS au cours de l'année écoulée (soit depuis septembre 2010). Celles qui effectuaient un deuxième séjour dans l'année, revenaient, dans près de 64% des cas, pour un motif identique.

Les structures ont fait des efforts pour proposer un service de qualité au niveau des conditions d'accueil. Pour autant, reste l'épineux problème de l'accueil des enfants de femmes isolées nécessitant une prise en charge. L'impossibilité d'accueillir ces enfants (qui concernent 70% des structures) conduit dans un certain nombre de cas au refus des soins.

Les séjours sont courts dans l'ensemble (39% durent moins d'un mois, 31% entre 1 et 2 mois et 33% entre 3 et 6 mois). Mais, la sortie représente l'étape critique du dispositif. 55% des sorties sont motivées par la fin de la prise en charge, viennent ensuite les hospitalisations et les départs volontaires. Entre l'hébergement d'urgence et la rue, 47% des patients retrouvent des conditions de vie très précaires après leur séjour en LHSS. 17% sont orientés vers un hôpital et environ 30% trouvent une place dans une structure d'hébergement ou de logement adapté. Seules 3,9% des destinations correspondent à une entrée en établissement médico-social. Or, l'état de santé des personnes restent fragiles. A noter que les séjours les plus longs ne conduisent que très relativement à éviter un retour à la rue[23]. La brièveté des séjours et les remises à la rue sont aujourd'hui le prix à payer pour conserver sa finalité et sa place au dispositif, tout en permettant d'identifier les manques ou l'inexistence de solutions d'aval adaptées.

[23] Les séjours de moins de 77 jours (moyenne) aboutissent à un retour à la rue dans 22,9% des cas, tandis que les retours à la rue concernent 21,4% des séjours les plus longs. De manière plus détaillée, 8,9% des destinations correspondent à la rue dans le cadre des séjours de moins de 30 jours. Ce taux atteint 25,3%, 23% et 20,7% pour les séjours d'une durée respective de 30 à 60 jours, de 61 à 90 jours et de plus de 90 jours.

Les publics accueillis

Les LHSS accueillent très majoritairement des hommes (79,3%), relativement âgés : 44,2% ont au moins 50 ans et, parmi eux, 16,7% sont âgés de 60 ans ou plus. Cette caractéristique renvoie à la problématique de l'accès des personnes en exclusion aux établissements médico-sociaux (en particulier aux EHPAD).

56% des personnes prises en charge sont sans abri et 7% vivent dans un habitat précaire (caravane, squat,…). Elles n'ont généralement pas derrière elles un long passé d'errance, puisque 59% d'entre elles sont sans domicile fixe depuis 5 ans au plus, dont un tiers depuis moins d'un an.

45% des patients n'a pas de ressources, quand 21% touchent le RSA et 11% l'AAH. Concernant la couverture maladie, une part non négligeable en est dépourvue (24,6%). 40% sont couverts par la CMU et 18,5% par le régime général de l'Assurance Maladie. Environ 44% des bénéficiaires de la CMU ou du Régime Général de l'Assurance Maladie n'ont pas de complémentaire.

Les séjours en LHSS ont souvent pour objectif la convalescence ou la prise en charge d'un état sanitaire aigu, résultant de la décompensation d'une pathologie chronique. Viennent ensuite des prises en charge visant le repos, l'exploration d'un problème sanitaire ou une intercure.

Quant aux motifs d'admission les plus fréquents, ils sont liés à des pathologies traumatiques, des décompensations d'une pathologie chronique somatique, des infections (en particulier respiratoires) ou une altération de l'état général.

86% des patients souffrent, par ailleurs, de pathologies sous-jacentes, le plus souvent déjà connues : pathologies chroniques (59%), addictions (54%), troubles de la personnalité ou pathologies psychiatriques avérées.

Sur une échelle de 0 à 10 (0 correspondant au plus bas niveau de l'état de santé), les médecins notent leurs patients entre 4 et 6 pour 52% d'entre eux. En revanche, ils évaluent que plus de 26% sont dans un état de santé très dégradé (entre 0 et 3).

Les prises en charge

Les LHSS ouverts entre 2006 et 2010, soit 853 lits, mobilisent environ 488 ETP, salariés du dispositif ou de la structure porteuse. Cela représente un taux global d'encadrement de 0,57 ETP par lit, toutes fonctions confondues, dont, en moyenne :

- 0,19 ETP de fonction support (direction, secrétariat, accueil, hébergement),

- 0,26 ETP de personnel soignant (médecin(s) et infirmier(s)),

- 0,12 ETP de personnel social ou socio-éducatif (moniteur-éducateur, éducateur, AMP, assistant de service social, CESF,…)

Si le taux global d'encadrement reste similaire quelque soit la taille de la structure, en revanche la composition de l'équipe, c'est-à-dire la répartition des ETP entre les trois fonctions (support, santé, sociale et socio-éducative), varie, en particulier dans les structures de 10 et plus. Ces dernières valorisent, en effet, un temps plus important de présence du personnel soignant et, à l'inverse, un temps moins important de personnel social ou socio-éducatif. Quant aux petites et moyennes structures (respectivement de moins de 5 lits et de 5 à 9 lits), elles disposent d'un temps plus réduit du personnel soignant, qui résulte, notamment, de leur difficulté à recruter des professionnels de santé pour seulement quelques heures d'intervention et ont davantage recours à du personnel dédié qu'à une équipe dédiée.

Les LHSS mobilisent les qualifications adaptées à la réalisation de leurs missions. Pour autant, les inquiétudes générées parmi le personnel de la structure porteuse liées à l'accueil de personnes malades ne sont pas toujours suffisamment prises en compte. De même, l'articulation entre l'équipe dédiée du LHSS et l'équipe de la structure porteuse reste à parfaire.

Conformément au statut médico-social des établissements LHSS, les prises en charge sont, à la fois, médicales, sociales et socio-éducatives :

- Sur le plan médical, en interne, plus de 80% des patients sont vus par le médecin au moins une fois par semaine, dont 41,5% trois fois par semaine. Les soins infirmiers correspondent principalement à la délivrance de médicaments, à l'éducation thérapeutique, à la réalisation de pansements et de toilettes. Dans 82% des cas, il s'agit de soins nécessités par la pathologie d'admission. Dans 18% des cas, ces soins résultent de la réalisation d'un bilan. Quant aux actes médicaux réalisés par des partenaires extérieurs, il s'agit principalement de prélèvements biologiques (70% des patients enquêtés en ont bénéficié), de kinésithérapie et de dermatologie. Par ailleurs, 51% des patients enquêtés ont bénéficié d'actes d'imagerie. Ces actes sont principalement réalisés en lien avec le motif d'admission, quand les consultations d'ophtalmologie et de dentiste sont réalisées à l'occasion de bilans. Par ailleurs, 53% des patients ont nécessité une prise en charge psychologique, quelque soit le motif d'admission, dont 36,5% dans le cadre d'une consultation spécialisée. Pour 55,5% des personnes, il s'agissait d'un premier contact avec cette spécialité et près de 41% ont bénéficié d'au moins 4 consultations durant leur séjour. Les consultations d'addictologie ont concerné 19,2% des patients enquêtés, en lien avec une pathologie sous-jacente dans près de 54% des cas (vs pathologie d'admission). Pour 38% des personnes concernées, il s'agissait d'un premier contact avec cette spécialité.

- 25% environ des résidents n'ont besoin d'aucune aide aux actes essentiels de la vie quotidienne. Dans la très grande majorité des cas, l'aide à apporter concerne la prise de médicaments (88% des cas). En effet, la promiscuité des patients et leurs fréquentes addictions rendent élevé le risque de vols et d'ingestion inadaptée de médicaments. A noter que les piluliers sont préparés par des infirmiers, mais la distribution incombe souvent aux personnels d'accueil ou aux éducateurs, lorsque la présence du personnel soignant est ponctuelle.

- D'un point de vue strictement social, près de 86% des patients ont été accompagnés par un travailleur social lors de leur séjour en LHSS. Cet accompagnement étant principalement axé sur l'ouverture ou l'actualisation des droits (en particulier à la CMU ou à l'AME et à une mutuelle) et sur la recherche d'une solution à la sortie du dispositif. Selon les structures, les intervenants sociaux ont un rôle d'interface vers les services sociaux de droit commun ou prennent en charge la constitution des dossiers.

- Enfin, la prise en charge socio-éducative est importante notamment pour mettre en place une relation de confiance entre le patient et l'établissement, et faciliter l'accès aux soins : il s'agit pour les éducateurs de favoriser l'estime de soi, l'adoption des règles d'hygiène et de vie en collectivité. Les activités collectives sont peu développées, l'accent restant mis sur une prise en charge individuelle.

La volonté d'articulation entre la prise en charge sociale et la prise en charge sanitaire se manifeste à plusieurs niveaux :

- Au niveau des contrats de séjour, signés par les patients et l'établissement, qui formalisent les objectifs sanitaires et les objectifs sociaux,

- Au niveau de la composition des équipes par la recherche de profils d'aide médico-psychologique, dont la formation a vocation à faciliter cette articulation.

- Au niveau des missions confiées aux différents intervenants, par le rôle d'observation confié aux éducateurs et agents d'accueil, permettant par la suite l'adaptation des prises en charge.

Les LHSS développent leur activité dans le cadre de partenariats réguliers mais non formalisés. L'hôpital (notamment la PASS) et la pharmacie sont les partenaires avec lesquels les LHSS entretiennent les liens les plus étroits. A l'inverse, le travail partenarial est limité avec les établissements médico-sociaux spécialisés, avec les médecins spécialistes et est quasiment inexistant avec les services de soins de suite et de réadaptation.

Le financement des LHSS

L'évaluation permet d'établir un coût annuel moyen de fonctionnement de 36 723 € par lit, qui ne diffère pas sensiblement selon le statut des opérateurs. En revanche, il varie significativement selon les régions et la taille de la commune d'implantation. Ce coût augmente puis se stabilise en fonction du nombre de lits et de la taille de l'équipe : il cesse de croître à partir de 10 ETP et de 15 lits.

En moyenne, 68% du budget est consacré au personnel. Le poste suivant correspond à l'hébergement et la restauration, soit 7% du budget.

Si la dotation ONDAM moyenne versée par lit correspond approximativement au coût total moyen de fonctionnement déclaré par les établissements LHSS (soit 36 908 € contre 36 723 € par an et par lit), il faut nuancer la correspondance entre les financements apportés au dispositif et son coût réel. Si le calcul de ce dernier ne faisait pas partie de la commande d'évaluation, les entretiens conduits auprès des gestionnaires de LHSS montrent que, selon les structures, certains postes de dépenses ne sont pas valorisés au réel dans les budgets. C'est en particulier le cas de la mobilisation du personnel et du matériel de la structure porteuse ou de soins non remboursés ou pris en charge par les PASS ou les hôpitaux sans facturation à l'établissement pour des personnes sans couverture sociale (qui représentent 25% des patients accueillis. Environ 44% des bénéficiaires de la CMU ou du régime général de la Sécurité Sociale n'ont, par ailleurs, pas de complémentaire).

L'équilibre budgétaire résulte ainsi d'une attention permanente à la mixité des publics, en termes de couverture sociale et de gravité des situations. Des surcoûts peuvent intervenir dans des établissements s'inscrivant dans un contexte particulier : structures de petite taille, partenaires peu nombreux sur le territoire,…

L'analyse du coût réel du dispositif mériterait ainsi une analyse économique et financière approfondie, sachant que si la mutualisation des dépenses entre structure porteuse et établissement LHSS est indispensable dans une perspective de rationalisation des coûts, l'autonomie financière des LHSS apparaît indispensable à plusieurs niveaux pour la viabilité du dispositif : le financement des dépenses de personnels médicaux et sociaux, le financement des soins d'hygiène et de nursing, du transport, des analyses médicales, des médicaments non spécifiquement prescrit à un patient et le financement des bonnes conditions d'hébergement (entretien des locaux, restauration, blanchisserie,…).

Les établissements sont très dépendants de l'ONDAM : très rares sont ceux qui bénéficient de cofinancements (8 sur 89 structures enquêtées).

H – CONCLUSIONS

H-I – LES REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

MALGRE DES ORIENTATIONS PARFOIS INAPPROPRIEES, DES ADMISSIONS ADAPTEES AUX FINALITES DU DISPOSITIF

Malgré une évolution positive, des orientations inappropriées en quantité encore non négligeable

Les résultats de l'enquête montrent qu'**en moyenne 59% des demandes d'admission sont satisfaites**. Globalement, en 2011, 7,7 demandes ont été formulées pour chaque lit et 4,54 personnes ont finalement été accueillies.

Ce taux résulte de deux constats :

- **Les demandes d'admission sont supérieures aux capacités d'accueil,**
- **Les orientations sont parfois inadaptées.**

Concernant le premier point, il sera évoqué plus en détail dans le paragraphe relatif à l'adaptation du volume de lits aux besoins.

Concernant le second point, **l'inadéquation de l'orientation concerne 49,6% des refus d'admissions, dont 26,7% liées à une pathologie trop lourde**. A ce sujet, il faut souligner que si plus de 78% des répondants déclarent que l'orientation n'est pas systématiquement réalisée par un médecin, elle est systématiquement accompagnée d'un avis médical dans 65,7% des cas. Les hôpitaux orientent beaucoup vers les LHSS, mais ce ne sont pas les seuls. Selon les cas, les maraudes, les équipes mobiles, les associations caritatives voire les structures d'hébergement (CHRS, CADA, SAO,…) peuvent également orienter vers le dispositif. **Mais, quel que soit l'orienteur, se pose la question de la bonne compréhension du dispositif et de son « bon usage ».**

Dès cette première étape dans le dispositif, **l'inscription des LHSS dans le réseau local d'acteurs apparaît primordiale.** D'après les résultats de l'évaluation, les pratiques influençant les bonnes orientations sont les suivantes :

- Un travail récurrent d'information, de rappel des finalités et du fonctionnement des LHSS,
- Une position ferme du médecin responsable pour résister aux pressions que peuvent exercer les organismes orienteurs,
- Un réseau de partenaires diversifiés vers lesquels peuvent être orientées les personnes qui n'ont pas leur place en LHSS.

Si la localisation des LHSS dans tel ou tel type de structure (CHRS, hôpital) influence l'origine des patients, **cela ne s'apparente pas à un effet de filière d'ampleur** : les orientations sont généralement le fait d'acteurs relativement diversifiés.

Les investigations menées n'ont pas permis de confirmer ou d'infirmer les hypothèses envisagées au démarrage de l'étude selon lesquelles les LHSS admettraient des personnes prises en charge par des dispositifs sans hébergement, type CSAPA, ou des personnes qui auraient leur place dans un CHRS moyennant l'intervention d'un SSIAD.

Des critères et modalités d'admission globalement conformes au cahier des charges

D'un point de vue sociodémographique, l'observation des caractéristiques des publics souligne **la présence dans les LHSS de personnes vieillissantes, de personnes de moins de 40 ans et sans domicile fixe depuis moins d'un an, de femmes isolées très marginalisées avec ou sans enfant.**

D'un point de vue sanitaire, l'enquête « patients » a montré la fréquence des comorbidités liées aux pathologies chroniques, aux addictions, et aux pathologies psychiatriques mais **le motif d'admission demeure majoritairement lié:**

- **à un évènement aigu de santé** (traumatologie, infection aigue, décompensation aigue d'une pathologie chronique somatique),
- **à une altération de l'état général**.

Sous un autre angle, **le respect du principe d'inconditionnalité de l'accueil est réaffirmé** par une très grande majorité des structures enquêtées. 76% des répondants à l'enquête par questionnaire déclarent ne pas prendre en compte d'autres critères que ceux inscrits dans le cahier des charges. Pour les autres, les critères mis en évidence sont plutôt d'ordre médical : adéquation entre l'état de santé de la personne et l'équipement ou le personnel médical et paramédical présent dans la structure, refus des patients sous perfusion ou sous oxygène,…

Les gestionnaires sont également attentifs à l'accueil d'un collectif apte à cohabiter, à vivre en bonne harmonie. Ils sont donc vigilants à l'adhésion des bénéficiaires au projet de l'établissement, à l'acceptation du règlement de fonctionnement, à un degré d'autonomie minimum des personnes ou peuvent limiter le nombre de prises en charge de personnes relevant de problématiques identiques lourdes (dans le champ de l'addiction ou de la psychiatrie par exemple).

Sous un angle organisationnel, **quelle que soit la structure, l'avis médical du médecin responsable en accord avec le responsable du LHSS déclenche l'admission**. Selon les cas, l'admission est décidée en réunion d'équipe regroupant les personnels soignants et éducatifs ou lors d'un échange bilatéral entre le médecin et le responsable du LHSS. Le choix de décider des admissions en commission est régi par la volonté d'assurer le bien vivre ensemble au sein de l'établissement.

Les motifs et modalités d'admission des patients apparaissent donc conformes aux objectifs des LHSS établis par le cahier des charges, bien que les études de cas et les enquêtes aient mis en évidence quelques situations très lourdes n'ayant manifestement pas leur place en LHSS. En effet, au-delà du motif d'admission, les personnes sans-abri souffrent bien souvent de poly-pathologies.

La position des structures vis-à-vis des pathologies sous-jacentes est influencée par la nature sociale ou sanitaire de la structure porteuse, la composition de l'équipe du LHSS, l'offre existante à proximité, la configuration des locaux, et les situations des personnes qui peuvent être plus ou moins lourdes. Ainsi, des structures acceptent des personnes nécessitant des soins palliatifs, la mise en place d'un traitement du cancer par voie de perfusion, des personnes en inter-cure de chimiothérapie, …tandis que d'autres les refusent.

Néanmoins, **quelque soit la position des LHSS, la part des personnes souffrant de poly-pathologies chroniques et d'addiction est non négligeable dans ces établissements**. En effet, les personnes sans-abri ont très souvent une ou des maladies sous-jacentes, qui ne sont

pas à l'origine de l'admission (cette dernière étant majoritairement liée à un évènement aigu de santé ou à une altération de l'état général), mais peuvent décompenser rapidement. **Elles sont accueillies en LHSS par défaut de places adaptées à leur situation.** Les souffrances psychiques, voire psychiatriques constituent, ainsi, une préoccupation des structures, à côté desquelles il existe des troubles de la personnalité, des affections psychiatriques « enkystées » ou encore des démences alcooliques, qui, sans justifier de traitement à proprement parler, constituent des facteurs de rejet de ces personnes pour traiter les problèmes somatiques chroniques dans les lieux de soins habituels du droit commun.

Sur ce sujet, la question de l'articulation entre LHSS et LAM mais aussi entre LHSS et SSR mérite d'être posée.

UNE QUALITE DE SERVICE SATISFAISANTE MAIS POUVANT FAIRE L'OBJET D'AMELIORATIONS

Il est indéniable qu'une certaine hétérogénéité des fonctionnements et des organisations est constatée chez les opérateurs du dispositif LHSS. Elle peut être bénéfique car adaptée au contexte local mais pour autant, il est nécessaire de veiller à ce que les droits et libertés de la personne accueillie soient partout respectés.

Cette diversité s'exprime à plusieurs niveaux.

Une compréhension hétérogène de l'équilibre à trouver entre prise en charge sanitaire et prise en charge sociale

Pour les interlocuteurs rencontrés lors des entretiens de cadrage, les objectifs des LHSS semblent assez clairs :

- Eviter la dégradation d'un état de santé fragile,
- Eviter une rupture dans le parcours de soin,
- Proposer une parenthèse au cours de laquelle la personne peut se préoccuper de sa santé, faire un bilan complet, se réapproprier son corps,…
- Proposer un hébergement stable et des soins,
- Réinvestir la personne dans un projet de vie.

Ces objectifs portent d'une part sur le volet sanitaire de la prise en charge et d'autre part sur le volet social. **Selon les structures, la part de la prise en charge sociale peut être relativement restreinte, priorité étant donnée à la prise en charge médicale.**

Pour autant, bien que l'essentiel des réponses apportées reste centré sur la résolution du (des) problème(s) sanitaire(s) ayant justifié l'admission, l'enquête montre que **les équipes mettent en œuvre une approche globale des personnes accueillies, avec notamment** :

- Sur le plan sanitaire :
    - La réalisation d'un bilan plus général à l'occasion du séjour comme en témoignent les consultations dentaires, ophtalmologiques et la réalisation des bilans biologiques et d'imagerie. Les études de cas mettent, néanmoins en évidence, qu'un bilan n'est pas effectué systématiquement ;
    - La mise en œuvre de pratiques éducatives (prévention secondaire ou tertiaire)

lorsqu'existent des pathologies chroniques ;

- La recherche d'une continuité des soins en particulier dans la prise en charge des addictions ou des pathologies psychiatriques, en soulignant la place importante occupée par l'accès aux soins dans ces domaines ;

- Sur le plan social :
  - L'existence d'un accompagnement des personnes ;
  - L'ouverture de droits, en particulier pour donner accès à une couverture assurantielle absente à l'arrivée dans les LHSS.
  - La recherche de solution d'hébergement à la sortie, même si les difficultés rencontrées à ce sujet demeurent importantes.

- Cependant, au sein des LHSS, **le soin curatif et technique ne suffit pas. Une troisième catégorie d'interventions mérite d'être valorisée**. En effet, les LHSS doivent résoudre des problématiques qui ne relèvent pas uniquement de la santé et de l'absence de toit. Au-delà, les publics des LHSS ont également un besoin de reconnaissance, d'écoute, des difficultés d'hygiène ou liées à la prise de médicaments, un manque d'autonomie pour se rendre aux rendez-vous à l'extérieur dans les services de santé ou sociaux…L'évaluation a donc mis en évidence **l'importance du volet socio-éducatif de la prise en charge**, qui se traduit par des actions, le plus souvent individuelles, visant à la restitution de l'estime de soi, à l'adoption de règles d'hygiène et de comportements adaptés pour bien vivre en société.

Sur certains sites, un problème de clarification des rôles entre les intervenants internes à la structure

Pour mettre en œuvre leur mission, les LHSS mobilisent, dans des proportions diversement valorisées :

- du temps de personnel administratif,
- du temps de personnel soignant,
- du temps de personnel social,
- du temps de personnel éducatif.

Aussi, la composition des équipes est-elle conforme au cahier des charges : l'équipe est pluridisciplinaire, toujours composée a minima d'un médecin et d'une infirmière.

Le statut des gestionnaires influence le profil de l'équipe dédiée au dispositif. Ainsi, alors que le Samu social de Paris valorise fortement son personnel soignant (0,42 ETP de personnel médical ou paramédical par lit), ce taux d'encadrement soignant par lit s'établit à 0.30 dans les centres hospitaliers et est plus proche de 0.20 dans les CCAS et les associations. Ces dernières mobilisent également moins de personnel social ou socio-éducatif (0.10 ETP par lit contre 0.14 dans les CIAS/CCAS et les centres hospitaliers et 0.19 au sein du GIP).

De même, les structures de 10 lits et plus ont davantage de personnel soignant que les structures plus petites, et, au contraire, moins de personnel social ou socio-éducatif.

Mais, au-delà, au cas par cas, les temps de présence sont très variables sur la journée et sur la semaine. A noter que la quasi-totalité des structures a mis en place une astreinte ou une veille de nuit. Celle-ci est généralement assurée par un veilleur (en particulier dans les CHRS)[24].

Les constats établis par l'évaluation sur les temps de présence affectés aux LHSS amènent aux conclusions suivantes :

- Sans surprise, l'évaluation permet de repérer **des pratiques de mutualisation du personnel de la structure porteuse au profit du dispositif LHSS**. Dans une moindre mesure, le personnel soignant des LHSS peut intervenir auprès des résidents de la structure d'hébergement. **Ces pratiques sont essentielles à l'équilibre budgétaire du dispositif LHSS, mais méritent d'être clarifiées, car elles peuvent créer des tensions au niveau du personnel.**

  En effet, le personnel d'accueil, de restauration et d'hébergement (éducateurs, veilleurs de nuit, agents d'entretien,…), qui n'est généralement pas dédié au dispositif LHSS, est souvent en contact direct avec les patients. En fonction de l'organisation de la structure, il peut se retrouver seul, sans présence médicale ou paramédicale. Cela génère parfois des inquiétudes vis-à-vis des pathologies ou des interventions à réaliser (toilettes, distribution des médicaments, écoute,…) pour lesquelles les personnels ne sont pas formés. Ces derniers sont, en outre, parfois très peu valorisés budgétairement parlant, alors qu'ils ont le sentiment de prendre soin des patients LHSS au détriment des autres résidents de la structure porteuse.

- Si ce n'est pas vrai partout, au sein de certains LHSS, le médecin se comporte davantage comme un médecin assurant des consultations que comme un médecin responsable. Il passe très peu de temps dans la structure et les patients LHSS lui sont généralement envoyés à son cabinet. **S'il n'y a pas d'autre personnel soignant assurant la coordination, cela peut créer des difficultés dans la mise en œuvre du projet thérapeutique**.

- **Les petites structures se heurtent à de réelles difficultés pour stabiliser leur équipe, en particulier soignante**. Certains LHSS qui avaient souhaité recruter des infirmières doivent finalement recourir à des infirmières libérales, faute de candidatures et/ou suite à des départs. La charge peut également être lourde pour le médecin.

Un problème d'aménagement des locaux sur certains sites compliquant parfois la prise en charge sanitaire

Une majorité d'établissements (54%) est installée dans des locaux ayant plus de 5 ans et, si 68% des structures indiquent avoir procédé à travaux en dehors de la mise aux normes des établissements recevant du public, **les investigations qualitatives montrent que les locaux n'ont pas toujours pu être aménagés pour offrir des conditions d'accueil satisfaisantes**. Il apparaît, en effet, que les structures ne disposent pas toutes d'une salle dédiée aux soins, que les sanitaires sont parfois collectifs et que les locaux sont parfois inaccessibles aux personnes à mobilité réduite. **En outre, l'éclatement de l'établissement sur plusieurs sites peut compliquer la mise en œuvre des prises en charge pour les équipes.**

[24] Les charges afférentes à ce poste ne sont d'ailleurs pas toujours intégrées dans le budget du dispositif LHSS.

Le problème majeur de l'aménagement des locaux concerne l'accueil des enfants de femmes isolées qui ont besoin d'une prise en charge sanitaire. En effet, sur l'ensemble des établissements LHSS ouverts entre 2006 et 2010, 35% n'offrent aucune possibilité d'accueil de tiers et moins de 30% déclarent être en mesure d'accueillir un enfant de femmes nécessitant une prise en charge (étant rappelé ici que les LHSS n'ont aucune obligation en la matière, le cahier des charges stipulant que « *en l'absence de solution alternative […], les accompagnants […] peuvent, à titre exceptionnel, être également accueillis* »). Or, l'impossibilité d'accueillir ces enfants aboutit parfois à la renonciation aux soins.

UN PARTENARIAT EFFICACE A L'ENTREE ET AU COURS DU SEJOUR EN LHSS, BEAUCOUP MOINS A LA SORTIE DU DISPOSITIF

En premier lieu, il faut noter que **la communication avec les partenaires est un préalable essentiel pour faire comprendre ce qu'est le dispositif LHSS et ce qu'il n'est pas** (ex : « Urgences ou services de suite pour pauvres », ce qu'ont pu croire certains hôpitaux). Ce travail de communication et d'information est à renouveler très régulièrement, afin d'éviter des orientations inappropriées ou des refus de prises en charge au motif que les LHSS auraient les moyens de les effectuer en interne.

L'évaluation a permis de mettre en évidence l'inscription du dispositif dans un réseau partenariat étoffé, puisqu'environ une dizaine d'acteurs sont mentionnés comme des partenaires réguliers. Toutefois, des relations ont du mal à émerger avec des institutions centrales pour garantir la continuité des prises en charge :

- **Les LHSS ont développé des liens très étroits avec les pharmacies et les hôpitaux. Dans ces derniers, ce sont les PASS qui constituent l'interlocuteur privilégié**. Les permanences d'accès aux soins de santé sont souvent les premiers partenaires des LHSS, tant au niveau des orientations, qu'au niveau de la prise en charge (fourniture de médicaments, informations sur la situation sociale de tel ou tel patient, relais vers les services hospitaliers,…).
- Les structures ont également souvent développé des partenariats avec des **équipes mobiles de psychiatrie, ainsi qu'avec des structures de prise en charge des addictions**.
- En revanche, **les médecins libéraux (généralistes ou spécialistes) sont peu présents** dans l'environnement des LHSS,
- **Quant aux services de suite (SSR, foyers de cure ou de postcure), ils conditionnent l'accès à un engagement ferme de la structure LHSS d'offrir une place à la personne sans domicile à l'issue de la prise en charge**.
- A la sortie du dispositif :
    - **La présence d'ACT ou de LAM peut constituer des solutions de sortie pertinentes** et permettre aux LHSS de se recentrer sur la prise en charge de pathologies aigües ainsi que sur une mission de dépistage, d'accès aux droits et d'accompagnement vers le soin. **Mais, ces dispositifs restent peu nombreux aujourd'hui.**
    - **Les orientations vers les établissements médico-sociaux spécialisés (EHPAD, FAM, MAS,…) sont très rares** et freinées tant par les conditions d'admission que par le profil des personnes (ex : les personnes ayant connu la

rue vieillissent plus rapidement et plus mal que le reste de la population : un EHPAD pourrait être adapté à leur situation dès 60 ans, alors même que la moyenne d'âge dans ces établissements est plus proche de 80 ans).

- **L'articulation avec les travailleurs sociaux de la situation d'aval** (Conseils Généraux, CCAS, associations spécialisées), **de même qu'avec les services tutélaires semble très variable selon les contextes**, alors qu'elle est importante pour la poursuite des démarches sociales, qui correspondent souvent à un temps beaucoup plus long que la prise en charge médicale.

L'existence ou la création et l'animation d'un réseau santé – précarité, qu'il soit labellisé ou non sont essentielles, pour articuler la prise en charge en amont et en aval du séjour en LHSS, d'autant plus que la proportion de personnes retournant dans la rue ou dans le dispositif d'urgence à la suite de leur passage en LHSS est non négligeable. Aussi, une bonne pratique consiste à prévoir des relais avec les maraudes, un réseau de médecins traitants, les travailleurs sociaux pour qu'un suivi et, a minima, une veille soit organisée.

UN FONCTIONNEMENT ET UN CONTEXTE D'INTERVENTION QUI PERMETTENT DIFFICILEMENT DE GARANTIR LA CONTINUITE DES PRISES EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE

Malgré la présence des comorbidités liées à la pathologie chronique, aux addictions et à la pathologie psychiatrique, les séjours en LHSS restent courts : **les délais prévus par le cahier des charges sont globalement respectés, avec une durée de séjour inférieure à 4 mois (2 mois renouvelable une fois) pour 76,8% des personnes accueillies**. Soulignons cependant qu'à la sortie des LHSS, le problème aigu ayant justifié l'admission n'est pas réglé pour 21,9% des individus et que les problèmes préexistants ou découverts durant le séjour ne sont pas stabilisés dans 35,7% des cas. Outre la nécessité de pouvoir proposer une prise en charge plus longue à une partie de la population accueillie (environ un quart de l'effectif total), ce constat pose la question de la continuité des soins.

Sous un autre aspect, la prise en charge dans les LHSS permet aux personnes « de se poser », de retrouver une certaine estime d'elles-mêmes. **Quitter la structure LHSS est donc parfois très difficile pour les bénéficiaires du dispositif, d'autant que la fréquence des destinations précaires à la sortie du dispositif souligne qu'il s'agit d'une étape compliquée**. Le passage de relais entre le LHSS et un accueil stable (même temporaire) constitue donc un axe important de travail. En effet, hors Samu Social de Paris, **47% des personnes sortent vers la rue ou une structure d'urgence, 56% pour les publics du Samu social.** Si la sortie est préparée dès l'admission en LHSS par l'engagement des démarches sociales, **le manque de solutions pour l'hébergement est confirmé comme une problématique majeure du dispositif.**

Dans ces conditions, il apparaît difficile de mettre en place une véritable continuité des soins et des prises en charge sociale. On en revient à l'intérêt du travail en réseau pour installer une sorte de veille sanitaire et sociale. Le devenir à la sortie du dispositif se pose pour tous les bénéficiaires mais résonne sans doute plus durement pour les personnes de plus de 50 ans. En effet, si les LHSS accueillent des publics essentiellement de sexe masculin, âgés de 47 ans (médiane), il convient de souligner que le tiers des personnes admises a moins de 40 ans et est sans domicile fixe depuis moins d'un an.

UN DISPOSITIF QUI NECESSITE UNE ATTENTION POUR PARVENIR A L'EQUILIBRE BUDGETAIRE

Une nécessaire mutualisation des moyens pour équilibrer le budget

Les LHSS sont de petite taille, la médiane s'établissant à 6 lits. Aussi, les acteurs interrogés au cours de l'évaluation sont-ils unanimes : **la taille des LHSS nécessite qu'ils soient adossés à une autre structure, afin de mutualiser certains coûts de fonctionnement courant**. Cela pose la question du seuil de viabilité de la structure, car quelque soit le nombre de lits, il faut organiser une équipe, développer des partenariats, organiser les procédures d'admission, de prise en charge, de sortie.

La très grande majorité des structures ayant répondu à l'enquête est associative et adossée à une structure d'hébergement (93%). 66% des répondants bénéficient de mises à disposition à titre gracieux (de personnel, de locaux, plus souvent de matériel,…) et 30% font intervenir des bénévoles. A noter que la situation la plus fréquente est la facturation au LHSS des mises à disposition au prorata du nombre de lits, des effectifs mobilisés (en ETP) ou de la surface utilisée. Néanmoins, ce ne sont pas ces mises à disposition qui semblent jouer un rôle dans l'équilibre budgétaire des LHSS.

Pour autant, **les chiffres communiqués par les structures ne permettent pas de constater que les petites structures seraient plus coûteuses que les plus importantes** pour l'ONDAM spécifique. Mais, **ces montants ne recouvrent pas le coût réel du dispositif**, en tenant compte, par exemple, des dépenses supportées par la couverture sociale des patients, voire par les budgets de partenaires, tels que l'hôpital, qui ne répercutent pas leurs dépenses au réel sur le dispositif LHSS.

Le montant annuel moyen du coût de fonctionnement d'un lit s'élève à 36 723€ en 2011. Il apparaît relativement conforme au coût prévisionnel mais masque des disparités importantes, en fonction de l'implantation géographique de l'opérateur, de la taille de l'équipe et du nombre de lits. Par ailleurs, le coût affiché peut apparaître artificiellement bas, en fonction de la manière dont les structures valorisent les fonctions supports et les charges indirectes de fonctionnement dans leur comptabilité.

Les études de cas confortent l'idée d'une taille critique des LHSS en deçà de laquelle ce n'est pas tant l'équilibre budgétaire qui est menacé mais plutôt le fonctionnement du dispositif :

- Un LHSS de petite taille parvient difficilement à constituer une équipe stable en particulier au niveau des soignants,
- Il est plus difficile à repérer pour les partenaires.

On peut souligner qu'à partir de 15 lits, le coût annuel de fonctionnement se stabilise.

Une enveloppe ONDAM utilisée de manière hétérogène par les établissements et qui couvrent les frais à condition d'accueillir en proportion non négligeable des personnes ayant leurs droits ouverts

L'enveloppe ONDAM est utilisée pour financer l'intervention des médecins responsables et des infirmières.

En revanche, elle est rarement utilisée pour les médicaments (hormis pour la constitution d'une petite pharmacie), le transport, les examens, les analyses : dans ce cas, c'est la couverture sociale de l'usager qui est utilisée. **Pour les personnes sans droit, les soins de petite ampleur sont financés par l'enveloppe ONDAM, tandis que les actes plus importants sont retardés ou réalisés dans le cadre d'un partenariat avec un service hospitalier**, qui ne facture pas nécessairement l'intervention à l'établissement. Autre cas de figure : certains médicaments souvent prescrits aux patients en LHSS en raison des fréquentes addictions ne sont pas toujours remboursés. Dans ce cas, il est rare que les structures LHSS les prennent en charge sur leur enveloppe ONDAM compte tenu de leur coût. C'est, en particulier le cas des vitamines B1 et B6.

Pour parvenir à l'équilibre budgétaire, les structures « jouent » par conséquent sur la mixité des publics en termes de couverture sociale et de lourdeur des pathologies. Il s'agit pour la structure d'accepter des situations complexes en termes de droits, à condition d'accueillir par ailleurs des patients ayant une couverture sociale.

H-II – CONCLUSION GENERALE

LA PLUS-VALUE DU DISPOSITIF LHSS

Fragilisées par leurs conditions d'existence, les personnes vivant dans la rue ont besoin de lieux où elles peuvent se reposer, se remettre d'une pathologie qui, sans gravité pour quelqu'un qui dispose d'un toit et de soins de base, pourrait rapidement empirer. Les Lits Haltes Soins Santé sont destinés à cette population souffrant d'affections « ordinaires » (grippes, bronchites, gastro-entérites, incidents traumatologiques), qui surviennent sur un état de santé fragilisé et peuvent décompenser des problématiques chroniques qui ne sont pas au premier plan (diabète, insuffisances respiratoires, insuffisances hépatiques, insuffisances cardiaques..) et résultent souvent d'une problématique addictive (tabac et alcool essentiellement)…

Il s'agit actuellement du seul dispositif adapté au public sans-abri, proposant une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire.

Les LHSS apportent aux personnes sans-abri :

- Certes, **des soins thérapeutiques** et c'est un aspect essentiel,
- Mais aussi, **des soins au sens plus général du « care »**, c'est-à-dire des attentions, de la sollicitude, de l'écoute, dont ont besoin ces publics souvent isolés.
- Ainsi **qu'une aide à l'actualisation des droits**.

En termes de santé publique, bien que tous les gestes thérapeutiques ou de prévention ne soient pas acquis (notamment par rapport à la gestion d'une maladie chronique), une démarche en ce sens a au moins le mérite d'être engagée.

Si les effets ne peuvent qu'être modestes et ponctuels compte tenu de la durée limitée des séjours au regard des pathologies et situations complexes des personnes, ils ne sont pas insignifiants : les partenaires paramédicaux des LHSS repèrent souvent une **évolution des patients au cours de leur séjour, en termes d'autonomie, d'hygiène et d'estime de soi**.

Quant aux problèmes médicaux, ils ne sont pas réglés mais stabilisés.

Enfin, **les LHSS constituent un lieu d'observation de l'état de santé et des besoins des personnes sans abri, souvent invisibles dans les enquêtes de santé publique**.

Malgré la pression qu'ils peuvent subir, les LHSS ne se substituent pas à d'autres établissements de santé, d'hébergement ou médico-sociaux. La durée limitée des séjours, l'évaluation médicale réalisée par les médecins responsables, la responsabilité de ces derniers concernant les admissions ainsi que l'attention des responsables garantissent cet état de fait. Une nuance est cependant à apporter concernant les services de suite, qui opposent souvent une position très ferme de refus des personnes sans abri en l'absence de garantie d'une place d'hébergement à la sortie du service.

En contrepartie, **le maintien des LHSS sur leur segment d'intervention met en évidence des manques criants de places ou d'établissements adaptés à la suite des prises en charge** :

- **Un manque de places d'hébergement et de logements adaptés**, pour des personnes qui ne nécessitent plus un suivi médical important mais ont besoin d'un toit et d'un cadre pour poursuivre leur réinsertion sociale.
- **Un manque d'établissements médico-sociaux** (en particulier d'EHPAD et dans une moindre mesure de structures pour personnes handicapées), avec des conditions d'admission et des équipes formées autorisant les personnes sans domicile à candidater.
- **Un manque de solutions de prise en charge des enfants de femmes isolées malades**.

UN NOMBRE DE PLACES LHSS INFERIEURS AUX BESOINS PRESSENTIS

Les enquêtes quantitatives et qualitatives laissent entrevoir des besoins non couverts.

D'après l'enquête « structures », en 2011, 7,71 demandes ont été formulées par lit autorisé en LHSS ; 4,54 demandes ont obtenu une réponse positive. **Près de 33% des refus ont eu pour motif le manque de places disponibles.** Au cours des études de cas, **la quasi-totalité des interlocuteurs rencontrés (que ce soit au sein des structures, dans les PASS, au sein des maraudes) ont souligné un manque de places en LHSS**. Un besoin particulier est apparu concernant certains publics ne trouvant pas de réponses adaptées actuellement, en particulier les femmes isolées (avec ou sans enfant), les personnes vieillissantes ou âgées et le public jeune en errance.

Pourtant, aujourd'hui, il apparaît très difficile d'objectiver les besoins, d'autant que les sources et indicateurs habituels de l'analyse ne sont pas applicables aux publics sans domicile fixe, puisque par définition ces indicateurs concernent des personnes domiciliées sur le territoire. De plus, les pratiques actuelles ne facilitent pas l'identification des besoins : les orienteurs ne formulent pas systématiquement les demandes s'ils savent que le dispositif est complet, et les gestionnaires de LHSS ne comptabilisent pas systématiquement les demandes auxquelles ils ne peuvent donner suite.

I – RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS	ARGUMENTAIRES
Améliorer le pilotage local du dispositif LHSS en insistant sur le **rôle d'animation et de suivi des ARS,** et en incitant ces dernières **ainsi que les DDCS à travailler ensemble** pour l'observation des publics, des besoins, la planification et le suivi des places en LHSS, l'articulation entre dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux	Depuis 2010, les LHSS sont suivis par les ARS en tant que dispositif médico-social. Néanmoins, ces établissements étant très majoritairement installés dans des structures sociales placées sous la tutelle des DDCS, la collaboration entre ces deux services publics apparaît essentielle. Les ARS ont également un rôle essentiel d'appui aux gestionnaires d'établissements **concernant l'articulation entre les LHSS et les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux,** en particulier concernant les relations avec les hôpitaux, les structures d'hébergement et de logement (en lien avec les DDCS) ou encore les LAM. Enfin, la **mise en place d'un système de veille continue des besoins quantitatifs et qualitatifs** en lits supplémentaires correspond à une piste de progrès importante pour le pilotage du dispositif. La formalisation de ces besoins dans les PRAPS, déjà réalisée sur un certain nombre de territoires, est à poursuivre.
Planifier l'ouverture de places supplémentaires, afin de garantir une meilleure couverture territoriale du dispositif et le principe d'inconditionnalité de l'accueil.	D'après l'évaluation, **près de 33% des refus d'accueil en LHSS ont, en 2011, eu pour motif le manque de places disponibles**. Or, ce chiffre est sans aucun doute minoré par les pratiques logiques de certains orienteurs, qui sachant, l'ensemble des places occupées, ne formulent pas de demandes, alors même que le dispositif conviendrait à la situation. L'observation des caractéristiques des publics souligne la présence importante de **personnes vieillissantes**, de **personnes de moins de 40 ans** et sans domicile fixe depuis moins d'un an, de **femmes isolées** très marginalisées avec ou sans enfant. Si la nécessité de créer des structures spécifiques reste à approfondir, leur prise en charge en LHSS nécessite a minima une adaptation des conditions d'accueil.
Assurer une meilleure prise en compte des coûts du dispositif **en augmentant le montant forfaitaire par jour et par lit**.	D'après les données collectées auprès des structures, le montant annuel moyen du coût de fonctionnement d'un lit s'élève à 36 723€ en 2011. Il apparaît relativement conforme au coût prévisionnel prévu par l'ONDAM spécifique, mais **masque des disparités importantes selon les gestionnaires et des coûts cachés**. En effet, toutes les structures ne valorisent pas l'ensemble des coûts du dispositif. La mobilisation de certains personnels ou matériels de la structure porteuse pour les LHSS n'est pas toujours répercutée au réel dans les budgets. De même, certains soins nécessaires à des patients sans couverture sociale sont parfois financés par la PASS ou l'hôpital sans facturation à l'établissement. La couverture sociale des patients, pour ceux qui en ont une, est sollicitée différemment selon les opérateurs. Si actuellement les structures porteuses de LHSS parviennent à

	l'équilibre budgétaire, c'est au prix d'une attention permanente à la mixité des publics, en termes de couverture sociale et de gravité des situations (entraînant des soins plus ou moins coûteux). Aussi, **le respect du principe de l'inconditionnalité de l'accueil peut s'en trouver limité**. Enfin, les **particularités de certains établissements LHSS** (petite taille, implantation dans un secteur géographique peu doté en partenaires, …) **engendrent** nécessairement **des surcoûts** pour parvenir, en particulier, à fidéliser une équipe (notamment soignante) et pour proposer une prise en charge adéquate.
Préciser et rappeler les règles de fonctionnement des Lits Haltes Soins Santé dans un décret relatif aux conditions techniques du fonctionnement du dispositif	Compte tenu des profils des publics accueillis et de leurs besoins sanitaires et sociaux, l'évaluation nationale des Lits Haltes Soins Santé a mis en évidence un certain écart entre la circulaire DGAS/SD.1A n°2006-47 du 7 février 2006 et la réalité du fonctionnement des établissements : ▪ Les motifs d'admission des patients apparaissent, dans la majorité des cas, conformes aux objectifs des LHSS donnés par le cahier des charges. Pour autant, les LHSS accueillent également **quelques situations très lourdes** n'ayant manifestement pas leur place dans ce dispositif, ce qui renvoie à la nécessaire articulation avec les LAM. ▪ Selon la configuration de la structure (et notamment sa taille), la **présence du personnel soignant peut être trop limitée**. ▪ Pour le personnel d'accueil, de restauration et d'herbergement, **l'accueil de résidents LHSS entraine des inquiétudes (**peur de la maladie, de la mort, d'erreurs dans la prise en charge,…) **et parfois une charge supplémentaire de travail** non prises en compte. ▪ **L'aménagement des locaux peut-être un frein à la prise en charge** : l'impossibilité d'accueillir des tiers, notamment les enfants de femmes isolées, peut entraîner le refus de soin ; le repos des usagers peut être perturbé par l'environnement du LHSS, lorsque des tensions existent au sein ou à l'extérieur de la structure porteuse. ▪ Alors que les liens sont réguliers et étroits avec l'hôpital (en particulier la PASS), la pharmacie, les EMPP et les CSAPA, **les partenariats avec les SSR et les établissements médicosociaux sont difficiles** à mettre en œuvre. De même, il y a peu de liens privilégiés avec les CPAM.

ANNEXES

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Les entretiens de cadrage

- Mme STOROGENKO, Direction générale de la Cohésion Sociale
- Mme SAULI, Direction de la Sécurité Sociale
- Mme BARBIER (Mme GOYAUX), Direction générale de la Santé
- Mme BAUER, Direction générale de l'Organisation des Soins
- Mme LONGCHAMBON, Mme CAILLOT, ARS Auvergne
- M. LECOMTE, DRJSCS Auvergne
- Mme VAN HEE, Mme RIGAUT-COMBES, ARS Nord-Pas-de-Calais
- Mme FENDER, FNARS
- Mme PARIGI, M. MARIE et M. BEAUDOIRE, Samu social de Paris
- Mme LAGANIER, Croix Rouge
- Mme POISSON, Médecins du Monde

Les entretiens exploratoires pour l'élaboration des questionnaires

- Association HESTIA, Villeurbanne (30 lits)
  - Mme MONNERIE, directrice des LHSS et ACT
  - Dr BLONDEAU, médecin LHSS
- Association ABEJ, Lille (10 lits)
  - Mme RIBEAUCOURT, directrice du pôle santé
  - Mme BONDOIS, coordonnatrice LHSS, infirmière
- Association l'ETAPE, Rognes (6 lits)
  - M. SEON, Directeur
  - M. DELAUNAY, Coordonnateur
  - Dr MAYAN, Médecin
- CCAS de Besançon (9 lits)
  - M. MAHIEU, responsable du pôle hébergement
- Hôpital La Grave, Toulouse (14 lits)
  - Dr Pascale ESTECHANDY
- Hôpital psychiatrique de Montfavet (7 lits)
  - M. SICARD, cadre de santé responsable
  - Dr BROSSIER, médecin

Les entretiens réalisés lors des études de cas

- **Association GAIA, Annecy (4 lits)**
  - M. Fernand GANNAZ, Directeur de GAIA ;
  - M. Emmanuel DARGEOU Responsable du SIAO/115 ;
  - Mme Sylvie FERLAY, Directrice du LHSS ;
  - Dr Anne AGNOLI, Médecin du LHSS ;
  - Mme Isabelle GUINE LECUREUX, Educatrice du LHSS ;
  - Dr Isabelle LACAILLE D'ESSE, Médecin du service de psychiatrie ;
  - Mme Chantal BALLESTER, Infirmière ;
  - Mme Claudine MINSSART, Responsable de la pharmacie partenaire ;
  - Mme Alexandra LUBRANI et M. Serge LUKIE, Directeurs des deux CHRS ;
  - Mme Marie-Cécile RUBIN, Assistante sociale de l'hôpital ;
  - Mme Maïwenn APPRIOUAL, Kinésithérapeute ;
  - Mmes Nathalie DUPARC et Simone RYASCOFF, ARS.
- **Association Jane Pannier, Marseille (5 lits)**
  - Le directeur de Jane PANNIER
  - La Chef de service du LHSS
  - L'équipe du LHSS
    - Le médecin (téléphoniquement)
    - L'infirmière
    - Les deux éducateurs
    - Le médecin remplaçant
    - L'auxiliaire de vie
    - L'animatrice
  - Le médecin des urgences psychiatriques de la Conception
  - Le médecin de l'Equipe de liaison Mobile de psychiatrie précarité
  - La coordonnatrice de Médecin du Monde
  - La responsable de l'ASV
  - La coordonnatrice du réseau « Santé Précarité »
  - La personne en charge du suivi au niveau de l'ARS (DT 13)
  - L'existence d'un reportage sur JP a permis de recueillir indirectement des témoignages de patientes.
- **Association Habitat et Soins, Nice (40 lits)**
  - La directrice (également, Déléguée régionale de SOS Habitat et Soins)

- Le Chef de service du LHSS
- L'équipe du LHSS :
- Le médecin
- La conseillère en éducation sociale et familiale
- Un AS et un auxiliaire de vie
- L'assistante sociale de la PASS du CH de Cannes
- La Directrice du CSAPA "Emergence" et du CAARUD Lou Passagin
- Le médecin de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité du CH de Nice
- La coordonnatrice de Médecins du monde (indirectement)
- La responsable en charge du suivi à l'ARS (DT 06)

- **Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers, Nanterre (48 lits)**
  - La directrice du pôle « Urgence sociale et Orientation »
  - Le médecin en référent du pôle « Médecine Sociale » (également, médecin en charge de la consultation médicale et des LHSS) ;
  - La cadre de santé des LHSS (également, cadre de la consultation médicale et du CHRS-LD)
  - L'équipe du LHSS
  - Un médecin
  - Une infirmière
  - Une auxiliaire de vie
  - Une éducatrice
  - Trois patients accueillis lors de notre visite (dont le représentant des usagers dans la démarche d'évaluation)
  - La personne en charge du suivi au niveau de l'ARS (DT 92)

- **CCAS, Bordeaux (14 lits)**
  - M. Laurent TOMASELLA, Directeur du Centre Leydet, CCAS de Bordeaux
  - Mme Isabelle NERAULT-ROSE, Responsable du LHSS, CCAS de Bordeaux
  - Dr Christophe ADAM et Louise MARTY, médecin responsable et infirmière du LHSS,
  - Mme Elsa JUGIE, assistante de service social du LHSS, CCAS de Bordeaux,
  - Mme GARDON, M. ROMAIN et Mme XXX, éducateurs et psychologue au Centre Leydet, CCAS de Bordeaux,
  - M. Jérôme THUILLIER et Mme Nadia BOULTAM, Responsable des agents de maîtrise du Centre Leydet et agent d'entretien du LHSS, CCAS de Bordeaux,
  - Mme Sophie ARHEX, Assistante de service social de la PASS, CHU Pellegrin de Bordeaux

- Docteur BODIN, Médecin du Samu Social de Bordeaux,
- Docteur LAGABRIELLE (Psychiatre), Responsable de l'EMPP de Bordeaux
- Mme Laurence CAZIN, Pharmacienne, EURL Pharmacie Nansouty, Bordeaux
- Dr Catherine RAUTURIER, Médecin inspecteur de Santé Publique, Pôle médical, ARS Aquitaine,
- Mme Catherine BRIS, Conseillère technique et sociale, DDCS Gironde
- 4 patients, dont 1 couple

- **CCAS, Grenoble (9 lits)**
  - Mme Anne-Marie BRET, Directrice des Etablissements d'Hébergement, CCAS de Grenoble
  - Mme Guilaine CLAPPIER, Responsable du LHSS, CCAS de Grenoble
  - Dr Michel MENON et Dr Sophie PAILHES, médecins responsables du LHSS,
  - Mme Christine REIN, Infirmière, Centre de Soins Infirmiers, CCAS de Grenoble
  - Mme Charlène POULY, Monitrice-éducatrice au CHRS La Boussole,
  - Mme Christelle FLORIN, Aide Médico-psychologique,
  - Personnels du CHRS La Boussole : veilleur de nuit, éducateurs
  - M. GALLICE, Directeur du Centre d'Accueil Intercommunal, CCAS Grenoble,
  - Mme Maud POIRIER, préparatrice en pharmacie, Pharmacie de la Grande Chartreuse, Grenoble
  - M. Bernard MONTIER, Assistant de service social de la PASS, Hôpital de la Tronche, CHU de Grenoble
  - Mme VIGNOT, Infirmière de la PASS, Hôpital de la Tronche, CHU de Grenoble
  - Dr MOIROUX, kinésithérapeute, Cabinet KINEA, Grenoble
  - Professeur Thierry BOUGEROL, Pôle Psychiatrie et Neurologie, CHU de Grenoble
  - Mme Maryse LEONI, Inspectrice principale, Responsable du service Promotion de la santé, Délégation territoriale de Grenoble, ARS Rhône-Alpes,
  - Mme Sylvie ANDRIVOT et Mme Velléda PRAT, Pôle Hébergement et Logement Social, DDCS Isère

- **Association ABEJ, Lille (10 lits)**
  - Mme RIBEAUCOURT, directrice du pôle santé
  - Mme BONDOIS, coordonnatrice LHSS, infirmière
  - Dr FLAMENT, médecin des LAM
  - Mme GALLET, IDE
  - Sarah, Kinésithérapeute libérale

- **Association LE FARE, Lille (6 lits)**
  - M. BATTAIN, Directeur de l'association
  - Mme Laurence DERNONCOURT, Cadre socio éducatif des LHSS, du CHRS
  - Dr Henry et Dr Donnet, Médecins de la Maison Médicale Moulins
  - M. HERBAUT, Mr MICLOT, infirmiers
  - M. BITAM, Pharmacien
  - Mme Juliette RIFF, Orthophoniste

Pour l'ABEJ et le FARE, les partenaires suivants :

  - Mr J. Louis VANDERBROUCK, Infirmier à l'ANPAA
  - Mr Olivier BLEUZE, CMAO/SIAO
  - Mme Sylvana SION, coordonnatrice PASS
  - Dr MORHAND, médecin responsable des LHSS à MSL
  - Madame Marina LAZZARI, Coordonnatrice du réseau Santé Solidarité Lille métropole
  - Mme Tiffany THIROLLE, Directrice adjointe FNARS NPDC
  - Dr Dominique Charles LAJUGIE et Mme Rachelle NENNING Inspectrice en charge de l'offre médico-sociale, ARS NPDC
  - Mme Mathilde GUILLEMOT, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, DDCS du Nord

- **Association AIEM L'Abri, Metz (4 lits)**
  - Mme Madeleine LHOTTE, Responsable du LHSS
  - Mme Valérie ZMINKA, Chef de service Pôle urgence
  - M. Armand GROOTKERKAMPF Armand, Responsable financier de l'association AIEM
  - Mme THOMAS, Infirmière libérale
  - Dr Dominique JAEGER, médecin coordonateur des LHSS
  - Mme BEGARD, Infirmière
  - Mme Sonia OUKADIR, AMP
  - Mme RESPAULT Jocelyne, Responsable de la Maison Relais
  - Mme Anne - Laure MEUNIER, Assistante de Service Social au CAARUD
  - M. Bruno LAMBERT, CPAM Metz
  - M. Aurélien KRUPA, SIAO 57
  - Mme Najette MERABET du C.A.H.U.
  - M. Stéphane JEROME, Travailleur social de l'Abri

- Mme MILLE-FAFET, ARS Moselle
- M. Damien REAL, chef de service Hébergement/logement et Mme STARK, Responsable hébergement urgence, veille sociale

- **Association Le Pont, Macon (4 lits)**
  - Dr Bruno BOUCHE et Dr Moktar MERAD, médecins coordonateurs des LHSS
  - Mme Anne DUMAS, éducatrice
  - Mme GAUDILLERE, Assistante sociale de la PASS de l'Hôpital de Mâcon
  - M. Arnaud AUDET, Chef de Service - CHRS Mâcon
  - M. Yves BERTHELON, responsable des soins et Mme SALLET, Cadre de direction, Maison de la Santé de Mâcon
  - Mme Joëlle D'ALMEIDA, ARS 71
  - Mme Evelyne BERILLE, Responsable Pôle hébergement, DDCS 71

QUESTIONNAIRE « STRUCTURES »

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE

1. Rappel du code d'identification de la structure :

Reprendre le code indiqué pour votre structure dans le mail d'invitation à répondre à l'enquête.

2. Quel est le département d'implantation de la structure ?

Indiquez le numéro de département en 3 caractères. Exemple : pour le département du Rhône, indiquez "069", pour l'Ain indiquez "001".

3. Quel est le statut de la structure porteuse ? (1 seule réponse possible)

○ Centre hospitalier ○ Association ○ CCAS/CIAS ○ GIP

Une seule réponse

4. Si la structure porteuse est une association, quel est son objet principal ?

○ Hébergement / logement adapté ○ Santé ○ Autres

La question n'est pertinente que si Statut structure = "Association"

5. Si 'Autres', précisez :

6. Pour les associations, quels sont les autres dispositifs, services et établissements hors LHSS gérés par la structure ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Veille sociale
- ☐ Structures d'hébergement (CHU, CHRS, CADA,…)
- ☐ Foyers logement (résidence sociale, pensions de famille, résidence accueil)
- ☐ CSAPA/CAARUD
- ☐ Appartements de Coordination thérapeuthique (ACT)
- ☐ Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)
- ☐ Services et établissements sociaux et médicosociaux (SSIAD, EHPAD, FAM, MAS, ITEP, MECS, service d'aide à domicile)
- ☐ Etablissements sanitaires et services de santé (services hospitaliers, SSR, centre de santé, accompagnement, éducation et promotion de la santé,…)
- ☐ Services d'accompagnement social (services d'accompagnement et de soutien, AVDL, ASLL)
- ☐ Services d'insertion professionnelle
- ☐ Aucun autre
- ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Statut structure = "Association"

CARACTERISTIQUES GENERALES DES LHSS

7. Quelle est la taille de la commune d'implantation des LHSS ?

☐ Moins de 5000 habitants ☐ Entre 5 000 et 9 999 habitants ☐ Entre 10 000 et 99 999 habitants ☐ 100 000 habitants et plus

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

8. Quelle est l'année d'autorisation des LHSS ?

☐

Indiquez l'année de la première autorisation

9. Quelle est l'année d'ouverture effective des LHSS ?

☐

Indiquez l'année d'ouverture des premiers lits.

10. Au 31/12/2011, quel est le nombre de lits LHSS gérés par la structure tous sites confondus ? (1 seule réponse possible)

☐

La réponse doit être comprise entre 1 et 999.

11. Sur combien de sites les lits LHSS sont-ils implantés... ?

☐

nombre à 2 caractères.

12. Le bâtiment où sont implantés les LHSS accueille-t-il d'autres activités gérées par la structure porteuse ?

○ Oui ○ Non

13. Si oui, lesquelles ?

- ☐ Veille sociale
- ☐ Structures d'hébergement (CHU, CHRS, CADA,…)
- ☐ Foyers logement (résidence sociale, pensions de famille, résidence accueil)
- ☐ CSAPA/CAARUD
- ☐ ACT
- ☐ LAM
- ☐ Services et établissements sociaux et médicosociaux (SSIAD, EHPAD, FAM, MAS, ITEP, MECS, service d'aide à domicile)
- ☐ Etablissements sanitaires et services de santé (services hospitaliers, SSR, centre de santé, accompagnement, éducation et promotion de la santé,…)
- ☐ Services d'accompagnement social (services d'accompagnement et de soutien, AVDL, ASLL)
- ☐ Services d'insertion professionnelle
- ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si autres activités localisées = "Oui"

Combien de lits correspondent à ...?

14. une chambre individuelle ☐
15. une chambre double ☐
16. une chambre collective ☐

17. Quel est le nombre de lits accessibles à des personnes handicapées physiques ?

☐

La réponse doit être comprise entre 0 et 999.

18. Les usagers des LHSS ont-ils la possibilité d'accueillir...? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ un conjoint
- ☐ un enfant
- ☐ un animal
- ☐ il n'y a pas de possibilité d'accueil d'un tiers ou d'un animal

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Combien de lits LHSS sont-ils implantés dans ...?

19. des locaux neufs (moins de 5 ans) ☐

20. Des locaux anciens ☐

Indiquez vos réponses en nombres.

21. Les locaux actuels ont-ils fait l'objet de travaux en dehors de la mise aux normes des établissements recevant du public (ERP) ?

○ Oui ○ Non

22. Etes-vous ...

☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Locataire à titre gracieux

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

23. Quel a été le taux annuel d'occupation en 2011 ? (Réponse comprise entre 0 et 100%)

☐

La réponse doit être comprise entre 0 et 100. N'indiquez pas le signe "%".

Pour l'année 2011, quel a été ...

24. le taux mensuel d'occupation le plus faible ☐

25. le taux mensuel d'occupation le plus élevé ☐

La réponse doit être comprise entre 0 et 100. N'indiquez pas le signe "%".

MOYENS HUMAINS LHSS EN 2011

Les ETP renseignés ci-après doivent correspondre uniquement au temps consacré aux Lits Haltes Soins Santé.

Tous sites confondus, indiquez les ressources humaines consacrées effectivement aux LHSS pour chacune des fonctions supports suivantes (en ETP):

26. Responsable LHSS (Direction, Adjoint de direction,...)	
27. Secrétariat	
28. Veilleur de nuit, gardien	
29. Hôte, maîtresse de maison, agent d'accueil	
30. Agent de maintenance, agent d'entretien	
31. Restauration	

Indiquez vos réponses en Equvalent Temps Plein (ETP). Vous pouvez indiquer des nombres décimaux (ex: 0,5 ou 1,8,...)

Pour chacune des fonctions supports suivantes, indiquez le statut du personnel :

	Salarié du LHSS	Salarié de la structure porteuse	Autre
32. Responsable LHSS (direction, Adjoint de direction,...)	○	○	○
33. Secrétariat	○	○	○
34. Veilleur de nuit, gardien	○	○	○
35. Hôte, maîtresse de maison, agent d'accueil	○	○	○
36. Agent de maintenance, agent d'entretien	○	○	○
37. Restauration	○	○	○

Tous sites confondus, indiquez les ressources humaines consacrées effectivement aux LHSS en 2011 pour chacune des professions de santé suivantes (en ETP):

	ETP salarié/intervenant libéral sous contrat
38. Médecin	
39. Cadre de santé	
40. Infirmier	
41. Aide soignant	
42. Aide médico-psychologique	

Indiquez vos réponses en Equvalent Temps Plein (ETP). Vous pouvez indiquer des nombres décimaux (ex: 0,5 ou 1,8,...)

43. D'autres professionnels de la santé (salariés ou intervenants libéraux sous contrat) interviennent-ils dans le dispositif LHSS ?

○ Oui ○ Non

44. Si d'autres professionnels de santé (salariés ou intervenants libéraux sous contrat)interviennent dans le dispositif LHSS, précisez lesquels ?

La question n'est pertinente que si Autre prof santé = "Oui"

Pour chacune des professions sociales suivantes, indiquez les ressources humaines consacrées effectivement aux LHSS en 2011 (en ETP) :

	ETP salarié
45. Assistant de service social	
46. Educateur/Moniteur éducateur	
47. Conseiller en économie sociale et familiale	
48. Animateur	

Indiquez vos réponses en Equvalent Temps Plein (ETP). Vous pouvez indiquer des nombres décimaux (ex: 0,5 ou 1,8,...)

Pour chacune des fonctions sociales suivantes, indiquez le statut du personnel :

	Salarié du LHSS	Salarié de la structure porteuse	Autre
49. Assistant de service social	○	○	○
50. Moniteur-éducateur / Educateur	○	○	○
51. Conseiller en économie sociale et familiale	○	○	○
52. Animateur	○	○	○

53. D'autres professionnels interviennent-ils dans le dispositif LHSS ?

○ Oui ○ Non

54. Si d'autres professionnels interviennent dans le dispositif LHSS, précisez lesquels ?

La question n'est pertinente que si Autre prof = "Oui"

55. Des personnels mis à disposition à titre gracieux interviennent-ils dans le dispositif des LHSS ?

○ Oui ○ Non

56. Si des personnels sont mis à disposition gracieusement dans le dispositif LHSS, quels sont leur(s) domaine(s) d'intervention ?

☐ Santé ☐ Social ☐ Animation ☐ Administration/gestion ☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
La question n'est pertinente que si Mis à disposition = "Oui"

57. Des bénévoles interviennent-ils dans le dispositif des LHSS

○ Oui ○ Non

58. Si des bénévoles interviennent dans le dispositif LHSS, quels sont leur(s) domaine(s) d'intervention ?

☐ Santé ☐ Social ☐ Animation ☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Bénévoles = "Oui"

59. Combien de stagiaires avez-vous accueillis au sein du service LHSS au cours de l'année 2011, pour une durée égale ou supérieure à 3 mois ?

☐

La réponse doit être comprise entre 0 et 99.

60. Avez-vous mis en place ... ?

- ○ Une veille de nuit
- ○ Une veille le week-end
- ○ Les deux (nuit et week-end)
- ○ Aucune de ces modalités

61. Cette veille est-elle assurée par ... ?

- ☐ du personnel administratif / logistique
- ☐ du personnel social
- ☐ du personnel para-médical

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Veille = "Une veille de nuit" ou Veille = "Une veille le week-end" ou Veille = "Les deux (nuit et week-end)"

62. Avez-vous mis en place ...?

- ○ Une astreinte administrative
- ○ Une astreinte médicale
- ○ Les deux (asteinte administrative et médicale)
- ○ Aucune de ces modalités

LES PARTENARIATS

Parmi les acteurs suivants, indiquez ceux avec qui vous travaillez en partenariat régulier ou occasionnel ?

	partenariat régulier	partenariat occasionnel	pas de partenariat
63. Le CHU/CH/Hôpital local	○	○	○
64. Le service de soins de suite et de réadaptation (SSR)	○	○	○
65. Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)	○	○	○
66. L'équipe mobile de psychiatrie	○	○	○
67. La Permanence d'Accès aux Soins (PASS)	○	○	○
68. Les réseaux de santé précarité	○	○	○
69. Une ou des pharmacies	○	○	○
70. Un ou des laboratoires d'analyses médicales	○	○	○
71. Un centre d'imagerie médicale	○	○	○
72. Un ou des médecins spécialistes libéraux	○	○	○
73. Les services de prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD)	○	○	○
74. Les structures d'hébergement/ gestionnairesdu logement adapté	○	○	○
75. Un ou des services et établissements médico-sociaux	○	○	○
76. Les associations de l'insertion sociale et/ou vers le logement	○	○	○
77. Les services et équipements culturels et de loisirs	○	○	○
78. Le CCAS et/ou Conseil Général	○	○	○
79. La Caisse d'Assurance Maladie (CPAM)	○	○	○
80. Autre	○	○	○

81. Si vous avez d'autres partenaires, quels sont-ils ?

82. Avez-vous noué des relations partenariales avec des médecins généralistes libéraux concernant l'adressage vers le LHSS et/ou la sortie du patient ?

○ Oui ○ Non

83. Cochez les partenaires avec lesquels vous avez formalisé un partenariat existant sous forme de convention ?

☐ Le CHU/CH/Hôpital local
☐ le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
☐ Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)
☐ Une équipe mobile de psychiatrie
☐ La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
☐ Les réseaux de santé précarité
☐ Une ou des pharmacies
☐ Un ou des laboratoires d'analyses médicales
☐ Un centre d'imagerie médicale
☐ Un ou des médecins spécialistes libéraux
☐ Les services de prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD)
☐ Les structures d'hébergement / gestionnaires du logement adapté
☐ Un ou des services et établissements médicosociaux
☐ Les associations de l'insertion sociale et/ou vers le logement
☐ Les services et équipements culturels et de loisirs
☐ Le CCAS et/ou le Conseil général
☐ La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

84. Si 'Autre', précisez :

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Parmi les personnes accueillies en 2011, combien ont été orientées par :

85. Le CH/CHU/Hôpital local
86. Le CHS
87. Autres établissements sanitaires (cliniques privées,...)
88. Les médecins libéraux
89. Le 115/La veille sociale/le SIAO
90. Les maraudes/les équipes mobiles
91. Les structures d'hébergement
92. Les associations caritatives
93. Les centres médico-sociaux
94. Présentation spontanée
95. Autre

Indiquez vos réponses en nombre.

96. La personne adressant du public au LHSS est-elle obligatoirement un médecin ?

○ Oui ○ Non

97. Si non, l'orientation est-elle accompagnée d'un avis médical ?

○ Oui, systématiquement ○ Oui, la plupart du temps ○ Rarement ○ Non

La question n'est pertinente que si Orientation médecin = "Non"

98. Qui effectue la régulation des lits disponibles ?

○ Pas d'organisme régulateur/Orientation directe ○ Veille sociale / 115 ○ Autre organisme régulateur

99. Si 'Autre organisme régulateur', précisez :

100. Une évaluation de la situation sociale et psychologique de la personne est-elle réalisée lors de son entrée dans le dispositif LHSS ?

○ Oui, systématiquement ○ Oui, mais de manière ponctuelle ○ Non

101. L'évaluation est-elle formalisée ?

○ Oui, dans un document individuel de prise en charge (DIPEC)

○ Oui, dans un autre type de document

○ Non

La question n'est pertinente que si Evaluation patient = "Oui, systématiquement" ou Evaluation patient = "Oui, mais de manière ponctuelle"

102. Quels sont les objectifs formalisés dans le document ?

☐ Des objectifs de santé ☐ Des objectifs sociaux ☐ Des objectifs de santé et sociaux ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).
La question n'est pertinente que si formalisation de l'évaluation = "Oui, dans un document individuel de prise en charge (DIPEC)" ou formalisation de l'évaluation = "Oui, dans un autre type de document"

103. Si 'Autres', précisez :

104. En dehors des dispositions du cahier des charges des LHSS et des critères médicaux, avez-vous mis en place des critères d'admission ?

○ Oui ○ Non

105. Si oui, lesquels ?

La question n'est pertinente que si Présence critères = "Oui"

106. En dehors de l'ouverture des droits et l'aide aux démarches administratives, classez les activités qui mobilisent le plus les travailleurs sociaux ? (de 1, la plus mobilisatrice, à 7 la moins mobilisatrice)

- ☐ La reconstitution de l'histoire de la personne
- ☐ La recherche d'une solution adaptée à la sortie du dispositif
- ☐ L'écoute
- ☐ L'accompagnement physique à des rendez-vous (consultations, services sociaux,…)
- ☐ L'animation/activité occupationnelle/ateliers collectifs
- ☐ Les activités de partenariat / réseaux
- ☐ Autres

Ordonnez vos réponses.

107. Si 'Autres', précisez :

108. Concernant l'ouverture des droits, classez les démarches administratives qui mobilisent le plus les travailleurs sociaux (de 1, la plus mobilisatrice à 7 la moins mobilisatrice) :

- ☐ Dossiers CMU, AME, Mutuelle
- ☐ Domiciliations administratives
- ☐ Demande ou réfection de papiers d'identité
- ☐ Mise à jour ou mise en place des revenus (RSA, AAH, retraite,…)
- ☐ Constitution de dossiers (tutelle, impôts, aide sociale,…)
- ☐ Demande de titres de séjour
- ☐ Dossiers de demande d'hébergement ou de logement (logement social, CHRS, foyer, DALO,…)

Ordonnez vos réponses.

109. Avez-vous recours à un traducteur/interprète…?

- ○ Très régulièrement
- ○ Assez régulièrement
- ○ Occasionnellement
- ○ Jamais ou presque

Indiquez le nombre annuel d'actes effectués en 2011 pour les spécialités suivantes :

	Nb d'actes effectués
110. Kinésithérapie	
111. Santé mentale / psychiatrie	
112. Dermatologie / Pédicurie	
113. Addictologie	
114. Soins bucco-dentaires	
115. Gynécologie	

Indiquez vos réponses en nombres.

Dénombrez les autres actions ou actes de santé réalisés en 2011 au sein du dispositif LHSS :

116. Nombre d'actes de biologie	
117. Nombre d'actes d'imagerie	
118. Nombre d'actions d'éducation à la santé ou thérapeutiques	

Indiquez vos réponses en nombres.

119. D'autres actions ou actes de santé ont-ils été réalisés en 2011 ?

○ Oui ○ Non

120. Si oui, lesquels ?

La question n'est pertinente que si Autres actes santé = "Oui"

BUDGET 2011

121. Avez-vous une comptabilité analytique ou un budget annexe qui distingue spécifiquement le dispositif LHSS ?

○ Oui ○ Non ○ Partiellement

Quelle est la répartition des charges de fonctionnement du dispositif LHSS en 2011 (indiquez vos réponses en €uros) ?

122. Montant total des charges de fonctionnement (Masse salariale,loyer et charges, entretien, prestations extérieures...)	
123. Charges de personnel médical et para-médical	
124. Charges de personnel social	
125. Charges de personnel d'hébergement et de restauration	
126. Total de la masse salariale	
127. Frais d'actes d'intervenants libéraux	
128. Frais d'examens médicaux	
129. Frais de pharmacie	
130. Frais de transport	
131. Frais de restauration	
132. Frais de gaz, d'eau, d'électricité,...	

Indiquez vos réponses en €uros.

133. Bénéficiez-vous de mises à disposition gracieuses (personnel, matériel, véhicule,locaux ...) ?

○ Oui ○ Non

134. Si oui, estimez le montant de ces mises à disposition :

La question n'est pertinente que si Mise à disposition= "Oui"

135. Quel est le montant de la dotation de l'ARS perçue en 2011 pour les LHSS ?

Indiquez votre réponse en €uros.

136. En dehors de cette dotation, percevez-vous d'autres financements de fonctionnement ?

○ Oui ○ Non

Quels sont les montants (en €uros) que vous percevez des financeurs suivants (si vous ne bénéficiez pas de financement, indiquez "0"):

137. Le Département

138. La Région

139. La Ville ou l'agglomération

140. L'hôpital

141. Dons

142. Autre financeur

Indiquez vos réponses en €uros.

PUBLICS ACCUEILLIS (ACTIVITE 2011)

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011, quel a été le nombre de :

143. Demandes d'admission	
144. Personnes accueillies	
145. Personnes accueillies pour la première fois	
146. Personnes accueillies pour la seconde fois	
147. Personnes accueillies pour la troisième fois au moins	
148. Refus de la structure	
149. Refus de la personne	
150. Sorties	

Indiquez vos réponses en nombres.

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011, quelle est la répartition des motifs de refus de la structure (en nombre) :

151. Pathologie chronique / trop lourde	
152. Pathologie psychiatrique	
153. Absence de motif sanitaire	
154. Situation sociale non conforme	
155. Origine géographique (hors périmètre d'intervention du LHSS)	
156. Aucun lit disponible	
157. Autre	

Indiquez vos réponses en nombres.

158. Avez-vous une liste d'attente ?

○ Oui ○ Non

Parmi les personnes entrées en 2011, combien avaient pour assurance maladie ou complémentaire :	
159. Le régime général d'assurance maladie	
160. La Couverture Maladie Universelle (CMU)	
161. L'aide Médicale d'Etat (AME)	
162. Sans assurance maladie	
163. Une mutuelle	
164. La CMU Complémentaire (CMU-C)	
165. Sans complémentaire	
Indiquez vos réponses en nombres.	

Parmi les personnes sorties en 2011, combien avaient pour assurance maladie ou complémentaire :	
166. Le régime général d'assurance maladie	
167. La Couverture Maladie Universelle (CMU)	
168. L'aide Médicale d'Etat (AME)	
169. Sans assurance maladie	
170. Une mutuelle	
171. La CMU Complémentaire (CMU-C)	
172. Sans complémentaire	
Indiquez vos réponses en nombres.	

Quelle est la répartition des motifs de sorties pour l'année 2011 (en nombre) :	
173. Avis médical prononçant la fin de la prise en charge	
174. Comportement inapproprié, motif disciplinaire	
175. Refus des soins	
176. Hospitalisation	
177. Départ volontaire	
178. Décès	
179. Autres motifs	
Indiquez vos réponses en nombres.	

En 2011, combien de personnes sont sorties...	
180. Vers la rue	
181. Vers une structure d'hébergement d'urgence (accueil de jour, de nuit, centre d'hébergement d'urgence,...)	
183. Vers un logement ordinaire autonome ou chez des tiers	
185. Vers un appartement de coordination thérapeutique (ACT)	
187. Vers un établissement sanitaire	
188. Vers un lit d'accueil médicalisé (LAM)	
189. Vers un autre dispositif LHSS	
190. Autres orientations	
Indiquez vos réponses en nombres.	

En 2011, combien de séjours ont duré…?

191. Moins de 1 mois ☐

192. Entre 1 et 2 mois ☐

193. Entre 3 et 6 mois ☐

194. Entre 7 et 12 mois ☐

195. Plus de 12 mois ☐

Indiquez vos réponses en nombres.

196. Classer, en fonction de la fréquence des situations rencontrées, les motifs principaux justifiant selon vous une durée de séjour au-delà des deux mois prévisionnels préconisés par le cahier des charges des LHSS ?

- ☐ Prolongation liée à la pathologie d'admission
- ☐ Pathologie associée découverte après l'admission
- ☐ Fragilité de l'état général nécessitant un repos prolongé
- ☐ Capacité d'autonomie trop faible
- ☐ Personnes sans papiers
- ☐ Personnes en voie d'insertion ayant un projet en attente
- ☐ Absence de solutions de sortie (manque ou inexistence de solution adaptée à la situation, saturation des dispositifs existants)
- ☐ Autres

Ordonnez vos réponses.

197. Si "Autres", précisez :

La question n'est pertinente que si motifs durée longue = "Autres"

198. Quelle est la durée moyenne de séjour en 2011 (en jours ou nuitées)?

Indiquez votre réponse en nombre.

LES EFFETS

Selon vous, les LHSS facilitent-ils... ?

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
199. L'accès à une couverture sociale	○	○	○	○
200. L'accès aux autres droits sociaux	○	○	○	○
201. Le rétablissement des liens familiaux et sociaux	○	○	○	○
202. L'accès aux soins, suite au séjour	○	○	○	○
203. L'accès à un hébergement ou un logement	○	○	○	○
204. La stabilisation des problèmes de santé	○	○	○	○

DIFFICULTES ET PERSPECTIVES DU LHSS

205. Quelles difficultés rencontre votre structure pour fonctionner et remplir ses missions ?

206. Quels sont vos projets à court et moyen terme (d'ici à 5 ans) pour le dispositif LHSS que vous gérez ?

207. En réponse aux exigences de la loi 2002-2, avez-vous mis en place des outils d'évaluation interne ?

○ Oui ○ Non

208. Souhaiteriez-vous que soient créés des outils d'évaluation interne communs aux structures LHSS ?

○ Oui ○ Non

209. Si oui, quels seraient les outils qui vous sembleraient intéressants de mutualiser ?

☐ Trame de rapport d'activité ☐ Indicateurs de suivi de l'activité ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Outils commun d'évaluation = "Oui"

210. Si 'Autres', précisez :

211. Commentaires libres

QUESTIONNAIRE « PATIENTS »

Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

Questionnaire sur l'état de santé des bénéficiaires

Nous vous remercions de lire intégralement le guide de remplissage qui accompagne ce questionnaire, ainsi que le questionnaire en lui-même, avant de commencer à répondre.

Code structure et numéro de patient

1. Rappel du code d'identification de la structure

Vous trouverez ce numéro dans le courrier d'invitation à répondre à l'enquête

2. Numéro attribué au patient

Le numéro d'anonymat se compose de la première lettre du prénom de la personne et d'un numéro d'ordre de trois chiffres (exemple : M001, soit M = Marc et 001 = première personne à participer à l'étude au sein de la structure, S002, soit S = Sylvie et 002 = deuxième personne à participer à l'étude au sein de la structure, etc).

Caractéristiques de la personne

3. Le patient est-il ?

◯ Un homme ◯ Une femme

4. L'âge du patient est-il connu ?

◯ Oui ◯ Non

5. Si oui, quel est l'âge du patient ?

[ ]

La question n'est pertinente que si vous avez répondu "Oui" à la question 4.

6. L'identité de la personne est-elle connue ?

◯ Oui ◯ Non

7. Quelle était la situation de la personne vis-à-vis du logement à l'entrée dans le dispositif LHSS ?

◯ A la rue
◯ Hébergée chez des tiers
◯ Logée dans un habitat indigne/logement précaire (caravane, squat...)
◯ Résident d'une structure d'hébergement
◯ Autre

Une seule réponse possible

8. Si 'Autre', précisez :

[ ]

9. Depuis combien de temps la personne n'a-t-elle plus de domicile fixe?

◯ Plus de 5 ans ◯ 1 à 5 ans
◯ Moins d'1 an ◯ Non connu

Une seule réponse possible

10. Depuis combien de temps la personne n'a-t-elle pas été accueillie dans un lieu d'hébergement stable ?

◯ Moins d'un mois ◯ Plus d'un mois

Une seule réponse possible

11. Si 'Plus d'un mois', précisez le nombre de mois :

[ ]

12. Quelle est son origine géographique ?

◯ France, même région, même département ◯ France, même région, autre département
◯ France, autre région ◯ France, zone géographique inconnue
◯ UE ◯ Hors UE
◯ Non connue

Une seule réponse possible

13. Quelles sont ses ressources ?

☐ Salaire ☐ RSA
☐ AAH ☐ Allocation chômage
☐ Retraite ☐ Minimum vieillesse
☐ Sans ressources ☐ Non déterminées
☐ Autres

Plusieurs réponses possibles (2 au maximum)

14. Si 'Autres', précisez :

15. Quelle est sa couverture assurantielle à l'admission ?

- ☐ AME
- ☐ CMU
- ☐ Assurance maladie régime général ou autre régime
- ☐ ALD
- ☐ Sans assurance maladie
- ☐ Non déterminée

Plusieurs réponses possibles (2 au maximum)

16. Quelle est sa couverture complémentaire ?

- ◯ CMUc
- ◯ Mutuelle
- ◯ Sans couverture complémenatire

Une seule réponse possible

Provenance du patient

17. Par quelle structure la personne a-t-elle été orientée vers les LHSS ?

- ◯ CH/CHU/Hôpital local, service des urgences
- ◯ CH/CHU/Hôpital local, service hospitalier
- ◯ CHS (établissement de santé mentale)
- ◯ Autre établissement sanitaire (clinique privée, ...)
- ◯ Médecin libéral
- ◯ 115 ou Veille sociale ou SIAO
- ◯ Maraude ou Equipe mobile précarité
- ◯ Structure d'hébergement
- ◯ Association caritative
- ◯ Centre médico-social ou Centre de santé
- ◯ Présentation spontanée
- ◯ Autre

Une seule réponse possible

18. Si 'Autre', précisez :

19. Si la personne a été orientée par un service hospitalier d'un CH/CHU/Hôpital local, précisez quel service :

La question n'est pertinente que si vous avez coché "CH/CHU/Hôpital local, service hospitalier" à la question 17.

Etat de santé du patient

20. Quelle était l'objectif du séjour ?

- ◯ Convalescence d'un état sanitaire aigu
- ◯ Accueil pour état sanitaire aigu
- ◯ Accueil pour repos sans problème sanitaire aigu, avec ou sans problématique chronique sous-jacente
- ◯ Accueil avec problème sanitaire mal étiqueté à explorer
- ◯ Accueil durant l'intercure d'un traitement ou la durée d'un traitement lourd
- ◯ Accueil pour traumatisme psychosocial (torture, viol...)
- ◯ Autre

Une seule réponse possible

21. Si 'Autre', précisez :

22. Si l'accueil a été réalisé pour état sanitaire aigu, s'agit-il d'une décompensation aigue d'une pathologie chronique ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

La question n'est pertinente que si vous avez coché "Accueil pour état sanitaire aigu" à la question 20.

23. Précisez le principal motif d'admission en LHSS :

- ◯ Traumatologie
- ◯ Postchirurgie
- ◯ Gyneco-obstétrique
- ◯ Dermatologie
- ◯ Infection
- ◯ Altération état général, dénutrition, épuisement
- ◯ Décompensation aigue de pathologie somatique chronique
- ◯ Décompensation aigue de pathologie psychiatrique
- ◯ Pathologie chronique connue sans décompensation
- ◯ Autre

Une seule réponse possible

24. Si 'Autre', précisez :

25. Si le principal motif d'admission que vous avez coché est "Gyneco-obstétrique", précisez la raison :

- ◯ Grossesse
- ◯ Suite de couche ou d'IVG
- ◯ Autre cause gynécologique non infectieuse

La question n'est pertinente que si vous avez coché "Gyneco-obstétrique" à la question 23.

26. Si le principal motif d'admission que vous avez coché est "Infection", précisez l'infection :

- ◯ Voies respiratoires
- ◯ Voies digestives
- ◯ Sphère ORL
- ◯ Sphère ophtalmologique
- ◯ Voies urogénitales
- ◯ Hépatites virales
- ◯ Autres infections

La question n'est pertinente que si vous avez coché "Infection" à la question 23.

27. Si 'Autres infections', précisez :

28. L'état de santé à l'admission était-il celui annoncé par la structure de provenance ?

◯ Oui ◯ Non

29. En dehors du motif d'admission, quelles étaient les problématiques de santé déjà connues chez cette personne ?

☐ Diabète non insulinodépendant
☐ Diabète insulinodépendant
☐ Addiction
☐ Cancer en cours de traitement
☐ Cancer en phase avancée
☐ Cancer en rémission
☐ Insuffisance respiratoire
☐ Insuffisance rénale
☐ Insuffisance cardiaque
☐ Insuffisance hépatique
☐ Artérite, HTA
☐ Neuropathie(s) périphérique(s)
☐ Hépatite B
☐ Hépatite C
☐ Infection à VIH
☐ Troubles de la personnalité
☐ Troubles psychiatriques
☐ Troubles cognitifs
☐ Troubles démentiels
☐ Troubles visuels
☐ Mauvais état dentaire
☐ Mauvais état nutritionnel
☐ Problèmes urogénitaux
☐ Vaccinations non à jour
☐ Pas de problématique de santé connue
☐ Autres

Plusieurs réponses possibles

30. Si 'Autres', précisez :

31. Si en dehors du motif d'admission, vous avez coché que la personne présentait des problématiques déjà connues d'addiction, veuillez préciser :

☐ Tabac
☐ Alccol
☐ Cannabis
☐ Héroïne
☐ Cocaïne
☐ Dérivés amphétaminiques
☐ Polytoxicomanie

La question n'est pertinente que si vous avez coché "Addiction" à la question 29.

32. Durant le séjour, avez-vous découvert de nouvelles problématiques de santé chez cette personne ?

☐ Diabète non insulinodépendant
☐ Diabète insulinodépendant
☐ Addiction
☐ Cancer
☐ Insuffisance respiratoire
☐ Insuffisance rénale
☐ Insuffisance cardiaque
☐ Insuffisance hépatique
☐ Hépatite B
☐ Hépatite C
☐ Infection à VIH
☐ Troubles de la personnalité
☐ Troubles psychiatriques
☐ Troubles cognitifs
☐ Troubles démentiels
☐ Troubles visuels
☐ Mauvais état dentaire
☐ Mauvais état nutritionnel
☐ Problèmes urogénitaux
☐ Vaccinations non à jour
☐ Grossesse
☐ Pas de problématique de santé découverte
☐ Autres

Plusieurs réponses possibles

33. Si 'Autres', précisez :

34. Si durant le séjour, vous avez coché avoir découvert des problématiques d'addiction chez la personne, veuillez préciser :

- ☐ Tabac
- ☐ Alccol
- ☐ Cannabis
- ☐ Héroïne
- ☐ Cocaïne
- ☐ Dérivés amphétaminiques
- ☐ Polytoxicomanie

La question n'est pertinente que si vous avez coché "Addiction" à la question 32.

35. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 (allant de très mauvais à très bon), où situeriez-vous l'état de santé de la personne à l'admission ?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

36. Durant le séjour, la personne avait-elle besoin d'une aide matérielle et/ou humaine pour :

- ☐ Sa toilette
- ☐ La prise de ses repas
- ☐ Ses déplacements
- ☐ La prise de ses médicaments
- ☐ S'habiller/se déshabiller
- ☐ Les fonctions d'élimination
- ☐ La personne n'avait besoin d'aucune aide

Plusieurs réponses possibles

Interventions et actes réalisés par l'équipe du LHSS

37. En dehors de l'admission et de la sortie, à quelle fréquence moyenne avez-vous été amené à revoir cette personne, pour raison médicale ?

- ○ Chaque jour
- ○ 2 à 3 fois/semaine
- ○ 1 fois/semaine
- ○ 2 à 3 fois/mois
- ○ 1 fois/mois
- ○ Moins d'1 fois/mois

Une seule réponse possible

38. Quels types de soins infirmiers ont été dispensés ?

- ☐ Pansement
- ☐ Injection
- ☐ Délivrance de médicaments
- ☐ Perfusion
- ☐ Toilette, nursing
- ☐ Education sanitaire
- ☐ Education thérapeutique
- ☐ Aucun

Plusieurs réponses possibles

39. Les soins infirmiers ont été dispensés par :

- ☐ Un(e) infirmier(ère) salarié(e)
- ☐ Un(e) infirmier(ère) contractuel(le)

Plusieurs réponses possibles

40. Les soins infirmiers étaient-ils en rapport :

- ☐ Avec le motif principal d'admission
- ☐ Avec un bilan général réalisé à l'occasion du séjour

Plusieurs réponses possibles

41. L'état de santé de la personne a-t-il nécessité une prise en charge psychologique ?

◯ Oui, par le personnel permanent ◯ Oui, par un partenaire

◯ Non

Une seule réponse possible

42. La situation de la personne a-t-elle nécessité des interventions sociales ?

◯ Oui ◯ Non

43. Si oui, ces interventions visaient à :

☐ Ouvrir des droits d'accès à des prestations de compensation
☐ Ouvrir des droits d'accès à des revenus
☐ Ouvrir des droits de couverture assurance maladie
☐ Rétablir les liens familiaux
☐ Trouver une solution d'hébergement
☐ Accompagner l'obtention d'un titre de séjour
☐ Accompagner l'obtention de la Carte Nationale d'Identité
☐ Mettre en place des mesures de protection (tutelle, curatelle)
☐ Accompagner sur le plan éducatif
☐ Accompagner à la citoyenneté

Plusieurs réponses possibles

44. Si des droits ont été ouverts, ils l'ont été pour :

☐ AME ☐ CMU
☐ CMUc ☐ PCH
☐ APA ☐ RSA
☐ Assurance chômage ☐ Autres

Plusieurs réponses possibles.
La question n'est pertinente que si vous avez coché une ou plusieurs des trois modalités de réponse "Ouvrir des droits d'accès à des prestations de compensation", "Ouvrir des droits d'accès à des revenus", "Ouvrir des droits de couverture assurance maladie" à la question 43.

45. Si 'Autres', précisez :

Interventions et actes réalisés par les partenaires de l'équipe du LHSS

46. Le patient a-t-il bénéficié d'actes de biologie ?

◯ Oui ◯ Non

Si vous cochez "Non", reportez vous à la question 49.

47. Si oui, précisez combien d'actes

48. Si oui, le recours était-il en rapport :

☐ Avec le principal motif d'admission ☐ Avec un bilan généralisé à l'occasion du séjour

Plusieurs réponses possibles

49. Le patient a-t-il bénéficié d'actes d'imagerie ?

◯ Oui ◯ Non

Si vous cochez "Non", reportez vous à la question 52.

50. Si oui, précisez combien d'actes :

☐

51. Si oui, le recours était-il en rapport :

☐ Avec le principal motif d'admission ☐ Avec un bilan généralisé à l'occasion du séjour

Plusieurs réponses possibles

52. Le patient a-t-il bénéficié de consultations de dermatologie ?

◯ Oui ◯ Non

Si vous cochez "Non", reportez vous à la question 55.

53. Si oui, précisez combien de consultations :

☐

54. Si oui, le recours était-il en rapport :

☐ Avec le principal motif d'admission ☐ Avec un bilan généralisé à l'occasion du séjour

Plusieurs réponses possibles

55. Le patient a-t-il bénéficié de consultations d'ophtalmologie ?

◯ Oui ◯ Non

Si vous cochez "Non", reportez-vous à la question 58.

56. Si oui, précisez combien de consultations :

☐

57. Si oui, le recours était-il en rapport :

☐ Avec le principal motif d'admission ☐ Avec un bilan généralisé à l'occasion du séjour

Plusieurs réponses possibles

58. Le patient a-t-il bénéficié de consultations de dentiste ?

◯ Oui ◯ Non

Si vous cochez "Non", reportez vous à la question 61.

59. Si oui, précisez combien de consultations :

☐

60. Si oui, le recours était-il en rapport :

☐ Avec le principal motif d'admission ☐ Avec un bilan généralisé à l'occasion du séjour

Plusieurs réponses possibles

Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS)

61. Le patient a-t-il bénéficié de consultations pour motif psychiatrique ou psychologique ?

◯ Oui, avec un psychiatre
◯ Oui, avec un psychologue
◯ Non

Si vous cochez "Non", reportez vous à la question 68.

62. Précisez s'il s'est agi de l'intervention :

☐ De l'Equipe Mobile de Psychiatrie
☐ D'un professionnel libéral
☐ D'un psychiatre du secteur public
☐ D'un psychologue du secteur public
☐ D'un professionnel d'une autre structure

Plusieurs réponses possibles (2 au maximum)

63. Si 'D'un professionnel d'une autre structure', précisez :

64. Précisez combien d'interventions ont eu lieu durant le séjour :

65. La consultation était-elle en rapport :

☐ Avec le principal motif d'admission
☐ Avec des mesures de protection
☐ Avec une pathologie sous jacente connue
☐ Avec un autre motif

Plusieurs réponses possibles (2 au maximum).

66. Si 'Avec un autre motif', précisez :

67. S'agissait-il :

◯ De la continuité d'une prise en charge antérieure
◯ D'une reprise de suivi pour la prise en charge
◯ D'un premier contact

Une seule réponse possible

68. Le patient a-t-il bénéficié de consultations d'addictologie ?

◯ Oui
◯ Non

Si vous cochez "Non", reportez vous à la question 75

69. Précisez s'il s'est agi de l'intervention :

☐ De l'Equipe Mobile d'addictologie
☐ D'un médecin libéral d'un réseau addiction
☐ Du CSAPA
☐ D'une autre structure

Plusieurs réponses possibles (2 au maximum).

70. Si 'D'une autre structure', précisez :

71. Précisez combien d'interventions ont eu lieu durant le séjour :

72. La consultation était-elle en rapport :

☐ Avec le principal motif d'admission
☐ Avec des mesures de protection
☐ Avec une pathologie sous jacente connue
☐ Avec un autre motif

Plusieurs réponses possibles (2 au maximum).

73. Si 'Avec un autre motif', précisez :

74. S'agissait-il :

◯ De la continuité d'une prise en charge antérieure
◯ D'une reprise de suivi pour la prise en charge
◯ D'un premier contact

Une seule réponse possible

75. Le patient a-t-il bénéficié d'autres consultations spécialisées ?

◯ Oui
◯ Non

Si vous cochez "Non", reportez vous à la question 78.

76. Si oui, précisez quelles consultations spécialisées :

77. Si oui, la consultation était-elle en rapport avec le principal motif d'admission ?

◯ Oui
◯ Non

78. Avez-vous sollicité une officine de pharmacie pour ce patient ?

◯ Oui
◯ Non

79. Avez-vous eu recours au dispositif d'urgence pour ce patient ?

◯ Oui
◯ Non

Si vous cochez "Non", reportez vous à la question 81.

80. Si oui, précisez combien de fois vous avez eu recours au dispositif d'urgence pour ce patient :

81. Combien de transports sanitaires ces actes ont-ils nécessité durant le séjour ?

82. Combien de fois la personne a-t-elle dû être accompagnée physiquement à des rendez-vous par du personnel LHSS ?

83. Au cours du séjour, combien de vacations d'interpète ont-elles été nécessaires ?

84. Avez-vous utilisé le compagnonnage pour l'interprétariat ?

◯ Oui
◯ Non

Caractéristiques du séjour

85. A ce jour, la personne est-elle toujours admise en LHSS ?

◯ Oui ◯ Non

Si vous cochez "Oui", reportez vous à la question 88.

86. Si non, pour quelle raison ?

◯ Fin de la prise en charge ◯ Hospitalisation
◯ Départ volontaire ◯ Refus des soins
◯ Non respect des règles collectives/violence ◯ Autres

87. Si 'Autres', précisez :

88. Combien de jours la personne a-t-elle séjournée en LHSS au cours de ce séjour (y compris pour les personnes actuellement présentes) ?

Exprimez la durée en jours

89. Diriez-vous que la durée du séjour est principalement justifiée :

◯ Par la pathologie d'admission ◯ Par la ou les pathologies découvertes après l'admission
◯ Par la fragilité de l'état général de la personne ◯ Par des raisons sociales
◯ Par l'absence de solution de sortie

Une seule réponse possible

90. Entre septembre 2010 et septembre 2011, en dehors de ce séjour, combien de fois cette personne a-t-elle été admise dans votre structure ?

91. Si cette personne est revenu dans les LHSS au cours des 12 derniers mois, était-ce pour :

◯ Le même motif ◯ Des motifs différents

Une seule réponse possible

Sortie du LHSS

Ne répondez aux questions de cette partie que si vous avez coché "Non" à la question 85.

92. La personne est-elle sortie :

◯ Vers la rue
◯ Vers une structure d'hébergement d'urgence (accueil de jour, de nuit, centre d'hébergement d'urgence)
◯ Vers un logement autonome
◯ Chez des tiers
◯ Vers un ACT
◯ Vers un établissement sanitaire
◯ Vers un établissement LAM
◯ Vers un établissement médico-social
◯ Autres dispositifs LHSS
◯ Autre orientation

93. Si 'Autre orientation', précisez :

Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS)

94. A la sortie du LHSS, le problème aigu ayant motivé l'admission est-il résolu ?

◯ Oui, totalement ◯ Oui, partiellement

◯ Non

95. A la sortie du LHSS, pensez-vous que les problèmes de santé préexistants ou découverts durant le séjour, en dehors du motif d'admission, sont stabilisés ?

◯ Oui, totalement ◯ Oui, partiellement

◯ Non