



**HAL**  
open science

# L'innovation médico-sociale dans le domaine de la santé des populations précaires : apport du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS) en Nouvelle Aquitaine

Laura Lambert

## ► To cite this version:

Laura Lambert. L'innovation médico-sociale dans le domaine de la santé des populations précaires : apport du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS) en Nouvelle Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02444356

**HAL Id: dumas-02444356**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02444356>**

Submitted on 17 Jan 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du  
**DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par **Laura LAMBERT**,

Née à Bordeaux, le 16/05/1989,

Le 21/11/2019

**L'innovation médico-sociale dans le domaine de la santé des populations  
précaires.**

**Apport du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS) en Nouvelle Aquitaine.**

Sous la Direction du Docteur Christophe ADAM

Jury :

Monsieur le Professeur Jean Philippe JOSEPH (Président du Jury)

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON (Rapporteur)

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET (Membre du Jury)

Monsieur le Professeur François PETREGNE (Membre du Jury)

Monsieur le Docteur Christophe ADAM (Directeur)

# REMERCIEMENTS

**Au président du jury :**

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH**, Médecin généraliste, Professeur universitaire de médecine générale à l'Université de Bordeaux.

Je vous remercie de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider au jury de cette thèse.

Soyez assuré de mon profond respect pour tout ce que vous faites pour l'enseignement de la médecine générale.

**A mon directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Christophe ADAM**, Médecin généraliste, Enseignant du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Merci de m'avoir guidé et soutenu durant tout ce travail. Le stage effectué à votre cabinet m'a permis de découvrir votre travail aux LHSS de Bordeaux. Il a été l'occasion de rencontrer une équipe dynamique dont le travail et l'efficacité vis-à-vis des personnes en grandes difficultés m'a impressionnée.

Veillez trouver ici le témoignage de ma considération et de ma profonde estime.

**Aux membres du Jury :**

**Monsieur le Pr Fabrice BONNET**, Médecin interniste, Chef de service de médecine interne, maladies infectieuses et systémiques de l'hôpital Saint André, CHU de Bordeaux, Professeur universitaire de médecine interne à l'Université de Bordeaux.

Merci de me faire l'honneur de votre présence parmi le jury.

Le stage dans votre service, à l'unité 23 a été une expérience enrichissante. Je garde un excellent souvenir de l'équipe paramédicale et médicale.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**Monsieur le Dr Emmanuel PROTHON**, Médecin généraliste, Chef de clinique de médecine générale de l'Université de Bordeaux.

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Vos remarques et corrections m'ont été précieuses.

Veillez trouver ici le témoignage de ma considération et de ma reconnaissance.

**Monsieur le Dr François PETREGNE**, Médecin généraliste, Professeur associé en médecine générale, Enseignant du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse et je vous en remercie.

Soyez assuré de mon profond respect.

**Aux professionnels des LHSS :**

Merci de m'avoir permis de réaliser ce projet qui finalise mes études médicales.

J'ai découvert au cours de ces visites des LHSS et de ces entretiens, des personnes qui m'ont impressionnée par leur conviction et leur motivation.

Vous agissez toujours en mettant la personne au centre et avec une bienveillance intarissable tout en étant complètement ancré dans les contraintes de la réalité qui sont parfois douloureuses.

Grâce à votre humanité et votre savoir-faire, vous avez rendu ces LHSS très humains où se pratiquent de manière naturelle, l'entraide, le vivre ensemble, le partage et la collaboration de différents professionnels.

Je vous remercie de votre accueil chaleureux et du temps que vous m'avez accordé. Il y aurait encore bien des études à faire en se basant sur vos expériences auprès de ces patients vulnérables.

**A Jonathan :**

Merci de m'avoir supporté durant toutes ces études. Tes conseils et remarques m'ont été précieux pour avancer et construire notre projet de vie. Tu as su me comprendre et écouter des récits de journées parfois difficiles ou marquantes. Il a fallu de la patience et de la tolérance pour vivre à mes côtés ces révisions à n'en plus finir, ces stages partout en Aquitaine et finalement cette thèse qui ont bien souvent débordé sur notre vie mais qui font partis de moi. Tu me permets de croire en mes capacités à exercer ce métier avec respect, humanité, altruisme et compétences. Merci pour ton regard et tes corrections sur ce travail.

**A ma famille, mes parents, mon frère et ma sœur :**

C'est grâce à votre soutien que j'ai pu réaliser toutes ces années d'études et de formation. Vous avez égayé mes week-ends avec tous ces moments et repas partagés. Vos relectures de ce travail m'ont bien aidé. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir fait confiance.

**A mes amis :**

Aux puristes : Merci d'avoir participé à toutes ces soirées et vacances inoubliables qui ont marqué nos jeunes années. Après plus de 14 ans d'amitié, vous avez pris une place très importante dans ma vie.

**A Maylis et Elodie :** Merci de votre soutien durant toutes ces années. On a pu partager, chacune à notre manière, nos difficultés, nos révisions, nos doutes, nos craintes... Aujourd'hui, nous allons toutes accéder à ce métier que l'on exercera du mieux que l'on pourra. Je suis fière d'avoir partagé ces années avec vous et voir ce que vous êtes devenues.

**A mes co-internes de Sarlat :**

Ce premier stage d'internat nous aura bien marqué. Cela a été un plaisir de le partager avec vous.

**A mes maîtres de stage en Lot et Garonne :**

Merci de m'avoir fait aimer la médecine générale. Vous êtes mes modèles : compétents, respectueux et humains.

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	2
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	9
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	10
<b>II. CONTEXTE DE L'ETUDE</b> .....	12
A. Santé et précarité .....	13
1. La précarité .....	13
2. Inégalités sociales de santé .....	14
3. La complexité des soins des sans-abris : .....	15
4. Les politiques de santé vis-à-vis des sans abris .....	16
5. Le cas particulier des migrants .....	16
B. Les Innovations médico-sociales .....	18
1. Qu'est-ce que l'innovation ? .....	18
2. Comment innover ? .....	18
3. Le domaine médico-social nécessite de l'innovation .....	19
4. Des exemples d'innovations .....	19
5. Les risques liés à l'innovation .....	20
C. Les LHSS .....	21
1. Historique .....	21
2. Un projet innovant .....	21
3. Leur rôle et leurs actions .....	21
4. Une seule évaluation officielle en 2013 .....	22
D. Question de recherche, objectifs et hypothèses de l'étude .....	24
1. Question de recherche .....	24
2. Hypothèses .....	24
3. Objectifs .....	24
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	25
A. Les LHSS sont une innovation : Bilan de leur activité innovante après 10 ans d'expérience. Analyse descriptive quantitative .....	26
1. Recueil des données .....	26
2. Analyse des rapports d'activité .....	26
B. Analyse qualitative des innovations apportées par les acteurs des LHSS pour améliorer la santé des populations précaires .....	28

1.	Choix d'une méthode qualitative .....	28
2.	Choix de l'entretien semi-directif.....	28
3.	Recensement des personnes à interroger .....	28
4.	Méthodologie des entretiens semi-directifs .....	31
5.	Analyse des données .....	32
<b>IV.</b>	<b>RESULTATS</b> .....	<b>34</b>
A.	Analyse quantitative des rapports d'activité des LHSS : Bilan du projet innovant des LHSS au terme de 10 ans d'expérience.....	35
1.	Place des LHSS en Nouvelle Aquitaine .....	36
2.	Le fonctionnement des LHSS.....	40
3.	Les patients accueillis .....	40
4.	L'activité des LHSS .....	45
5.	Les projets innovants.....	47
B.	Analyse qualitative des entretiens avec les acteurs des LHSS pour repérer les pratiques innovantes qui améliorent la santé des patients en grande précarité .....	53
1.	Les personnes interrogées .....	56
2.	Le bilan des LHSS fait par les professionnels qui y travaillent.....	56
3.	Les LHSS sont devenus des experts dans la gestion de patients précaires .....	59
4.	Les LHSS ont pris une place importante sur le territoire dans le secteur médico-social .....	69
5.	Projets innovants pour créer un support aux patients .....	72
6.	Les LHSS sont aussi un lieu propice pour l'éducation à la santé et la prévention .....	74
7.	Les LHSS favorisent l'accès au système de santé .....	76
8.	Nécessité d'augmenter les moyens des LHSS .....	81
9.	Nécessité de créer des nouveaux dispositifs, les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM).....	82
<b>V.</b>	<b>ANALYSE DES RESULTATS</b> .....	<b>84</b>
A.	Un bilan positif .....	85
1.	Une gestion efficace .....	86
2.	Beaucoup de patients accueillis .....	86
3.	Des solutions à des situations sociales complexes.....	86
4.	Des améliorations sont à prévoir .....	86
B.	Un lieu d'experts de la gestion de patients précaires.....	87
C.	Les LHSS ont pris une place importante sur le territoire .....	89
D.	Les LHSS permettent de sécuriser le patient.....	89
E.	Les LHSS favorisent l'accès au système de santé .....	90
F.	Les LAM sont indispensables.....	90

<b>VI. DISCUSSION DES RESULTATS .....</b>	<b>91</b>
A. A propos de l'étude : ses forces et ses faiblesses .....	92
1. La question de recherche .....	92
2. La Méthode .....	92
3. L'échantillonnage .....	92
4. Les rapports d'activité .....	92
5. Les entretiens .....	92
6. L'analyse .....	93
B. A propos des résultats .....	94
1. Un bilan positif au terme de 10 ans .....	94
2. Un lieu de sécurisation qui permet l'émancipation de la personne en grande précarité vis-à-vis de son parcours social et médical .....	96
3. Un lieu de savoirs et d'innovation qui en fait un repère essentiel sur le territoire médico-social .....	101
C. Perspectives .....	105
1. Développer le dispositif LHSS existant en créant des places supplémentaires .....	105
2. La création des LAM (Lits d'accueil médicalisés) .....	105
3. Un référentiel commun des rapports d'activité faciliterait la construction d'un observatoire des parcours de soin de la population vulnérable .....	106
4. Un échange entre les LHSS : .....	106
<b>VII. CONCLUSION .....</b>	<b>107</b>

## **ANNEXES**

*Guide d'entretien*

## Sommaire des figures et tableaux :

Figure 1 : Recueil des rapports d'activités.....	35
Figure 2 : Carte de répartitions des LHSS en Nouvelle Aquitaine .....	37
Figure 3 : Les motifs de refus d'admissions.....	38
Figure 4 : Les orienteurs .....	39
Figure 5 : Diagramme circulaire des moyennes de durées de séjours.....	40
Figure 6 : Les âges des patients (proportions par catégorie sur 7 centres) .....	41
Figure 7 : Comparaison de la couverture sociale à l'entrée versus à la sortie .....	42
Figure 8 : Les situations sociales à l'entrée et à la sortie des LHSS (moyennes calculées d'après les chiffres données par 8 centres).....	43
Figure 9 : Les ressources des patients à leur entrée (en moyenne sur 4 centres).....	44
Figure 10 : Les pathologies des patients accueillis en LHSS (moyennes calculées sur 8 centres).....	45
Figure 11 : Les principaux projets innovants repérés dans les rapports d'activité .....	48
Figure 12 : Les étapes de l'analyse qualitative .....	54
Figure 13 : Nuage de mots en réponse au bilan des LHSS (occurrences des mots dans les entretiens .....	57
Figure 14 : Organigramme représentant les principaux thèmes ressortis dans le bilan des LHSS .....	59
Figure 15 : codage thématique sur les difficultés des acteurs des LHSS à gérer les fins de vies avec la présence d'encodage ([nombre d'entretien où ils en parlent]).....	61
Figure 16 : Les difficultés évoquées vis-à-vis des migrants.....	62
Figure 17 : Nuage de mots sur la coordination entre social et médical.....	65
Figure 18 : thématisation sur la place des LHSS sur le territoire médico-social [nombre de personnes qui abordent le thème] .....	69
Figure 19 : Nuage de mots sur la coordination avec les partenaires sociaux .....	70
Figure 20 : thèmes retrouvés qui permettent aux LHSS de devenir un lieu de sécurisation pour ces patients.....	74
Figure 21 : Thèmes retrouvés qui favorisent l'accès au système de santé des patients les plus démunis.....	76
Figure 22 : Nuage de mots concernant le droit commun .....	77
Figure 23 : Nuage de mots sur l'optimisation de l'accès aux médecins traitants .....	78
Figure 24 : Nuage de mots sur les LAM.....	82
Figure 25 : Les principaux résultats .....	85
Figure 26 : L'expertise des acteurs des LHSS en gestion de patients précaires .....	88
Tableau 1: dates clés des évolutions médico-sociales .....	16
Tableau 2 : Description des professionnels des LHSS interrogés en 2018 .....	30
Tableau 3 : Description des LHSS en Nouvelle Aquitaine.....	36
Tableau 4 : Nationalité des patients accueillis aux LHSS.....	41
Tableau 5 : Nombre de présences d'encodage parmi les 13 entretiens au sujet des patients difficiles gérés dans les LHSS (logiciel N Vivo 12) .....	60

# LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

AME : Aide Médicale d'Etat

AMP : Aide médico-psychologique

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CCAS : Centre communal d'Action Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSESS : Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EMPP : Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité

Insee : Institut national des statistiques et des études économiques

LHSS : Lits Halte Soins Santé

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

IDE : Infirmier diplômé d'état

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAJ : Point d'Accueil Jour

PASS : permanences d'accès aux soins de santé

PRAPS : programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RSA : Revenu de Solidarité Active

# **I. INTRODUCTION**

Les Lits Haltes Soins Santé (LHSS) ont été créés en 2005 pour assurer la prise en charge médicale et sociale de patients sans abris en grande précarité dont l'état de santé ne nécessite pas l'hospitalisation mais qui ont besoin d'un logement pour que les soins puissent se réaliser dans des conditions correctes.

Ces structures prennent en charge des patients d'horizons différents qui ont pour point commun de ne pas avoir de logement et de présenter une ou plusieurs pathologies. Les sans-abris sont la caricature des inégalités d'accès au soin, de la pauvreté et de la difficulté qu'ont les professionnels de santé à les soigner.

Derrière les termes de « sans domicile fixe », de « sans -abris » ou de « grands précaires » se cachent des situations et des parcours de vie bien différents. On aborde un groupe de personnes très hétérogènes, comme le rappelaient les auteurs de « La France invisible » en 2006 [1] : « Il y a d'abord le visible, le sans-abri » que l'on voit dans nos rues et puis il y a « l'invisible, le sans domicile dont on ne soupçonne pas l'existence. Le jeune qui vole pour vivre, bien habillé. [...] Le travailleur précaire qui cache sa condition. Ceux qui vivent à l'hôtel, en foyer d'urgence, ou dans un appartement payé par une association, les habitantes des foyers mères-enfants, les cohabitants contraints... »

Au cours de nos études et de notre profession de médecin généraliste, nous sommes parfois confrontés à ce type de personnes. Souvent soignés au dernier moment dans des situations d'urgences, leur prise en charge est souvent complexe car on se heurte à des problèmes d'ordre sanitaire, social, administratif ou culturel qu'on n'a pas forcément appris à gérer.

La qualité des parcours de soins en est impactée. En France, les principes de l'Assurance Maladie essaient de garantir l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Pourtant, la mortalité et la morbidité sont plus importantes dans cette population de grands précaires que dans la population générale.

Au cours de mes stages d'externe, j'ai eu l'opportunité de participer au LHSS de Bordeaux, ce qui m'a permis de découvrir des patients où toute prise en charge était complexe du fait de leur condition de vie. Face à ces situations délicates, j'ai été impressionnée par l'efficacité de la coordination du médical et du social au sein des LHSS autour d'une personne pour trouver des solutions concrètes immédiates et à long terme pour arriver à un parcours de soin adapté à chacun.

Après discussion avec le Dr Adam, médecin coordinateur des LHSS de Bordeaux, ce lieu nous a paru riche en professionnels expérimentés auprès de ces patients précaires et malades, après 10 années d'existence des LHSS.

Ces professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux ont une connaissance et une expertise spécialisée qu'il nous a semblé intéressant de questionner.

Cette thèse tente de mettre en lumière des pistes innovantes proposées par les acteurs des LHSS permettant de mieux prendre en charge ces patients en grande précarité que ce soit au sein de ces structures ou de manière plus générale pour améliorer leur santé.

## **II. CONTEXTE DE L'ETUDE**

# A. Santé et précarité

Les deux conditions d'accès aux LHSS sont la présence d'un problème médical et l'absence de logement permettant la poursuite des soins, donc ils s'adressent à des personnes précaires.

## 1. La précarité

### *a. Définitions*

La précarité est le défaut d'accès à un ou plusieurs des dispositifs qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux [2].

Ce terme apparaît dans le rapport « grande pauvreté et précarité économique et sociale » du Père Wresinski [3], il est décrit comme un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales.

Selon le Haut Comité de Santé Publique [4], « la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale ».

C'est donc l'accumulation de fragilités qui rend quelqu'un précaire à un temps déterminé, c'est une notion dynamique. De plus, une personne est précaire vis-à-vis d'un environnement donné plus ou moins défavorable.

Elle conduit le plus souvent à la **pauvreté** quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger ou devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. La pauvreté se définit par des critères économiques et financiers.

La **vulnérabilité** résulte du basculement dans la précarité.

Les personnes vulnérables sont définies par l'OMS comme « incapables de protéger leurs propres intérêts. Plus précisément, leur pouvoir, leur intelligence, leur degré d'instruction, leurs ressources, leur force ou autres attributs nécessaires pour protéger leurs intérêts propres, peuvent être insuffisants ».

Pour l'Insee (Institut national des statistiques et des études économiques), les **personnes sans domicile fixe** en France peuvent être des sans-abris, mais également des résidents en habitations de fortune, en hébergements collectifs, en hôtel, en CADA (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile) ou hébergés dans un logement associatif à titre temporaire.

### *b. Causes*

La précarité peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, handicaps, troubles psychiatriques, personnes vulnérables et isolées), médico-sociales (déficits

fonctionnels, dépendances liées à l'âge) et socio-économiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : perte de revenus, chômage, migration, familles monoparentales).

Chez les migrants ou les populations déplacées, l'entrée en précarité est plus ou moins accentuée par leur culture, leurs difficultés d'usage de la langue française et leurs origines.

### *c. Quelques chiffres*

La France, sixième puissance économique mondiale, comptait 8,8 millions de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté (1008€/mois par personne soit 60% du revenu médian) en 2016 d'après l'Insee, soit 14,1% de la population française, 140 000 personnes « SDF » (sans domicile fixe). Le revenu médian des personnes pauvres s'élève à 805€/mois. Cette situation est fragilisée par des situations de handicap, de dépendance, en particulier liées à l'âge.

Par ailleurs, la France accueille chaque année 200 000 migrants [2]

## **2. Inégalités sociales de santé**

### *a. Définition de la santé*

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [4].

### *b. Lien entre santé et pauvreté*

Les liens entre la pauvreté et les problèmes de santé et d'accès aux soins sont bien établis en France. Malgré les objectifs principaux de l'Assurance Maladie qui sont de garantir l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité, la mortalité et la morbidité sont importantes dans cette population de grands précaires et des sans-abris.

Les personnes en situation de pauvreté peinent souvent à réunir les conditions indispensables à la santé : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu... [5]. D'autre part, malgré l'existence d'une Couverture maladie universelle (CMU), ces personnes affichent un taux de non-recours aux droits de santé et de renoncement aux soins plus élevé que la population générale.

- *Diminution de l'espérance de vie :*

L'espérance de vie à 35 ans des plus pauvres est diminuée de plusieurs années, [6]. L'âge moyen de décès d'un sans-abri est de 49 ans (selon un recensement effectué entre 1998 et 2010 par le collectif « Les morts à la rue »).

Dans un contexte général d'amélioration de la santé, plus de 5 millions de personnes ne disposent pas de la totalité de leurs droits à la santé en France en 2017 [7].

« L'espérance de vie des plus pauvres en France est plus proche de l'espérance de vie Sierra Leone (34 ans), pays qui a l'une des espérances de vie les plus courtes au monde, que de l'espérance de vie de

l'ensemble de la population française. Autrefois, la pauvreté tuait brutalement. Aujourd'hui, elle tue tout aussi sûrement, mais plus lentement » [8].

- *Augmentation de la morbidité :*

De nombreuses pathologies sont fortement augmentées parmi eux, en particulier le risque de dépression, de maladies métaboliques et de maladies cardio-vasculaires. Plus des deux tiers (65 %) des personnes sans domicile déclaraient au moins une maladie chronique [6].

**Les quatre principales maladies déclarées par les sans-abris sont :**

- Les maladies respiratoires
- Le diabète,
- L'hypertension
- Les maladies psychiques

27% d'entre elles sont dépendantes à l'alcool.

Ces données sont issues de statistiques des établissements de soins et sont donc sous estimées chez ces individus qui ont globalement peu de recours aux soins.

### **3. La complexité des soins des sans-abris :**

#### *a. La polypathologie :*

Ces personnes cumulent souvent plusieurs pathologies.

L'addition des problématiques sociales et sanitaires explique la complexité des situations de vie.

Les « grands précaires » ou « grands exclus », termes qui concernent généralement les sans-abris avec des troubles psychiques, présentent les parcours les plus complexes en termes d'hébergement et de maintien dans le logement.

Les sorties d'institutions non anticipées, notamment des hôpitaux psychiatriques sont parmi les principales raisons de rupture de parcours d'hébergement et de logement.

#### *b. Le non-recours au soin :*

Le ratio hospitalisations - consultations externes des personnes sans domicile est plus élevé que dans la population générale selon le rapport santé des personnes sans chez soi [9], ce qui indique que non seulement ils sont plus malades mais également qu'ils ont tendance à consulter plus tardivement.

Le retard à consulter peut s'expliquer par des facteurs liés aux personnes elles-mêmes : moindre souci porté à sa santé, moindre priorité accordée aux soins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux et vitaux urgents, méconnaissance du système de soins, etc. Mais ces facteurs sont mis en avant souvent à tort selon ce rapport, dans une vision stéréotypée du « sans abri » ou du « clochard ».

Mais cela s'explique aussi par l'attitude des soignants face à eux.

#### *c. Manque de formation des professionnels de santé*

Il y a peu d'études à ce sujet. Le rapport sur la santé des personnes sans chez soi préconise d'inscrire dans la formation initiale des professionnels de santé (médecins et infirmiers) un module obligatoire sur le soin des personnes sans-abris et plus généralement apprendre aux professionnels à mieux prendre en compte les conditions d'existences des personnes (déterminants sociaux de santé).

Malheureusement, au cours de nos études médicales, on nous parle très peu de ces personnes en précarité, de l'influence du contexte social, économique et culturel sur la santé. Chacun se fait sa propre expérience en fonction des stages que l'on fait. Pour ma part, l'option « santé et précarité » a été l'occasion d'aborder ces thèmes mais il reste un enseignement optionnel à Bordeaux.

En 2012, deux étudiantes en médecine ont mené une enquête sur les connaissances et représentations de 250 internes en médecine générale de Marseille face aux inégalités de santé [10]. Elles ont montré que les internes avaient une mauvaise connaissance :

- De la morbidité socialement graduée
- Des modalités de la CMU.

#### **4. Les politiques de santé vis-à-vis des sans abris**

On commence à s'intéresser au lien entre la santé et la précarité dans les années 80.

Différentes dates clés relatent cette évolution :

1993	Création du <b>SAMU Social</b> à Paris
1998	Loi n° 98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions débouche sur la création des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ( <b>PRAPS</b> ) et permet la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (les <b>PASS</b> )
1999	Loi n° 99-641 instaure la Couverture maladie universelle ( <b>CMU</b> ) et la Couverture maladie universelle complémentaire ( <b>CMU-C</b> ) et l' <b>AME</b> (Aide Médicale d'Etat)
2002	Loi du 2 janvier : création des <b>ACT</b> (Appartements de coordination thérapeutique)
2004	Création de l' <b>ACS</b> (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ( <b>CAARUD</b> ).
2005	Création des <b>LHSS</b> , des <b>SAMSAH</b> (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) et définition des missions des EMPP (équipes mobiles spécialisées en psychiatrie)
2007	Décret détaillant les missions des <b>CSAPA</b> (centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie)
2011	Création expérimentale « <b>un chez soi d'abord</b> »
2012	Création des <b>LAM</b> (Lits d'accueil médicalisés) selon la loi 2012-1404 sur le financement de la sécurité sociale pour 2013

*Tableau 1: dates clés des évolutions médico-sociales*

#### **5. Le cas particulier des migrants**

Parmi la population très hétérogène des sans-abris, on note une augmentation des migrants au cours du 21<sup>ème</sup> siècle. Leur état de santé dépend d'une multitude de facteurs : système de santé et situation sanitaire du pays d'origine, conditions de migration, conditions d'accueil et de logement en France, caractéristiques individuelles...

Les données vis-à-vis de leur état de santé sont floues, d'abord parce le terme de « migrants » n'est pas clairement établi. Il définit les personnes étrangères vivant en France, qui ont récemment migré. Le terme d'« immigrés » définit toutes les personnes étrangères de manière plus large mais dont certaines ont la nationalité française.

Quelques chiffres selon l'institut national de la statistique et des études économiques [11] :

- En 2014, la France contenait 4,2 millions d'étrangers soit 6% de sa population mais ces recensements datent d'avant 2015 (« crise migratoire » à la suite des guerres de Syrie, Irak et Afghanistan).
- Le nombre de personnes en situations irrégulières est évidemment difficile à évaluer précisément mais il est estimé à 400 000.
- Un gros tiers des immigrés viennent de pays d'Europe, 44 % sont nés dans un pays du continent africain (trois quarts en Algérie, Maroc ou Tunisie, et un quart dans un pays d'Afrique subsaharienne), environ 15 % viennent d'Asie.
- Les migrations pour raison de santé concernent 3% d'entre eux.
- Il leur faut en moyenne plus de 6 ans pour avoir un titre de séjour d'un an, un travail et un logement, en Ile de France.

Un article de la revue du praticien de 2019 tente d'établir des données générales sur l'état de santé des migrants [12]. Ils font parties de la population vulnérable telle qu'on l'a défini plus haut.

Les principales pathologies sont :

- Les pathologies infectieuses dont l'incidence est plus élevée (notamment VIH, tuberculose et hépatites).
- Les pathologies chroniques notamment cardio-vasculaires et métaboliques
- Les troubles psychiatriques liés à leur parcours migratoire.

Le non-recours au soin est majoré par la barrière linguistique et leur statut juridique.

Au LHSS, ce sont les migrants sans abris qui sont accueillis. Il y a peu de données précises sur leur état de santé car ils sont difficilement repérables. Leur statut juridique est hétérogène.

## B. Les Innovations médico-sociales

### 1. Qu'est-ce que l'innovation ?

L'innovation consiste à chercher à améliorer constamment l'existant.

L'innovation sociale est de plus en plus présente dans le discours public, souvent associée aux structures de l'économie sociale et solidaire.

Le Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire (CSESS) la définit ainsi :

« **L'innovation sociale** consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits par les conditions actuelles du marché et des politiques sociales, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et des usagers. Ces innovations concernent aussi bien le produit ou le service, que le mode d'organisation, de distribution, dans des domaines comme le vieillissement, la petite enfance, le logement, la santé, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion, les discriminations... Elles passent par un processus en plusieurs démarches : émergence, expérimentation, diffusion, évaluation ».

Selon le Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES, à Montréal) [13], l'innovation sociale peut être appréhendée comme « Une intervention initiée par des acteurs sociaux, pour répondre à une aspiration, subvenir à un besoin, apporter une solution ou profiter d'une opportunité d'action afin de modifier des relations sociales, de transformer un cadre d'action ou de proposer de nouvelles orientations culturelles. »

### 2. Comment innover ?

Selon l'Observatoire régional de l'innovation en santé (ORIS) (projet piloté par l'ARS Aquitaine, engageant une réflexion sur les pratiques innovantes initiées par les acteurs de santé), s'inscrire dans une démarche innovante, c'est prendre du recul pour se poser des questions sur ses habitudes et ses pratiques, c'est identifier les points forts et les points faibles de son action pour l'améliorer. L'innovation est ainsi porteuse de progrès et de dynamisme. Promouvoir l'innovation, c'est promouvoir une démarche de réflexion et de réajustement constant des pratiques pour mieux répondre aux besoins des usagers. Une nécessité particulièrement forte dans le domaine de la santé.

Trois catégories d'acteurs portent l'innovation sociale :

- Les entrepreneurs

Le secteur associatif est historiquement le premier laboratoire d'innovations sociales. Par sa proximité et sa connaissance approfondie des populations et des territoires, il est en capacité de détecter les besoins sociaux existants et d'y apporter des réponses.

- Les citoyens

On parle d'innovation citoyenne, portée par un ou plusieurs citoyens bénévoles s'engageant pour agir et répondre, à leur échelle, aux grands défis sociaux d'aujourd'hui.

- Les pouvoirs publics

Il s'agit ici d'innovation sociale portée, notamment par des Conseils régionaux qui cherchent à réinterroger la façon dont sont conçues et mises en œuvre leurs politiques publiques, en lançant des expérimentations avec un regard pluridisciplinaire (citoyens, designers de services, urbanistes...).

« L'innovation sociale apparaît comme la nouvelle solution susceptible de favoriser non seulement la croissance, mais aussi une forme de partage de ses fruits plus équitable » [14]. En bref, elle est souvent présentée comme une façon de combiner l'aspiration au changement et une forme de garantie d'équité et de justice sociale qui s'appuierait sur la créativité des acteurs.

### **3. Le domaine médico-social nécessite de l'innovation**

Selon l'ARS, le domaine médico-social est marqué, par la nécessité d'une adaptation permanente des acteurs professionnels aux exigences d'un monde en constante évolution. Vieillesse de la population, prise en charge des pathologies chroniques, développement des nouvelles techniques d'information et de communication, participation des patients, contexte économique rendent indispensable l'innovation des concepts et des pratiques des acteurs du champ médico-social. La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) a modifié la régulation du secteur social et médico-social par exemple en introduisant une procédure d'appel à projet quasi-systématique pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil.

### **4. Des exemples d'innovations**

Le rapport sur la santé des sans chez soi [6] repère ces innovations :

- Un *projet innovant* tel que « Un chez soi d'abord » :

Ce projet fait suite au constat que les personnes souffrant de troubles psychiques graves vivant à la rue de façon durable ont une durée de vie diminuée. Il part du principe que « ce n'est pas seulement d'un toit que les personnes ont besoin pour se rétablir et aller mieux, mais d'un « chez soi », intégré dans la ville, qui procure intimité, sécurité, stabilité... ». En effet, le logement est une condition indispensable à la santé.

A Bordeaux, le projet Oïkeo repose sur ce principe. L'objectif est de laisser se développer la capacité à désirer et à entreprendre. Il s'inscrit dans les approches de rétablissement et d'« empowerment ».

- Des processus innovants, tels que la mise en place d'une fiche de suivi partagée, ou des commissions sur des cas complexes
- Des pratiques innovantes (à l'intérieur d'une organisation), telles que la mise en place d'un chargé de mission logement dans un appartement de coordination thérapeutique ;
- Des partenariats innovants, tels qu'une maraude commune Samu social – CAARUD.

Les **LHSS** représentent un de ces projets d'innovation médico-sociale, issu d'une expérimentation, pérennisés par la loi en 2005. En Nouvelle Aquitaine, ces structures ont maintenant plus de 10 ans et sont une ressource de savoirs que l'on a voulu explorer.

## **5. Les risques liés à l'innovation**

L'innovation comporte également des risques : elle peut générer la création de nouveaux projets qui viennent alors s'ajouter au « millefeuille » existant [9], c'est-à-dire qu'ils peuvent être difficiles à repérer et à coordonner aux structures existantes. De plus, les pouvoirs publics peinent à pérenniser ces projets innovants pour des raisons financières.

Enfin, la multiplication d'innovations, sans évaluation ni capitalisation, constitue l'un des principaux problèmes de l'innovation.

# C. Les LHSS

## 1. Historique

En 1993 ont été installés par le SAMU social, à titre expérimental, des « lits infirmiers », chargés d'accueillir des personnes sans domicile dont l'état de santé ne justifiait pas ou plus d'hospitalisation, mais nécessitait une prise en charge sanitaire et sociale adaptée. L'association Médecins du Monde y intervenait.

Le Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) du 6 juillet 2004 a décidé de « développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe ». Il précisait qu'il convenait « de donner un statut juridique et financier aux structures halte santé, de définir un cahier des charges de mise en œuvre et de fonctionnement », avec l'objectif de créer 100 lits par an, pendant cinq ans.

La loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006, article 50, crée les structures dénommées « lits halte soins santé » et définit le principe de leur financement.

## 2. Un projet innovant

Les LHSS répondent tout à fait aux critères d'innovation cités plus haut :

- Il s'agit d'une réponse nouvelle à des problèmes sociaux et humains
- Ils font coopérer plusieurs acteurs : sociaux, médicaux et paramédicaux.
- Ils se sont construits en plusieurs étapes : ils ont émergé par appel à projet de l'ARS à la suite des expérimentations des lits infirmiers, après évaluation des premiers dispositifs, l'état les a peu à peu diffusés sur le territoire.

## 3. Leur rôle et leurs actions

Il s'agit de structures médico-sociales qui prennent en charge les personnes sans domicile dont l'état de santé, **sans nécessiter une hospitalisation**, n'est pas compatible avec vie à la rue.

Elles les accueillent, 24 heures sur 24 et 365 jours par an pour éviter une rupture dans la continuité des soins ou une aggravation de l'état de santé.

Ces structures fonctionnent avec une **équipe pluridisciplinaire médico-sociale** (un médecin généraliste, un infirmier diplômé d'Etat, un aide-soignant et une assistante sociale) qui travaillent avec des acteurs du terrain médico-sociaux.

Elles permettent de réaliser les soins médicaux ou para-médicaux, un suivi thérapeutique, un **accompagnement social**, une offre de prestations d'animation et une éducation sanitaire.

Le personnel présent fait un suivi social de toutes les personnes hébergées et met tout en œuvre pour permettre aux personnes de recouvrer les droits sociaux auxquels elles peuvent prétendre.

Leur but était d'éviter dans cette population :

- Le renoncement aux soins,
- Les hospitalisations itératives
- Le refus de prise en charge, de consultation ou de traitement.

Sa création intervient dans un contexte où les durées d'hospitalisation sont réduites au minimum et où les structures sociales sont confrontées à des personnes présentant de plus en plus des polypathologies ou des pathologies chroniques.

#### **4. Une seule évaluation officielle en 2013**

Un rapport de 2013 mené par la Direction générale de la Cohésion Sociale [15] fait un état des lieux des LHSS en France. Cette étude a été réalisée par questionnaires auprès des structures et des patients ainsi que des études de cas.

Elles relèvent les caractéristiques des LHSS.

- Une description de leur fonctionnement :
  - Répartition sur le territoire (majoritaires en île de France et région Languedoc Roussillon), surtout urbaines.
  - Une médiane de 6 lits par structures,
  - Gérés par des associations pour 77% des cas,
  - Un taux d'occupation élevé à 85,6%,
  - Les orienteurs sont surtout les établissements sanitaires, puis le secteur social,
  - Des qualités appréciées par les partenaires : hygiène, sécurité, présence humaine,
  - Les séjours sont de moins de 2 mois dans 70% des cas.
  - 55% des sorties se font pour fin de la prise en charge sanitaire des patients.
  - Le travail en partenariat facilite la mission des LHSS.
  - Une approche globale de prise en charge : un séjour permettant parfois de réaliser un bilan de santé et gérer les comorbidités.
  - Les acteurs apportent 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.
- Les limites évoquées :
  - Les capacités d'accueil sont insuffisantes. Le taux de refus pour manque de place est élevé.
  - Les locaux sont à améliorer (adaptation au handicap, amélioration des lieux de vie...).
  - Certains patients seraient plus adaptés à des services de soin de suite et de réadaptation.
  - Les durées de séjours rallongées du fait de l'absence d'hébergements adaptés, ce qui engorge les LHSS.
  - Les moyens concernant la prévention et l'éducation à la santé restent modestes.
  - Des pathologies parfois trop lourdes à gérer pour les structures.
  - Un manque de solution pour la prise en charge des enfants de femmes isolées notamment. 47% des patients ressortent sans solutions d'hébergement.

- Les patients accueillis :
  - Les LHSS améliorent la situation des personnes tant du point de vue sanitaire que relationnel.
  - 59% des patients accueillis présentent des pathologies chroniques, 54% souffrent d'addictions. On découvre des comorbidités pour 65% des patients accueillis.
  - Seuls 25% des patients n'ont besoin d'aucune aide dans les actes de la vie quotidienne.
  - Le travail socio-éducatif est essentiel pour faire accepter les soins et articuler la prise en charge sociale et sanitaire.
  - 53% ont nécessité une prise en charge psychologique, 19% ont consulté un addictologue.
  - Le motif d'admission est majoritairement lié à un évènement aigu de santé (traumatologie, infection aiguë, décompensation aiguë d'une pathologie chronique somatique) ou à une altération de l'état général.
  
- Un intérêt pour la recherche :
  - 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.

## D. Question de recherche, objectifs et hypothèses de l'étude

La santé des populations précaires est donc un problème de santé publique en France dans lequel il est nécessaire d'innover.

### 1. Question de recherche

Quelles sont les pratiques innovantes proposées par les acteurs des LHSS, au terme de 10 ans d'expérience, pour améliorer la santé des patients en grande précarité ?

### 2. Hypothèses

Les LHSS ont été une innovation dans le champ médico-social qui existe depuis 10 ans.

Les professionnels qui y travaillent ont un regard expérimenté concernant la prise en charge de la santé des populations précaires et ils ont développé des pratiques innovantes pour l'améliorer.

Leur point de vue concernant leurs parcours de santé peut être intéressant à questionner.

### 3. Objectifs

L'objectif principal sera de définir les pratiques innovantes proposées par les acteurs des LHSS pour améliorer la santé des populations en grande précarité.

Ainsi, on fera un bilan des LHSS de Nouvelle Aquitaine au terme de 10 ans d'expérience pour comprendre quels ont été leurs apports vis-à-vis de la santé de cette population.

Puis on analysera les propositions innovantes faites par les acteurs sociaux et médicaux des LHSS qui sont au contact de ces patients.

L'objectif secondaire est de participer à la lutte des inégalités sociale en santé en proposant des pistes intéressantes pour optimiser leur parcours de soin.

# **III. METHODOLOGIE**

# A. Les LHSS sont une innovation : Bilan de leur activité innovante après 10 ans d'expérience. Analyse descriptive quantitative.

## 1. Recueil des données

Après une lecture du bilan d'activité fourni par le Dr Adam des LHSS de Bordeaux. J'ai trouvé intéressant les données fournies par ce type de document.

J'ai commencé ce travail en 2017. J'ai donc recueilli les données concernant les bilans d'activité de l'année 2016.

Nous avons choisi de nous intéresser seulement aux LHSS de Nouvelle Aquitaine car cela représentait un travail trop important au niveau national.

J'ai d'abord fait des recherches sur internet pour recenser le nombre de LHSS en Nouvelle Aquitaine. Il n'existe pas de site officiel référent les LHSS. Un seul site réfère les adresses et coordonnées des différents centres [16].

J'ai donc contacté les directeurs des 10 LHSS de Nouvelle Aquitaine par téléphone puis par mail afin de leur demander les rapports d'activité de leur structure.

Cette phase a été longue car je n'avais pas toujours les bonnes personnes au téléphone et pour certains, j'ai dû les relancer à plusieurs reprises pour obtenir leurs réponses. Un des centres, à Niort, a refusé de me communiquer ce rapport. J'ai par ailleurs contacté l'ARS à plusieurs reprises pour savoir s'ils disposaient d'un fichier regroupant tous ces rapports d'activité. Je n'ai pas eu de réponse positive de leur part.

## 2. Analyse des rapports d'activité

Chaque centre a présenté son rapport d'activité de manière autonome. Il n'existe aucun référentiel. Les chiffres sont donc par moment peu comparables.

Il existe tout de même quelques données présentes dans la plupart des rapports telles que les durées de séjour moyennes, le taux d'occupation, le nombre de demandes...etc.

L'analyse a consisté en des lectures répétées et comparatives des différents rapports pour recueillir diverses données descriptives de l'activité des LHSS.

Il s'agit d'une analyse descriptive quantitative transversale et rétrospective.

Les données représentent un bilan du fonctionnement des LHSS de Nouvelle Aquitaine en termes de chiffre.

La lecture de ces rapports a permis également de dégager des axes d'innovation et des projets intéressants concernant la prise en charge médico-sociale de ces patients.

Mais cette lecture apportait bien peu de réponses, c'est pour cela que l'analyse suivante par entretien paraissait indispensable pour mieux appréhender le sujet.

# B. Analyse qualitative des innovations apportées par les acteurs des LHSS pour améliorer la santé des populations précaires

## 1. Choix d'une méthode qualitative

Rechercher les pratiques innovantes des acteurs des LHSS ne nécessitait pas seulement de recueillir des données quantifiables mais plutôt d'analyser un ressenti face aux prises en charges des populations précaires afin de faire émerger de nouvelles idées.

Nous avons pensé à établir un questionnaire dans un premier temps mais les réponses auraient probablement manqué de sens. Nous avons besoin d'analyser les représentations des interlocuteurs sur des faits vécus qu'il est impossible d'appréhender à l'écrit sans en comprendre le contexte.

## 2. Choix de l'entretien semi-directif

C'est un modèle qui favorise la liberté d'échange en tête à tête et qui met en confiance. Chaque participant défend ses priorités, ses valeurs, son vécu. Cela permettra de mieux comprendre les opinions et les comportements. Il permet de faire émerger des idées inattendues.

Les données intéressantes à recueillir étaient donc inconnues à l'avance et non quantifiables.

## 3. Recensement des personnes à interroger

- *Des professionnels d'horizons variés*

Il nous a semblé intéressant de choisir des personnes de différentes formations médicales et sociales pour avoir un panel plus large des points de vue. Prendre des opinions non médicales nous semblait important. C'est souvent le social qui emmène vers le soin dans ces contextes de grande précarité. Leur rôle est donc majeur.

Je me suis donc entretenue avec les divers professionnels des LHSS : infirmiers, AMP (aide médico-psychologique), médecins coordinateurs, directeurs de service, éducateurs, assistants sociaux.

- *Les critères d'inclusion*
  - Expérience de plus d'un an dans les LHSS
  - Les LHSS de 5 places minimum et en fonctionnement depuis plus de 2 ans
  - Personnels ayant répondu favorablement aux échanges préalables par téléphone et par mail
  - Professionnels parmi les LHSS de Nouvelle Aquitaine
- *Descriptions des professionnels sélectionnés*

J'ai sélectionné les personnes que mes interlocuteurs me conseillaient au téléphone selon les critères d'inclusion que je leur présentais (voir tableau ci-dessous). Les villes ne sont pas précisées pour garantir l'anonymat.

	Profession	Ville	Nombre de places du LHSS	Années d'expérience au LHSS	Rôle au sein des LHSS	Parcours
1	Médecin	A	7	9	- Coordination des soins - Admission des résidents	Médecin généraliste à Bayonne s'occupant de résidents des CHRS
2	Educateur	A	7	7	- coordination entre professionnels des LHSS - organisation des soins - trouver une solution sociale à la sortie - ouverture des droits	Expérience précédente avec des patients alcooliques
3	Chef de service	B	7	8	- coordination des professionnels - gestion de projets	- Expérience auprès des bénéficiaires de RSA en agriculture -Master sanitaire et social
4	Assistante sociale	B	7	1	- Aider à accéder au droit commun - Lien avec les partenaires	- Expérience au département en polyvalence de secteur
5	Médecin	B	7	6	- Gestion des problèmes de santé des résidents - coordination avec les travailleurs sociaux	- médecin généraliste libéral
6	Infirmière	C	5	8	- soins - coordination - prévention	-Expérience CHRS, SAMU Social
7	Directrice	C	5	13	- coordination des professionnels - relations partenaires	- lits infirmiers - création des LHSS Agen
8	Directrice adjointe	D	6	8	- coordination des professionnels	- Expérience sanitaire et sociale
9	Médecin	D	6	>2	- visite quotidienne pour la prise en charge	- médecin généraliste libéral
10	Assistant Socio-éducatif	E	16	4	- favoriser l'accès aux droits - accompagnement administratif, juridique -travail pluridisciplinaire et de partenariat pour avoir un réseau opérationnel - secrétariat d'admission - participation à la formation	- Master psychopathologie - Expérience en logement d'abord

	Profession	LHSS	Nombre de places du LHSS	Années d'expérience au LHSS	Rôle au sein des LHSS	Parcours
11	Aide médico-psychologique	E	16	2	-accompagnement psychologique et social - échanges - gestion d'activités	- Expérience psychiatrie hospitalière
12	Médecin	F	10	2	- coordonner le soin - gérer les admissions	- Médecin généraliste libéral - Addictologue - Expérience au CSAPA
13	Directeur	G	9		- coordonner les professionnels - gérer les admissions - gestion de projets d'équipe - travail de partenariat	- Expérience protection de l'enfance, migrants, accueil de jour SDF, jeunes en errance, CHRS - Master en ingénierie sociale et gouvernance publique d'action sociale

*Tableau 2 : Description des professionnels des LHSS interrogés en 2018*

## **4. Méthodologie des entretiens semi-directifs**

### ***a. Préparation du guide d'entretien***

Je commençais par me présenter et définir les objectifs et la méthode de recherche de ma thèse.

Je débutais l'entretien par des questions sur le parcours professionnel et le rôle de la personne au sein des LHSS afin de mettre à l'aise la personne pour qu'elle se présente et mieux comprendre qui j'interrogeais.

Ensuite je leur demandais de me raconter l'histoire du centre, son évolution et les difficultés qu'ils y rencontraient.

Je leur demandais ensuite de faire un bilan au terme de 10 ans de fonctionnement des LHSS.

Puis venait la question plus générale : les axes à développer pour améliorer la prise en charge des patients en situation précaire. Dans ce questionnaire, je leur proposais de me donner leur avis sur 3 axes que j'avais remarqués à la lecture des rapports d'activité et qui ont évolué au fur et à mesure des entretiens : organisation des soins sur les lieux d'hébergement, favoriser l'accès aux soins des populations non logées par le développement des PASS, l'optimisation de l'accès aux médecins traitants, développement d'équipes mobiles spécialisées, intérêt des RPC « cas-complexes ».

Je finissais par reprendre les principaux points développés pour les confirmer. Puis on faisait un point en fonction du temps qu'ils avaient sur le déroulement de l'entretien.

Cf Guide d'entretien en annexe

### ***b. Test du guide d'entretien***

J'ai testé cet entretien avec le Dr Adam et ajusté les questions et mon positionnement pendant l'entretien.

### ***c. Evolution du guide d'entretien***

Les axes proposés pour améliorer la prise en charge des populations précaires ont changé au cours du temps en fonction des réponses que j'obtenais. Il s'agit d'une méthode semi-inductive.

### ***d. Position de l'enquêteur pendant l'entretien***

Mon écoute était active en essayant de centrer la discussion sur les objectifs recherchés.

J'intervenais en dehors de la trame pour faire plusieurs types de relances :

- Interrogatives : « c'est-à-dire ? Que voulez-vous dire ? »
- Répétitives : « Vous m'avez dit que... »
- Interprétative : « si je comprends bien... »

### *e. Recueil de l'entretien*

J'ai pris des notes sur le terrain et j'ai enregistré les entretiens avec un dictaphone (application Smart Voice Recorder pour Android).

### *f. Fin des entretiens*

La saturation des données étaient atteintes après 10 entretiens, j'ai continué sur 3 entretiens pour avoir les avis différents en fonction des départements.

## **5. Analyse des données**

### *a. Saisie de l'entretien et imprégnation*

J'ai retranscrit tous les entretiens intégralement au fur et à mesure de leur réalisation sur Microsoft Word pour obtenir le verbatim de l'étude. Je les ai relus à plusieurs reprises pour m'en imprégner.

### *b. Double codage des entretiens*

- J'ai effectué un **codage manuel** dans un premier pour faire ressortir des thèmes
- Puis j'ai effectué un codage sur **N Vivo 12** qui a permis de regrouper les thèmes prédéfinis et schématiser les thèmes.

Cela s'est fait en simple lecture.

### *c. Thématisation*

J'ai défini des thèmes que j'ai affinés au fur et à mesure, puis je les ai hiérarchisés et organisés en sous thèmes et catégories avec N Vivo. De nouveaux thèmes apparaissaient au fil des lectures.

Les verbatims ont permis de créer des nœuds et par la suite des niveaux de codes afin de classifier les données en plusieurs thèmes.

### *d. Analyse des données*

L'analyse a permis de dégager, à partir des corpus d'entretiens, des thèmes innovants pour améliorer la prise en charge des populations précaires.

Il s'agit d'une analyse basée sur la « grounded theory » de Glaser et Strauss [17] qui est une méthode de recherche de science sociale qui repose sur la collecte et l'analyse méthodique des informations. C'est une méthode inductive selon laquelle la théorie se génère et se développe à travers le processus même de collecte de données [18].

Avec N Vivo, j'ai réalisé des tableaux de fréquences de mots à partir des 13 entretiens, que j'ai traduits par des schémas en nuages de mots pour plus de lisibilité en fonction du nombre d'occurrences.

Puis, j'ai réalisé une carte conceptuelle pour exposer les nœuds contenant les différents thèmes. J'ai fait des analyses avec N Vivo qui ont permis de faire des tableaux de comparaison de thèmes et sous thèmes pour mieux analyser combien de personnes en parlaient, combien de centres sont concernés par tel ou tel sujet.

Enfin pour retracer au plus près ce qui m'a été dit, je cite quelques passages. Les entretiens ont été numérotés au hasard pour anonymiser les réponses.

#### *e. Confidentialité*

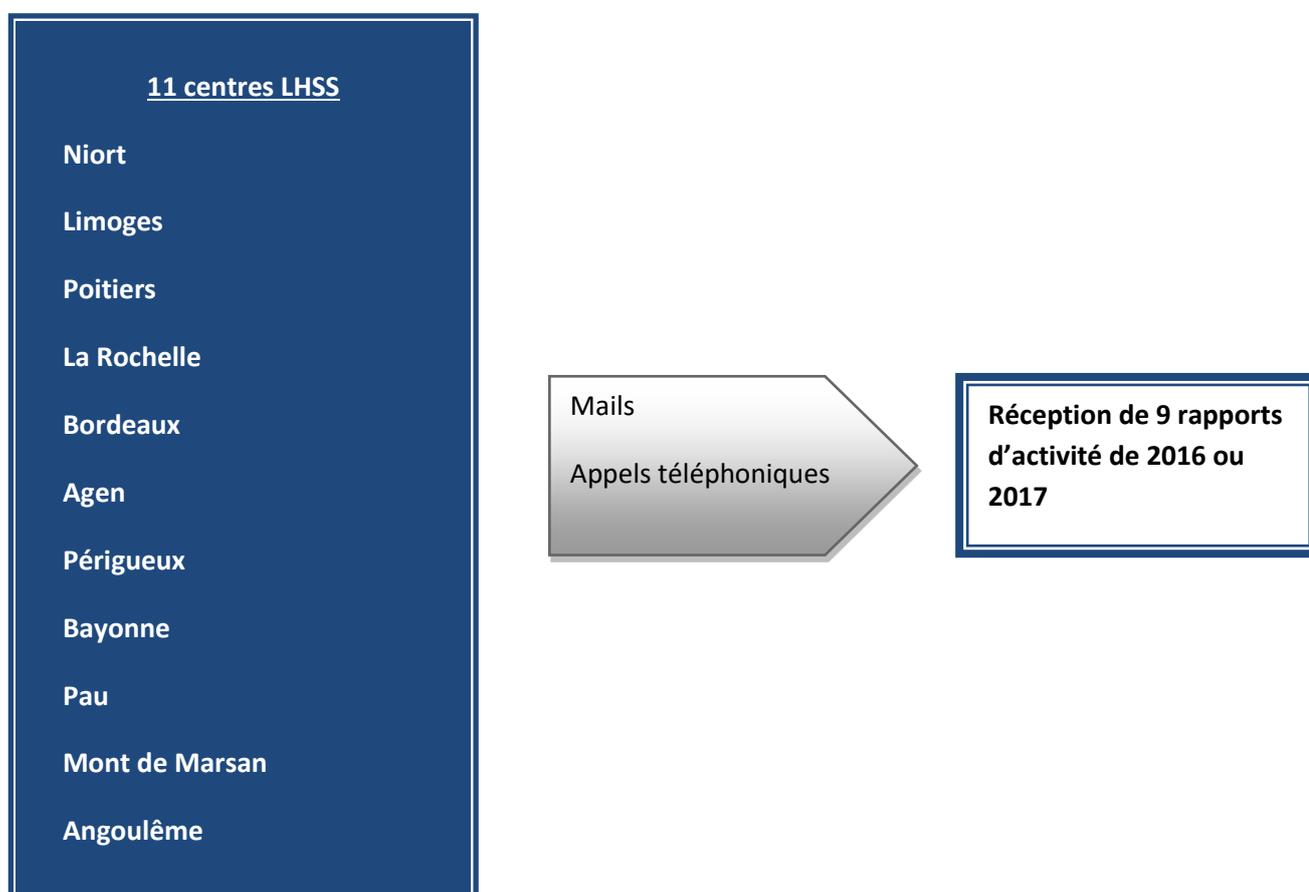
J'ai numéroté au hasard les entretiens pour respecter l'anonymat des citations reprises dans les résultats.

## **IV. RESULTATS**

## A. Analyse quantitative des rapports d'activité des LHSS : Bilan du projet innovant des LHSS au terme de 10 ans d'expérience

Il existe 11 centres LHSS en Nouvelle Aquitaine. Je les ai contactés par téléphone puis par mail, à plusieurs reprises pour avoir un contact avec les directeurs de chaque centre afin qu'ils m'envoient leurs rapports d'activité.

Un seul de ces centres n'a pas voulu m'envoyer son rapport d'activité qu'il jugeait confidentiel (Niort).



*Figure 1 : Recueil des rapports d'activités*

## 1. Place des LHSS en Nouvelle Aquitaine

### a. *Les caractéristiques des LHSS*

	Date d'ouverture	Nombre de lits	Taux d'occupation	Nombre d'admis	Nombre de refus
Agen	2006	5	90%	19	40
Périgueux	2010	6	82%	26	-
Mont de Marsan	-	2	86%	5	2
Pau	2008	7	89%	27	-
Bayonne	2009	6	91%	12	17
Bordeaux	2007	16	92%	52	94
Limoges	2007	9	81%	60	36
La Rochelle	2006	10	90%	45	48
Poitiers	2015	4	100,25%	9	16
Niort	2009	5	-	-	-
Angoulême	2018	4	-	-	-

*Tableau 3 : Description des LHSS en Nouvelle Aquitaine*

#### - La gestion des LHSS

Les LHSS sont souvent gérés par des associations qui regroupent plusieurs structures sociales ou médico-sociales (CHRS, Appartement de coordination thérapeutique, maison d'accueil spécialisé, centre d'accueil d'urgence...).

Gestionnaires des LHSS en fonction des villes :

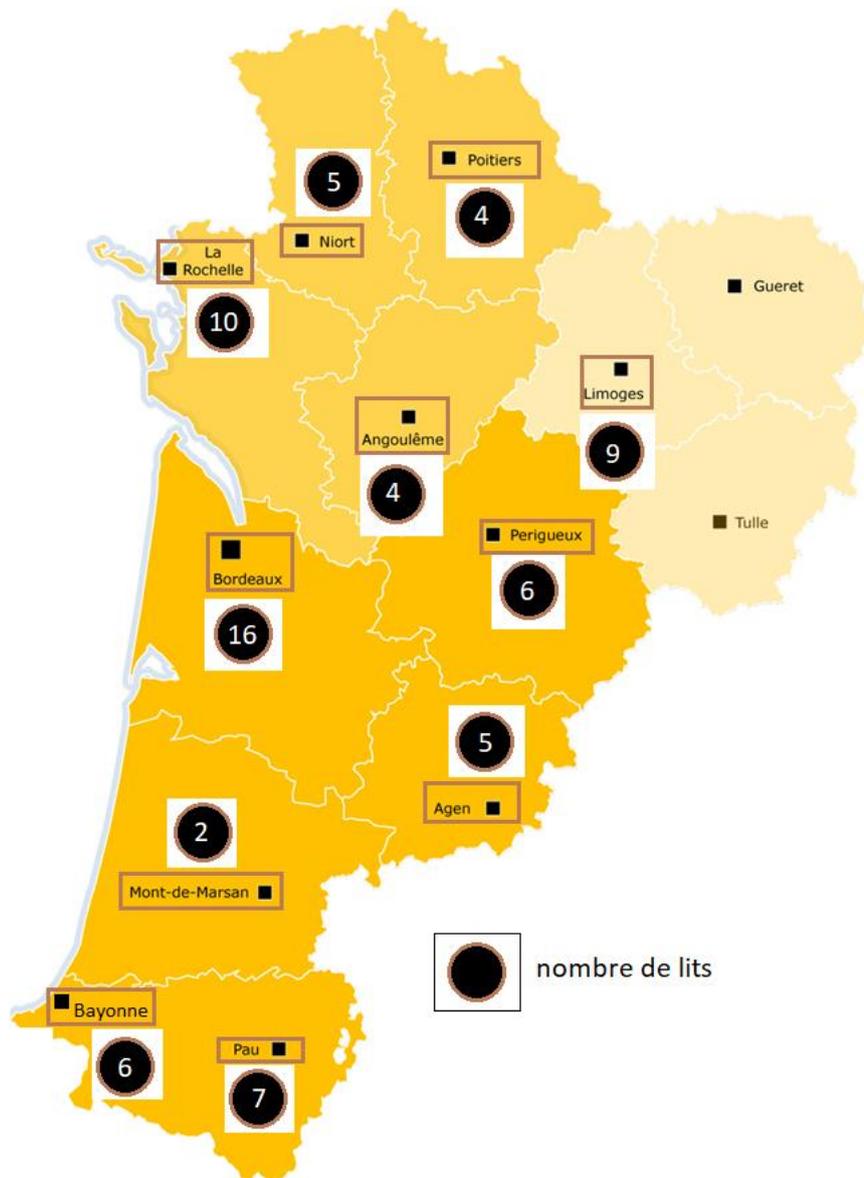
- Agen : Association Sauvegarde
- Périgueux : Association de Soutien de la Dordogne

- Bayonne : Association Atherbéa
- Mont de Marsan : Association Laïque Prado
- Pau : OGFA (Organisme de gestion des foyers d'Amitié)
- Bordeaux : CCAS (Centre communal d'Action Sociale), dépendant de la mairie
- Poitiers : Association Audacia
- Limoges : ARSL (Association de réinsertion Sociale du Limousin)
- La Rochelle : Association Cordia

La gestion se fait donc par des organismes privés ou publics, ce qui peut entraîner des visions différentes.

Le prix de journée d'un LHSS s'élève à 114,2 €/jour/lit.

- La répartition des LHSS en Nouvelle Aquitaine



*Figure 2 : Carte de répartition des LHSS en Nouvelle Aquitaine*

### ***b. Le nombre de personnes pris en charge aux LHSS***

Il y a donc 74 lits sur la Nouvelle Aquitaine qui ont permis la prise en charge de plus de 255 personnes. Mais bien plus de personnes nécessiteraient une prise en charge au LHSS puisqu'ils enregistrent un nombre de refus important.

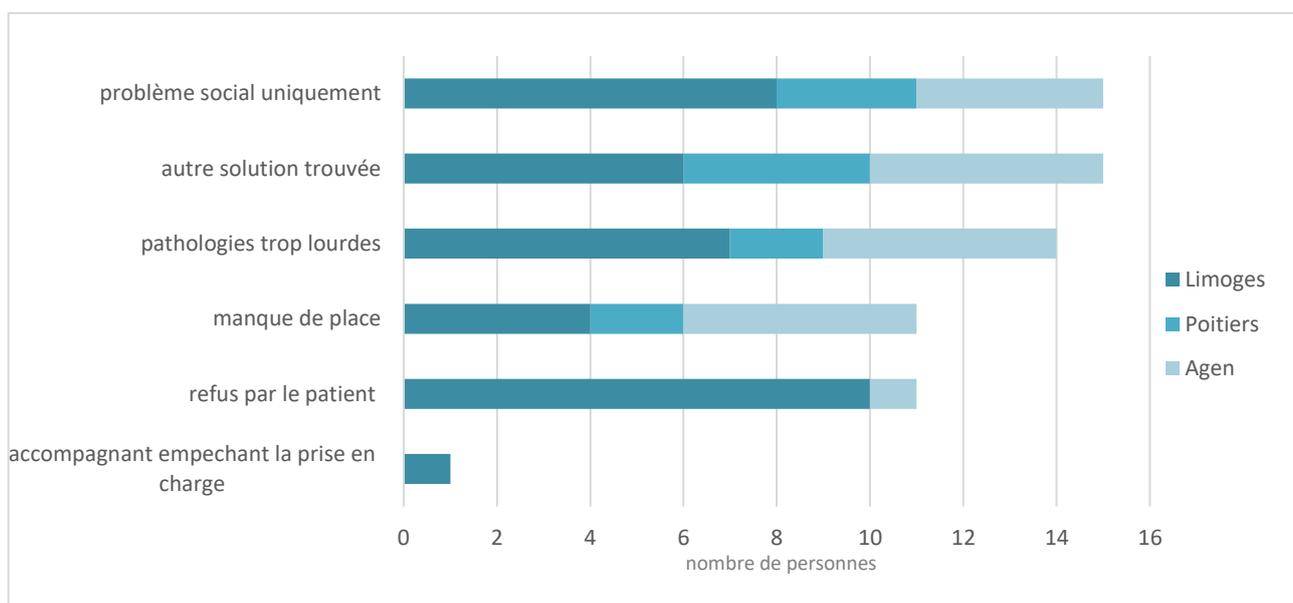
### ***c. Le nombre de personnes nécessitant d'être pris en charge par les LHSS***

Il y a eu plus de 253 refus d'admission.

Ce chiffre est sous-estimé puisqu'il manque les données de refus d'admission de 3 centres. De plus certains centres ne reçoivent des demandes seulement lorsqu'ils font connaitre qu'une place se libère, c'est le cas d'Agen et de Pau notamment.

Les entrées se décident dans la plupart des centres en commission avec l'accord médical et social.

Les motifs de refus d'admission sont variés. Trois centres ont détaillé ces refus dans leur rapport : Agen, Poitiers et Limoges. Les demandes concernent souvent des pathologies trop lourdes qui seraient plus adaptées aux LAM (Lits d'Accueil Médicalisés) ou au contraire des patients qui n'ont pas de pathologie aiguë nécessitant des soins. Aux vues des délais d'attente parfois longs, certains trouvent d'autres solutions (appartement de coordination thérapeutique, CHRS avec IDE...). Derrière ces 3 motifs, arrive en 4<sup>ème</sup> position, le manque de place.

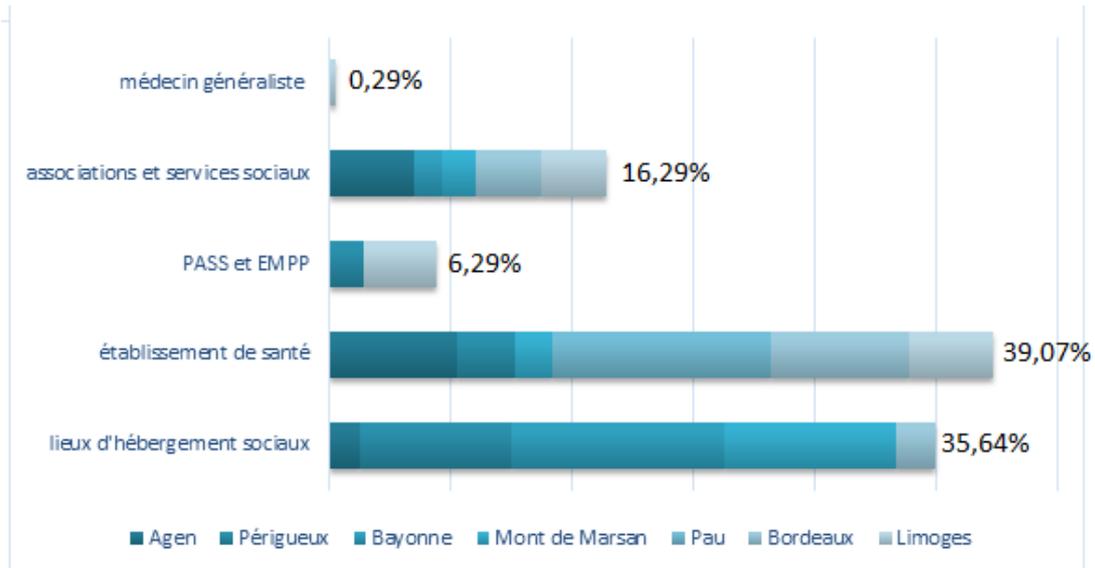


*Figure 3 : Les motifs de refus d'admissions*

A Bayonne par exemple, les demandes ont ralenti car leurs partenaires s'autocensuraient car ils connaissaient le manque de place.

#### *d. Les orienteurs*

Les principales demandes d'admission viennent des établissements de santé (39% des orienteurs en moyenne), des hébergements sociaux (35,64% en moyenne), des associations et services sociaux (16,29% en moyenne). Rares sont les médecins traitants car ce type de population n'a souvent pas un suivi régulier chez un médecin généraliste et les admissions font souvent suite à des situations d'urgence.



*Figure 4 : Les orienteurs*

## 2. Le fonctionnement des LHSS

### a. *Durée de séjours*

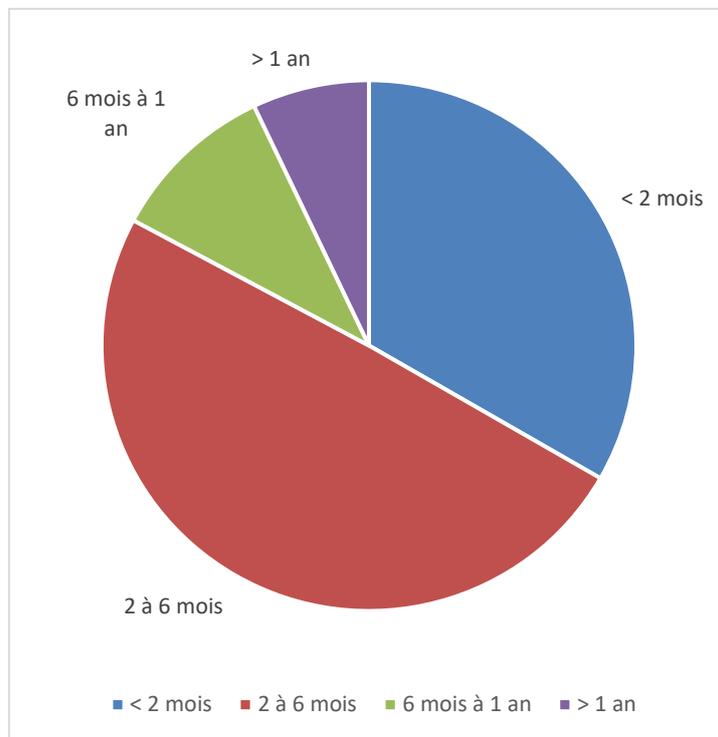


Figure 5 : Diagramme circulaire des moyennes de durées de séjours

La plupart des patients dépasse la durée de séjour prévue par les textes de loi de 2 mois.

### b. *Taux d'occupation*

Les taux d'occupation des LHSS sont globalement élevés (cf tableau 3)). La moyenne en Nouvelle Aquitaine est de 89% d'occupation.

## 3. Les patients accueillis

Les patients sont d'univers différents. Les LHSS sont destinés comme les textes l'indiquent aux personnes ne disposant pas de domicile et dont la pathologie ou l'état de santé général nécessite une mise à l'abri pour recevoir des soins autres qu'hospitaliers.

### a. *Caractéristiques des patients*

#### - Age

Il s'agit de patients relativement jeunes, 88% ont moins de 65 ans et 54 % ont moins de 45 ans (moyennes des classes d'âge des patients calculées avec les données des rapports d'activité de 7 centres).

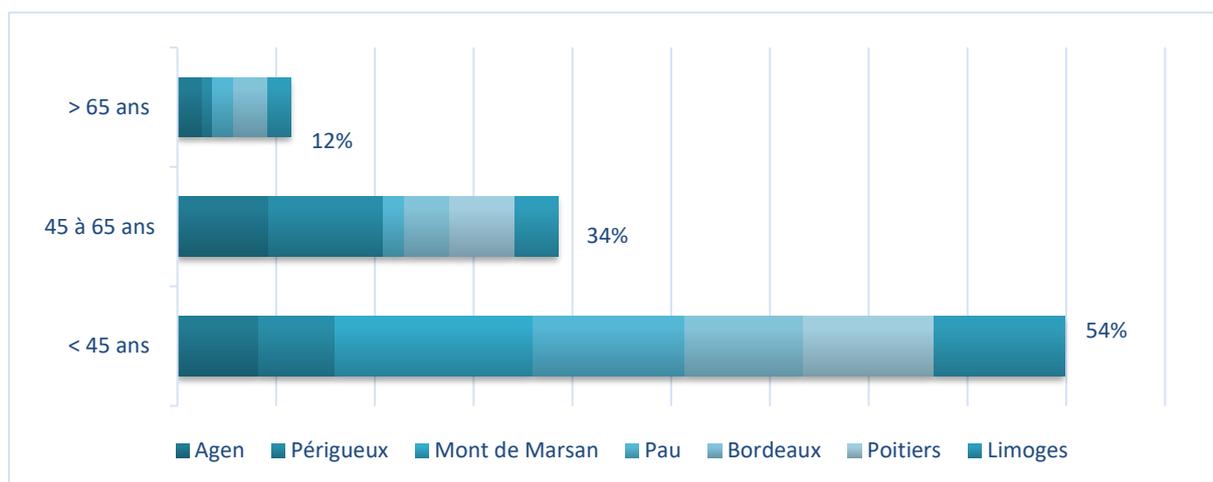


Figure 6 : Les âges des patients (proportions par catégorie sur 7 centres)

- Sexe

Il s'agit pour la plupart d'homme, à 86,3% en moyenne, sur les 6 centres qui ont mentionné les rapports homme/femme. Mais la population féminine augmente ces dernières années.

- Situation familiale

Deux centres ont précisé leur situation familiale (Périgieux et Bordeaux). 22% sont en couple à leur entrée.

- Nationalité

Quatre centres précisent leurs nationalités. Il existe une disparité de répartition entre étrangers et français selon les villes et leur contexte socio-économique. Par exemple, La Rochelle reçoit 78% de patients français alors que Limoges en reçoit moins de 20%. Les grosses villes reçoivent plus d'étrangers.

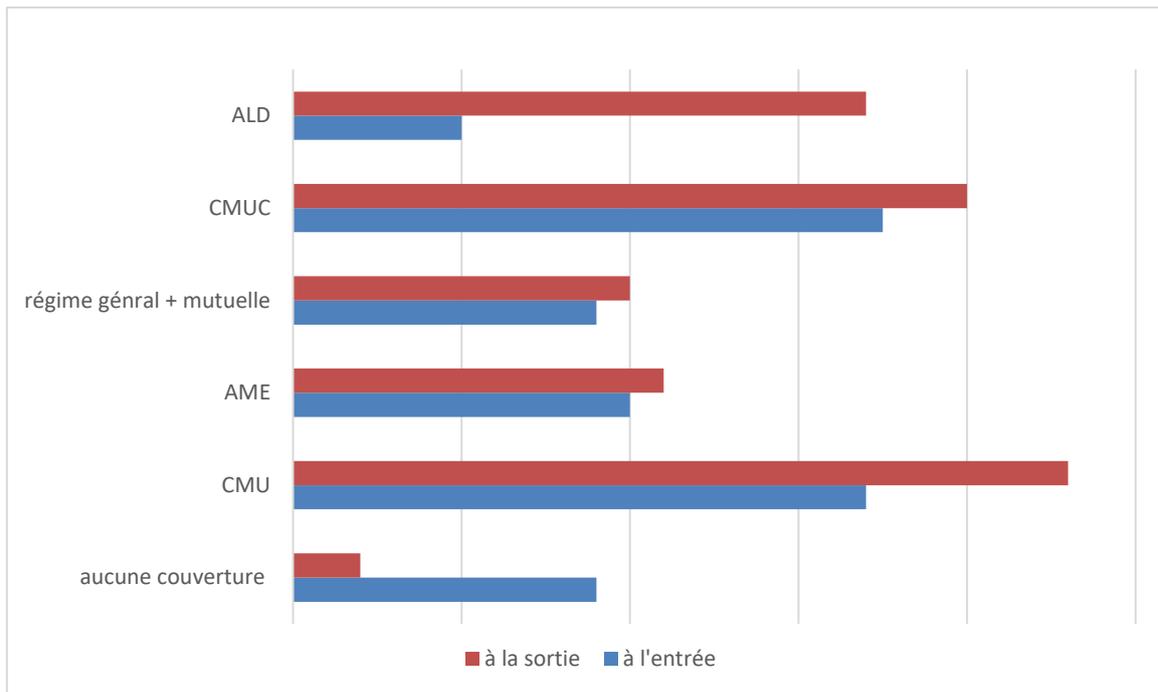
Nationalité		Agen	Périgieux	Bordeaux	Limoges	La rochelle
Française		40%	62%	28%	20%	78%
Etrangère	UE	20%	38%	8%	80%	9%
	Hors UE	40%		65%		13%

Tableau 4 : Nationalité des patients accueillis aux LHSS

**b. Situations vis-à-vis des soins à l'entrée versus à la sortie**

- Couverture sociale

Une des missions fondamentales des travailleurs sociaux des LHSS est l'ouverture de droits. On voit à travers le schéma ci-dessous représentant la moyenne des couvertures sociales (renseignées par 3 centres : Agen, Périgieux et Bordeaux), que l'objectif d'augmenter le nombre de couvertures sociales est atteint. Le séjour au LHSS est également l'occasion de faire le point sur leur pathologie et de faire les demandes d'ALD si nécessaire.



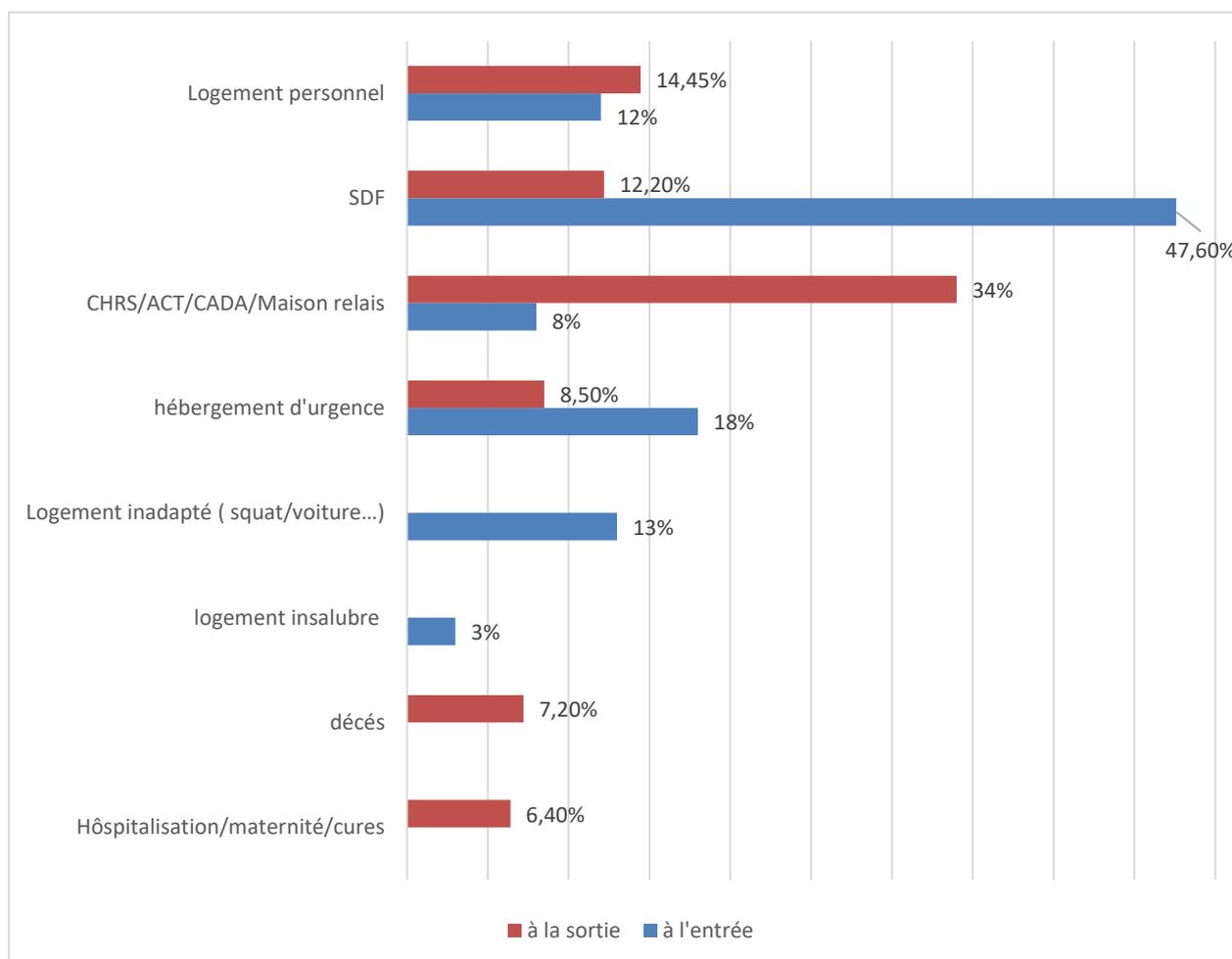
*Figure 7 : Comparaison de la couverture sociale à l'entrée versus à la sortie*

- Médecin traitant

Le rapport de Périgueux précisait que 62% des patients n'avaient pas de médecin traitant. Cela n'est pas précisé dans les autres rapports. Ce qui est dommage car c'est une donnée importante qui montre à quel point la population en grande précarité est loin d'une prise en charge médicale correcte.

***c. Situations sociales à l'entrée versus à la sortie***

- Lieux de vie à l'entrée versus à la sortie



*Figure 8 : Les situations sociales à l'entrée et à la sortie des LHSS (moyennes calculées d'après les chiffres donnés par 8 centres)*

La majorité des patients reçus n'a pas de logement ou un logement inadapté tel qu'une voiture ou un squat. Certains sont en hébergement d'urgence.

On voit que grâce au travail des travailleurs sociaux, plus d'un tiers des personnes sans logement ne retournera pas à la rue. Mais, il y a encore 12 % d'entre elles qui retournent à la rue sans solution sociale. Ce n'est pas satisfaisant même si pour certains, c'est un choix. Pour les migrants, souvent aucune solution d'hébergement n'est possible.

Par ailleurs on note sur ce graphique que 7% des sorties sont des décès, un chiffre qui paraît relativement élevé pour une structure de soin n'étant pas initialement conçue pour des fins de vie.

- Suivi social et démarches administratives

Le rapport d'activité de Périgueux précise par ailleurs que 62% des patients accueillis ont une faible autonomie face aux démarches administratives et que 33% d'entre eux n'avaient aucun suivi social en amont.

- Situation professionnelle

88% des patients sont sans emploi selon les chiffres des rapports de Périgueux, Bordeaux et La Rochelle.

- Ressources à l'entrée

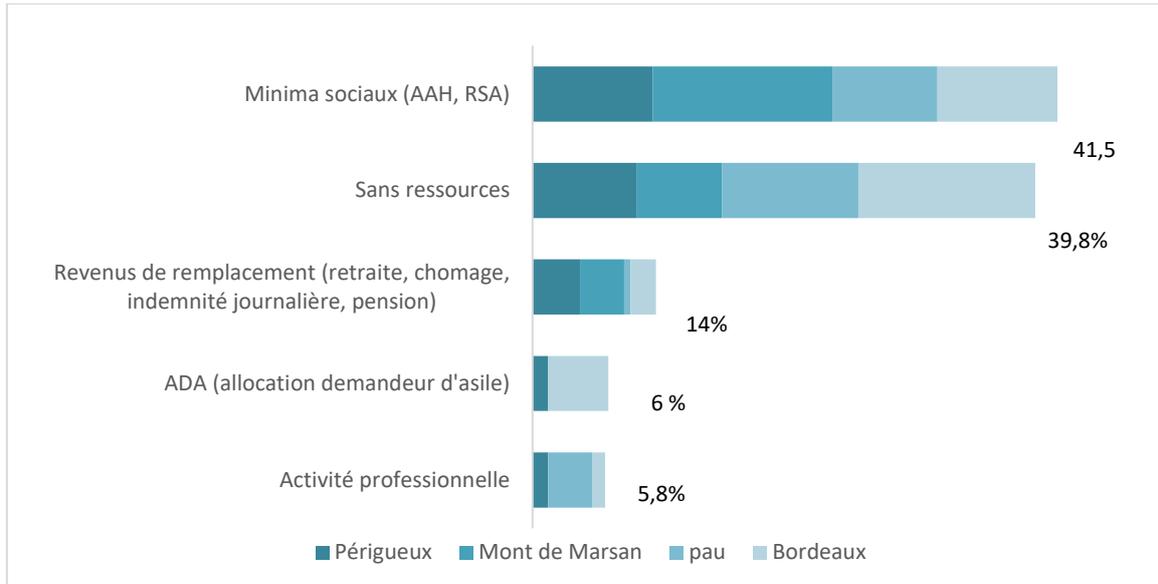
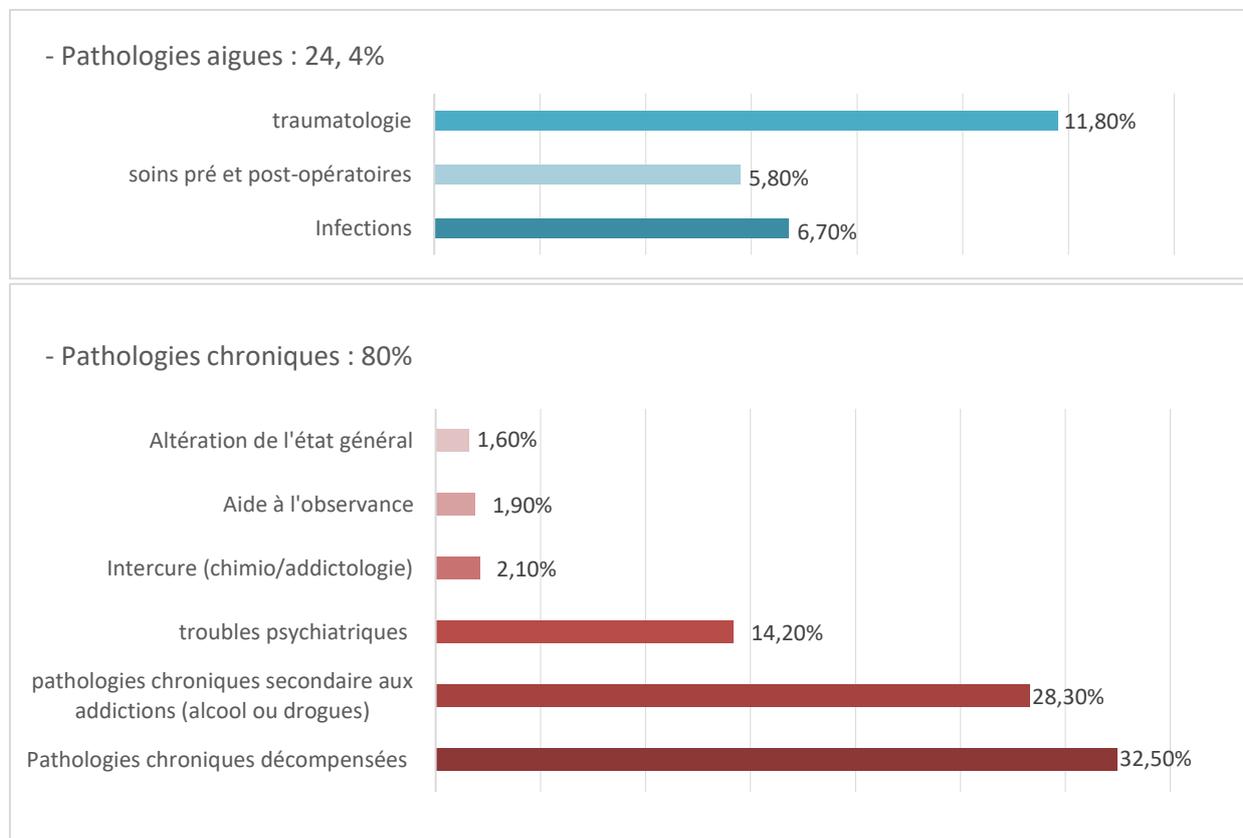
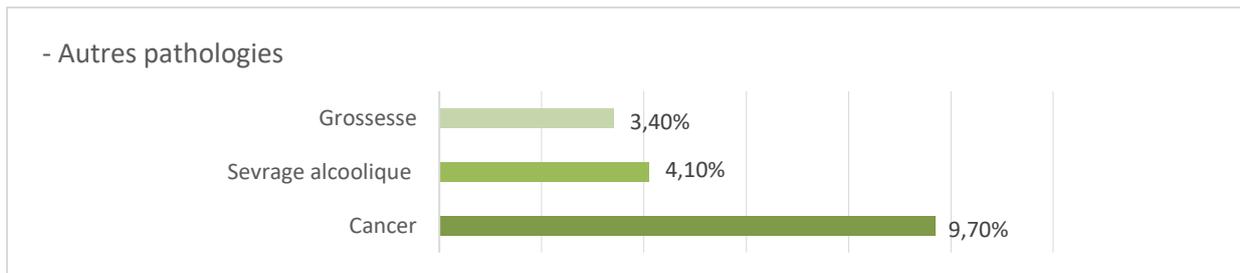


Figure 9 : Les ressources des patients à leur entrée (en moyenne sur 4 centres)

Près de 40% des patients sont sans ressources à leur entrée aux LHSS. Le rôle des travailleurs sociaux sera de faire valoir leur droit pour obtenir une ressource pour tous ceux qui pourraient en bénéficier.

**d. Les pathologies prises en charge**





*Figure 10 : Les pathologies des patients accueillis en LHSS (moyennes calculées sur 8 centres)*

*La classification des pathologies n'est pas toujours la même en fonction des centres, ce qui rend la comparaison complexe. La grossesse n'étant pas une pathologie à proprement parler, la plupart des centres ne l'ont pas mentionné donc elle est sûrement sous-estimée.*

Les LHSS initialement fondés pour accueillir les gens de la rue présentant un problème aigu de santé accueillent, en réalité, surtout des pathologies chroniques souvent secondaires à une addiction (cirrhose, HTA, diabète, cancers...), liée à leur mode de vie.

Cette forte présence de pathologies chroniques, nécessitant un temps long pour adapter un traitement ou suivre une chimiothérapie, explique en partie l'allongement des durées de séjours par rapport à ce que le texte de loi programme (2 mois renouvelables).

## **4. L'activité des LHSS**

### ***a. Les soins***

#### **- La présence infirmière**

Le fonctionnement varie en fonction des centres puisque certains font appel uniquement à des infirmiers libéraux, d'autres ont des infirmiers attitrés, salariés de la structure.

Dans son rapport, le LHSS de Périgueux recense 87 actes par lit en moyenne sur l'année (pansements, prises de sang, injections, surveillances...).

Dans le rapport de Pau, il est précisé que 26% des patients nécessitent une aide à la toilette.

#### **- Le passage d'un médecin coordinateur**

La fréquence de son passage diffère selon les équipes, de 2 fois par semaine à une présence quotidienne. Les patients doivent avoir un médecin traitant. Le médecin du LHSS coordonne les soins et fait les prescriptions nécessaires lors du séjour. En général, il n'effectue pas le suivi à la sortie. Leur organisation n'est pas similaire partout mais ils donnent tous un accord pour les entrées et les sorties, font des consultations ou visites à plusieurs reprises pendant un séjour au LHSS.

Ses missions :

- Élaborer et mettre en œuvre le projet de soins,
- Organiser l'intervention de l'équipe soignante autour du projet de soins,
- Assurer un suivi médical (bilans de santé, examens, vaccinations...), en lien avec le médecin traitant,
- Favoriser l'éducation sanitaire et thérapeutique (prévention, addiction...),

- Organiser les orientations médicales et/ou paramédicales nécessaires en cours et en fin de prise en charge.
- La coordination thérapeutique

Elle est en général gérée par les infirmiers et les médecins.

- La présence d'un psychologue

Le psychologue intervient pour les patients par des entretiens individuels mais également pour soutenir l'équipe devant des situations difficiles, notamment face aux fins de vies comme le précise Agen par exemple. Il peut participer aux commissions d'admission pour donner son avis sur la possibilité de vivre en collectivité en fonction des personnalités des patients. Il peut guider également l'équipe dans la gestion d'un patient difficile.

Selon le psychologue de Bayonne, « *L'accueil de cette parole aide le patient à supporter les douleurs du corps et soutenir la personne dans son engagement thérapeutique et d'acceptation de la maladie et de ses conséquences.* ». « *Ces rendez-vous deviennent un repère et un moment où ils prennent également soin d'eux.* »

- La sollicitation de l'HAD (Hospitalisation à Domicile)

Certaines équipes ont sollicité l'HAD (pour 10% de leurs patients à Périgueux par exemple).

Par ailleurs, certaines équipes font appel à l'équipe mobile de soins palliatifs

- Amélioration des conditions d'hygiène et d'alimentation

Le fait d'avoir un logement permet souvent aux résidents de prendre le temps de s'occuper d'eux de leur santé mais aussi de leur hygiène et de leur alimentation.

Ainsi, l'équipe de Périgueux a relevé que seulement 5% des résidents avaient un état d'hygiène dégradé alors qu'ils étaient 24% à leur arrivée. Sur le plan nutritionnel, 85% avaient un bon niveau d'alimentation à la sortie contre 62% à leur entrée.

- Situation vis-à-vis du projet de soin

Il est difficile d'évaluer l'efficacité des actions de soins sur une personne. Quelques critères tels que l'atteinte d'objectif de soin, l'observance et l'adhésion au soin permettent de donner une vision du bénéfice des LHSS sur une personne.

A Périgueux, l'équipe a détaillé ces critères :

- 75 % des patients avaient une bonne atteinte des objectifs de soin
- Seuls 10 % n'adhère pas au traitement en fin de séjour
- 71 % ont un état de santé stabilisé en fin de séjour
- 62% ont une bonne observance du traitement en fin de séjour.

Ces chiffres semblent plutôt bons par rapport à l'état de santé de cette population précaire.

### ***b. L'accompagnement social***

- Rôle des travailleurs sociaux

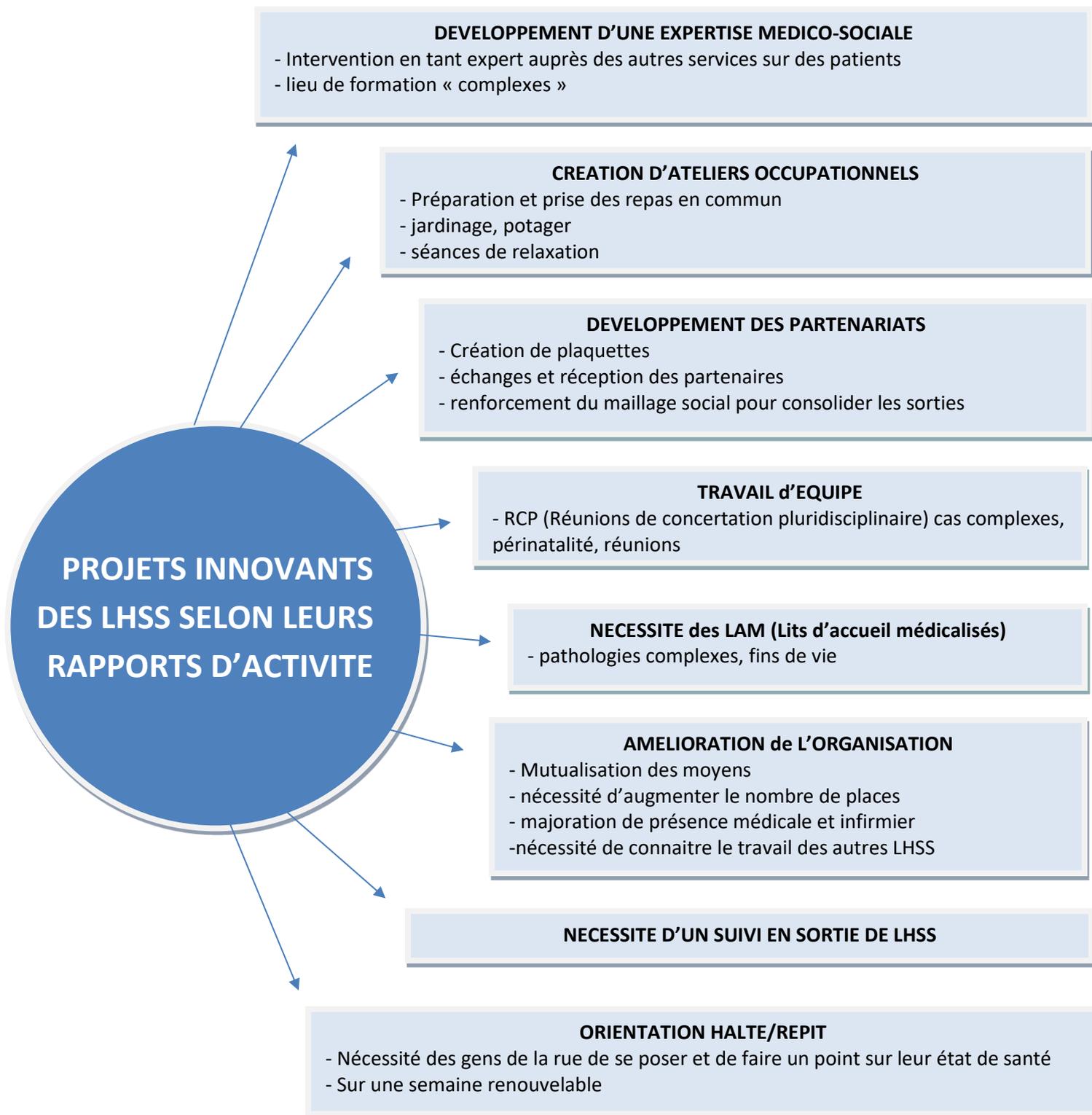
Il reçoit toutes les personnes accueillies aux LHSS en « premier accueil » pour les informer sur leurs droits et perspectives. L'objectif est d'établir un besoin et de les orienter vers une solution.

- Missions des travailleurs sociaux :
  - Ouvrir les droits vis-à-vis de la santé et vis-à-vis des ressources financières des personnes. Aider aux démarches administratives.
  - Trouver des solutions d'hébergement en sortie.
  - Réaliser un suivi et créer un lien social entre des personnes marginalisées et fragilisées et des travailleurs du secteur sanitaire et social. « *Cette remise en lien est fondamentale car le temps de passage sur les LHSS n'est souvent qu'une étape : le référencement externe social et médical est un objectif des LHSS.* » (Bordeaux). Beaucoup de résidents n'ont pas eu de contact avec un travailleur social auparavant.

## 5. Les projets innovants

Les rapports d'activités ont montré des axes d'innovation qui ont permis d'élaborer les trames des entretiens.

Le schéma suivant représente les principales catégories de pratiques innovantes.



*Figure 11 : Les principaux projets innovants repérés dans les rapports d'activité*

### ***a. Nécessité d'ouvrir des LAM (Lits d'Accueil Médicalisés)***

Les LAM sont définis par le décret de loi [19] comme « des structures qui accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. »

Plusieurs centres ont fait des demandes de places de LAM : Pau, Périgueux, Bordeaux, Limoges, La Rochelle.

Nombreux sont les LHSS qui sont déjà confrontés à ces patients difficiles au sein de leur établissement, avec souvent des fins de vies dures à vivre pour l'équipe. Ils les gèrent comme ils le peuvent mais le dispositif de LAM sera beaucoup plus adapté.

### ***b. Développement du partenariat***

Au terme de 10 ans d'expérience, chaque LHSS a pris une place importante dans son département dans le secteur médico-social. Ce sont des petites structures qui disposent de peu de lits et les listes d'attente sont parfois importantes.

Tous mentionnent l'importance d'entretenir une bonne relation avec les partenaires sociaux et médicaux. Certains ont réalisé des plaquettes d'information pour mieux expliquer le fonctionnement et leur objectif. Certains font des réunions ou accueillent au sein de la structure leurs partenaires.

### ***c. Nécessité d'un suivi en sortie de LHSS***

Il est souvent noté que les patients qui sortent des LHSS doivent avoir un suivi et un soutien pour se maintenir dans un logement par exemple ou poursuivre les démarches administratives débutées qui prennent souvent plusieurs mois et dépassent la durée de séjour au sein des LHSS. Il n'y a pour l'instant aucun suivi institutionnalisé. Durant leur séjour, les travailleurs sociaux orientent vers le droit commun pour que les personnes aient un référent fixe mais lorsqu'ils sortent toutes ces démarches peuvent être difficiles à maintenir sans le soutien des professionnels.

Ce qui est vrai pour les démarches sociales l'est tout autant pour les démarches médicales.

Ainsi, l'équipe de Limoges réfléchit à fonder un service de suite et de coordination médico-sociale de courte durée pour les personnes sortant des LHSS. Cela leur permettrait d'avoir un lieu intermédiaire avant d'être à nouveau seul.

Cela pourrait aussi se faire pour les activités occupationnelles proposées par les LHSS. Les personnes étant sorties des LHSS pourront ainsi garder ce relationnel et continuer à créer du lien.

### ***d. Création d'ateliers motivationnels***

Beaucoup d'équipes ont créé des ateliers pour occuper les patients.

Ces patients sont souvent isolés et en manque de lien social. Les réunir autour d'une activité permet de leur faire oublier leur maladie, « amoindrir leurs fragilités psychiques et rompre l'isolement » (Limoges).

Plusieurs centres créent des moments autour des repas :

- Repas à thème, sortie au restaurant à Agen
- Préparation du repas avec les éducateurs le dimanche à Périgueux
- Atelier cuisine à Limoges et à Pau
- Repas à thème et moment de vie collectif autour de la cuisine partagés avec les résidents et les professionnels à Bordeaux.

Cela permet aussi d'améliorer leur alimentation et redonner de l'estime de soi. Ceux sont des moments de joie et de partage qui sont appréciés des résidents.

Plusieurs centres (Périgueux, Bordeaux, Limoges) créent des groupes de paroles pour faire participer les usagers à la vie institutionnelle.

Certains proposent du jardinage thérapeutique qui permet de revaloriser une personne et parfois améliorer son alimentation (Agen, Limoges, Bordeaux, La Rochelle).

D'autres proposent des ateliers de relaxation (La Rochelle), d'art (Agen), de français (Limoges), de marche, ainsi que des sorties plage, cinéma, restaurant (Pau, Périgueux, Agen, Bordeaux).

### *e. Amélioration de l'organisation*

- Projets d'augmenter le nombre de places

Beaucoup de centres mentionnent dans leur rapport le manque de places qui induit un refus important de personnes qui n'ont souvent pas d'autres solutions. Cela est mentionné dans 5 des 9 rapports.

- Mutualisation des moyens :

Les LHSS sont regroupés avec d'autres structures sociales ou médico-sociales dans un même bâtiment : CAU (Centre d'accueil d'urgence), CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale), ACT (Appartement de coordination thérapeutique)...

Ils mutualisent ainsi les moyens entre ces structures, notamment pour les veilleurs de nuits, ce qui diminue leur coût.

- Réunions d'équipe réalisées régulièrement pour rediscuter du parcours social et médical des patients.
- Développement de RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) « cas complexes »

Cela est fait de manière institutionnalisée à Bordeaux avec le CHU et déclenché au besoin dans les autres centres tels que Agen, Bayonne, Périgueux, La Rochelle.

Elles permettent aux acteurs sociaux et médicaux qui gravitent autour du patient de se mettre d'accord pour qu'un projet de soin soit envisageable et proposer des solutions adéquates aux situations parfois ultra-complexes avec des problématiques multiples (sociales, financières, administratives, psychologiques, culturelles, sanitaires, médicales...).

- Développement de RCP périnatalité

Elles sont faites à Bordeaux devant un nombre important de femmes enceintes à la rue avec une nécessité de logement pour permettre à l'enfant d'avoir des conditions de vie humaines.

- Majoration de la présence médicale

A Bordeaux, un poste de SASPAS avait permis d'ouvrir des plages de consultations.

Certains centres ont majoré les horaires de présence infirmière avec l'augmentation des places.

### ***f. Développement d'une expertise médico-sociale***

A force de côtoyer ce public ultra complexe, les acteurs des LHSS ont développé des connaissances larges s'adaptant à des publics d'horizons très différents : migrants, demandeurs d'asile, gens de la rue, vagabonds... Ainsi que des pathologies diverses : addictologie, traumatologie, pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, BPCO) ...

Dans leur rapport, Bordeaux souligne qu'il serait intéressant de développer une équipe qui serait disponible pour répondre aux questionnements et aider leur partenaire devant ce type de situation.

En fait cela se fait déjà de manière informelle dans beaucoup de centres.

### ***g. Participation à des formations***

Les LHSS sont souvent un lieu de formation et de passages de stagiaires médicaux, infirmiers ou sociaux. Ils sont une source de connaissances de professionnels expérimentés auprès de personnes précaires peu accessibles par ailleurs.

C'est un lieu où le médical peut se former au social et vice versa.

Les LHSS ont permis plusieurs travaux de thèses et de mémoires. Ils participent ainsi au réseau de recherche.

Pour les professionnels, ils sont aussi un lieu de développement de connaissances. Beaucoup se forment à la gestion de pathologies difficiles, à la fin de vie...

Certains réalisent des séances d'analyse de pratique pour créer des échanges autour de cas difficiles.

### ***h. Nécessité de partager entre les LHSS***

Beaucoup remarquent le manque de communication entre les LHSS de Nouvelle Aquitaine.

Il n'y a pas de rencontre officielle.

Il manque notamment un référentiel commun d'évaluation pour comparer les besoins de chacun, connaître leurs différences, leur projets innovants. Cela permettrait d'élargir la vision de chacun et de se questionner sur le fonctionnement.

Périgueux avait fait la demande d'un référentiel commun à l'ARS qui est resté sans réponse. Ils ont réalisé une démarche d'évaluation interne qui a abouti à des fiches d'action à mener pour l'année suivante.

### ***i. Développement d'une orientation Halte/ Répît***

L'équipe de Limoges a mis en place un projet pour « accueillir sur de courtes durées pour des personnes extrêmement fragilisées ressentant la nécessité de « se poser » et de faire un point sur

leur état de santé. L'entrée se fait en lien avec un état de santé psychique ou physique précaire nécessitant un temps de repos, d'évaluation voire de traitement médical. La durée de séjour est d'une semaine, renouvelable.

Cette manière d'appréhender la mission des LHSS est en expérimentation.

Les premiers retours des partenaires et des résidents sont positifs. La possibilité de se reposer, de se renforcer, de rompre l'isolement et d'éventuellement de définir des perspectives aussi bien médicales que sociales permet d'affronter un possible retour à la rue avec plus de force et parfois d'espoir ».

Ce projet a pu être réalisé devant un taux d'occupation un peu inférieur aux autres centres.

## B. Analyse qualitative des entretiens avec les acteurs des LHSS pour repérer les pratiques innovantes qui améliorent la santé des patients en grande précarité

Le schéma suivant retrace les étapes de l'étude.

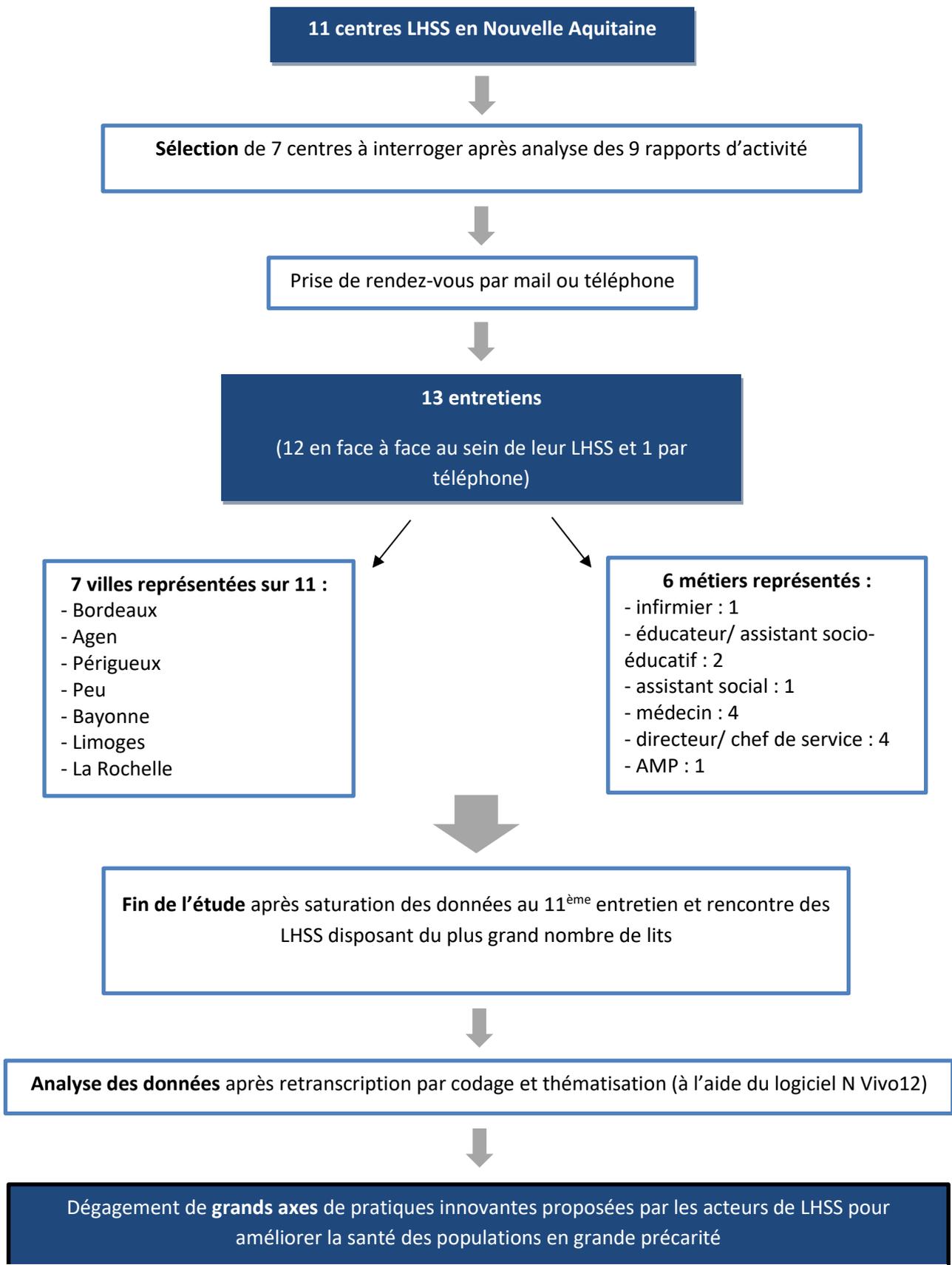


Figure 12 : Les étapes de l'analyse qualitative

## **RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS**

### **Les pratiques innovantes améliorant la santé des populations :**

- Les LHSS sont une innovation dont le bilan est positif
- Les acteurs des LHSS sont des experts de la gestion des populations précaires
- Les LHSS ont une place importante sur le territoire médico-social
- Les LHSS ont permis la création de support au patient améliorant la qualité de vie
- Les LHSS sont un lieu propice pour faire de l'éducation à la santé et à la prévention
- Les LHSS favorisent l'accès au système de santé
- Nécessité d'augmenter leurs moyens
- Nécessité d'aller plus loin : la création des Lits d'Accueil Médicalisés

## **1. Les personnes interrogées**

### *a. Des profils variés*

Comme le montre le Tableau 2 : Description des professionnels des LHSS interrogés en 2018, les personnes interrogées sont de formations différentes. Le but était d'avoir le point de vu de toutes les personnes qui côtoyaient cette population précaire et pas seulement un avis purement médical pour avoir une vision plus large de ce qui pourrait améliorer la santé de cette population précaire.

Au total, je me suis entretenue avec 13 personnes venant de 7 villes différentes et de 6 corps de métier avec toute une expérience de plus d'un an dans les LHSS.

### *b. Choix des centres à interroger*

Je me suis focalisée dans un premier temps sur les LHSS disposant le plus de places et dont les rapports d'activité relevaient des projets innovants à questionner.

J'ai choisi de ne pas interroger Mont de Marsan car il s'agissait d'une petite structure de 2 places seulement, en difficulté à l'époque où je les ai contactés du fait de l'absence de médecin coordinateur. De même pour Poitiers du fait de sa petite taille et d'une récente restructuration.

Niort a refusé.

Angoulême n'était pas encore ouvert lorsque j'ai débuté mes recherches, il n'existe que depuis 2018.

### *c. Fin de l'étude*

J'ai arrêté les entretiens après une saturation des données au 11<sup>ème</sup> entretien qui s'est confirmé au 13<sup>ème</sup>. De plus, j'avais interrogé les principaux centres sélectionnés.

## **2. Le bilan des LHSS fait par les professionnels qui y travaillent**

Le logiciel N Vivo 12 a permis de recenser les mots les plus fréquemment utilisés sur les 13 entretiens en réponses à la question « Quel bilan faites-vous des LHSS au terme de 10 ans d'expérience ? ».

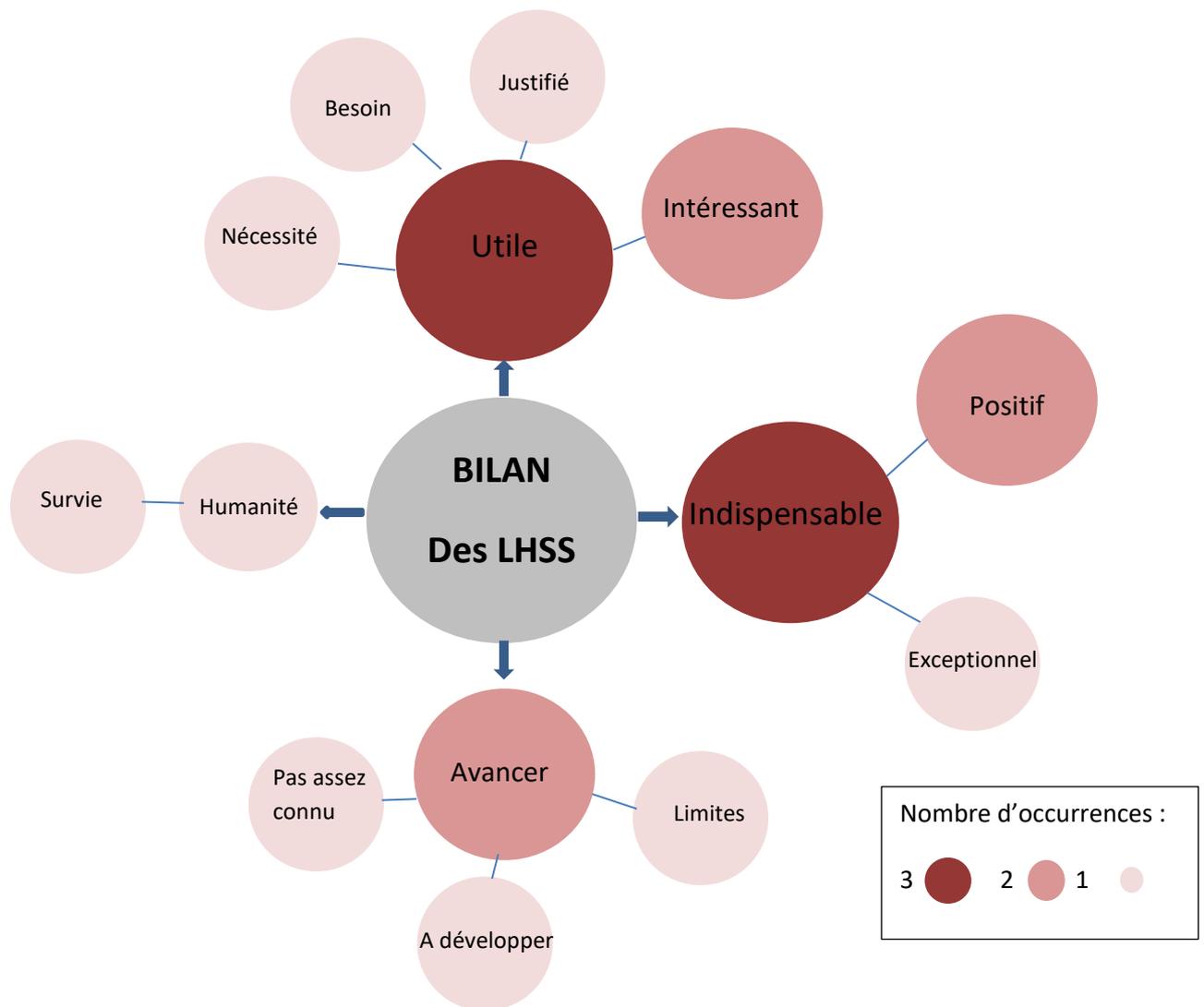


Figure 13 : Nuage de mots en réponse au bilan des LHSS (occurrences des mots dans les entretiens)

### a. Une utilité indiscutable

Toutes les personnes interrogées soulignent l'importance de la place des LHSS dans la vie de ces patients. Leur utilité semble indiscutable.

- « C'est un service rendu aux gens exceptionnel. L'utilité est indiscutable. » (9)
- « Les personnes malades dans la rue sont faces à nous, c'est une question d'humanité. » (4)
- « Ça répond à un besoin, c'est une étape très utile. Personne ne s'occuperait de ces gens-là. » (2)

### b. Les Arguments de son utilité

Ils sont multiples :

- **Santé psychique améliorée**

Ils permettent un apaisement de la personne. « Le séjour au LHSS leur permet de sécuriser le moment présent, voir envisager l'avenir » (12)

- **Amélioration de la santé physique et de la survie**

C'est un lieu unique de certains types de soin pour ces populations qui seraient renvoyées à la rue sans l'existence de ces structures.

*« On se demande comment les personnes qu'on reçoit auraient survécu sans cette structure. C'est une question de survie d'une tranche de la population. » (9)*

*« On économise des souffrances, des accidents aux personnes et leur passage aux urgences. » (4)*

- Economiquement fonctionnel

*« C'est viable sur le plan économique. » (4)*

Les LHSS se portent globalement bien financièrement, leur fonctionnement est souvent assuré par la mutualisation de plusieurs structures qui permettent de ne pas multiplier les professionnels.

- Diminution de la charge de travail pour les autres professionnels de santé

On sait que ces patients en grande précarité nécessitent toujours un temps important de prises en charge car ils imposent une réflexion pluridisciplinaire en prenant en compte leur mode de vie, leur culture, leur condition administrative...

*« On diminue l'épuisement des professionnels de santé vis-à-vis de ces populations et leur passage aux urgences. » (4).*

Les LHSS évitent des allers retours aux urgences pour ces patients.

Cela est bénéfique à la fois pour le patient à qui on enlève le stress d'un passage aux urgences, économiquement car les problèmes de santé sont résolus avant qu'ils dégénèrent, et pour les professionnels de santé qui sont souvent en difficulté face à ces patients complexes.

Mais ils ne sont pas parfaits. Il y a des améliorations à faire, notamment en termes de nombre de places, de présence soignante et de places sur le territoire médico-social.

- *« Le but est de ne pas se reposer sur ce que l'on a mais toujours avancer. » (4)*
- *« Pas assez connus » (13)*
- *« Concept intéressant mais à développer. » (1)*

### c. Codage thématique du bilan des LHSS

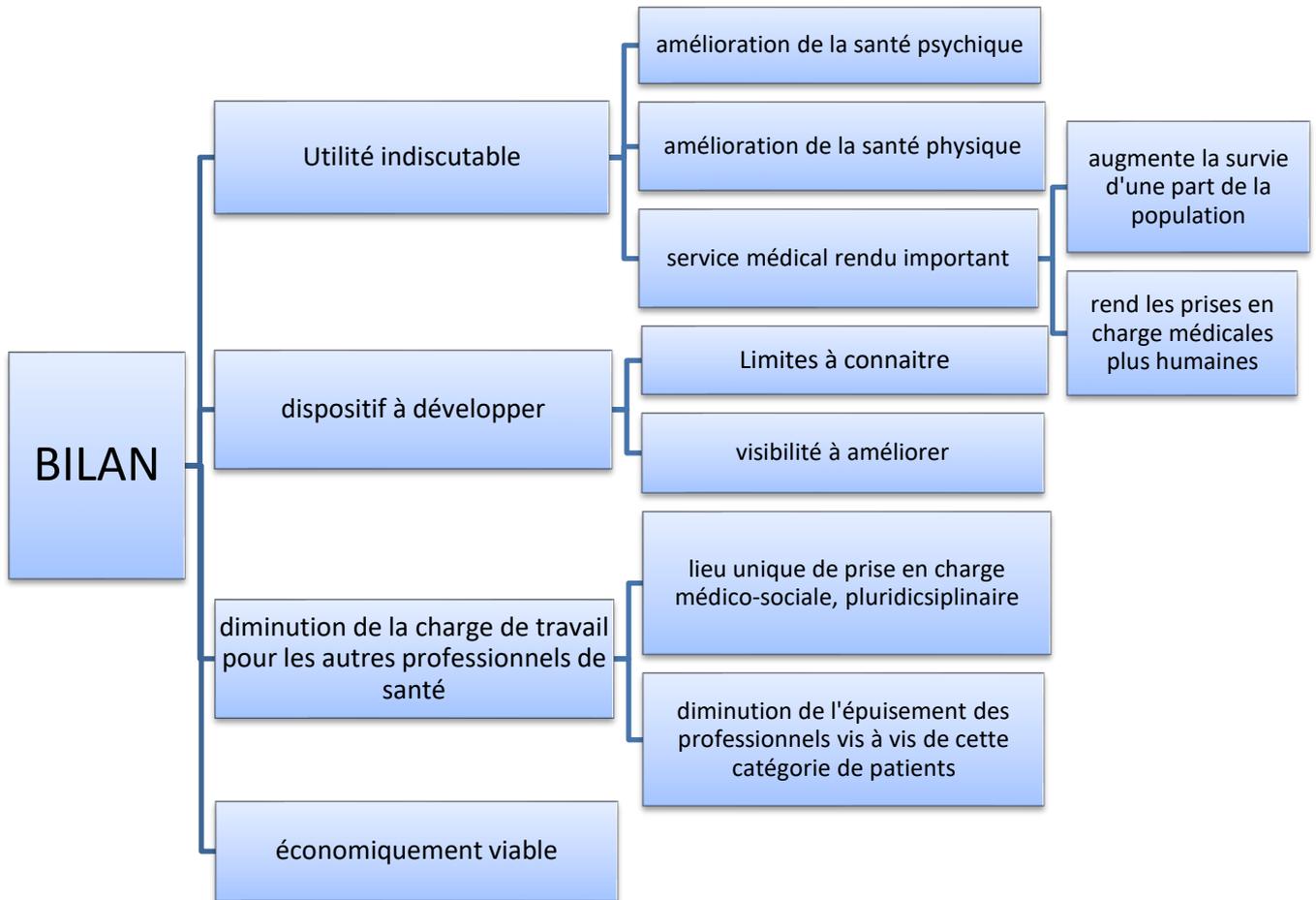


Figure 14 : Organigramme représentant les principaux thèmes ressortis dans le bilan des LHSS

## 3. Les LHSS sont devenus des experts dans la gestion de patients précaires

### a. Les difficultés rencontrées avec les patients en grande précarité

#### i. Difficultés liées au type de patients

Lors des entretiens, la plupart des professionnels m'ont spontanément parlé de difficultés à travailler avec certains types de patients. Cinq grandes catégories sont ressorties comme le montre ce tableau.

	Les femmes enceintes	La gestion des fins de vies	Les addictions	Les migrants	Les problèmes psychiatriques
Total de présence d'encodage	4	10	11	11	8

*Tableau 5 : Nombre de présences d'encodage parmi les 13 entretiens au sujet des patients difficiles gérés dans les LHSS (logiciel N Vivo 12)*

- **Les femmes enceintes à la rue**

Quatre centres ont évoqué leurs difficultés pour trouver une solution d'hébergement à la sortie.

Les grossesses à la rue sont évidemment des grossesses à risques pour beaucoup de raison : insécurité de la maman, risque de consommation de toxiques, de traumatisme, de maladies sexuellement transmissibles, de mal nutrition, d'infection plus élevé.

Ainsi des RCP périnatalité (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) ont été créées à Bordeaux pour coordonner les partenaires médicaux et sociaux (foyer de jeunes mères, maternité, sages-femmes, travailleurs sociaux...) afin de suivre la grossesse de manière sérieuse et de trouver une solution humaine pour l'arrivée de l'enfant.

- **La gestion des fins de vie au sein des LHSS**

Dix des 13 centres évoquent cette difficulté.

Beaucoup évoquent que les LHSS n'ont pas vocation à gérer les fins de vie pour plusieurs raisons :

- L'absence de personnel soignant la nuit et les week-ends. Dans la plupart des LHSS, il y a un veilleur de nuit qui n'a pas de formation médicale.
- L'absence de formation des travailleurs sociaux à la gestion des fins de vies qui requièrent des soins et un savoir de soignants qu'ils ne peuvent pas assurer.
- Difficulté à faire hospitaliser une personne sortie de l'hôpital une fois rentrée aux LHSS.
- Manque de moyens humains mais aussi matériels, certains n'ont pas la possibilité de mettre des lits médicalisés par exemple.

*« La structure n'est pas adaptée. Difficile à gérer pour l'équipe sociale. » (8)*

Mais ils sont souvent obligés de prendre en charge ces personnes car il n'y a pas forcément d'autres solutions envisageables.

*« On fait au cas par cas. On ne peut pas laisser ces gens dans la rue. Il n'y a souvent personne d'autre que nous pour les prendre en charge. » (7)*

*« On a fait le choix de les accompagner mais jusqu'où on va ? Ce n'est pas toujours satisfaisant surtout pour le personnel. On n'a ni la structure ni le personnel pour faire des soins palliatifs. » (9)*

*« On est un établissement social avec une formation sociale, on n'est pas formé pour gérer ça. » (10)*

Certain ont pu faire appel à l'HAD ou à des équipes mobiles de soins palliatifs qui ont pu faciliter les prises en charges avec l'avis de soignants experts. Mais les LAM semblent être la solution future pour ce type de patient.

« On a essayé de travailler avec l'équipe mobile de soins palliatifs mais elle se détache difficilement de l'hôpital. » (6)

« Les fins de vie sont difficiles à gérer pour l'équipe, on n'est pas un service hospitalier » (5)

« A priori, ce n'était pas dans le projet des LHSS, ce sera plus l'objectif des LAM. On gardera ce lien avec l'HAD pour gérer. » (2)

En attendant un bon maillage des LAM sur le territoire, les équipes gèreront au cas par cas en faisant le plus d'efforts possibles. L'équipe de Bordeaux par exemple a participé à des formations dans ce domaine pour mieux les appréhender. A Agen, ils ont fait appel à la psychologue pour aider l'équipe face à ces situations.

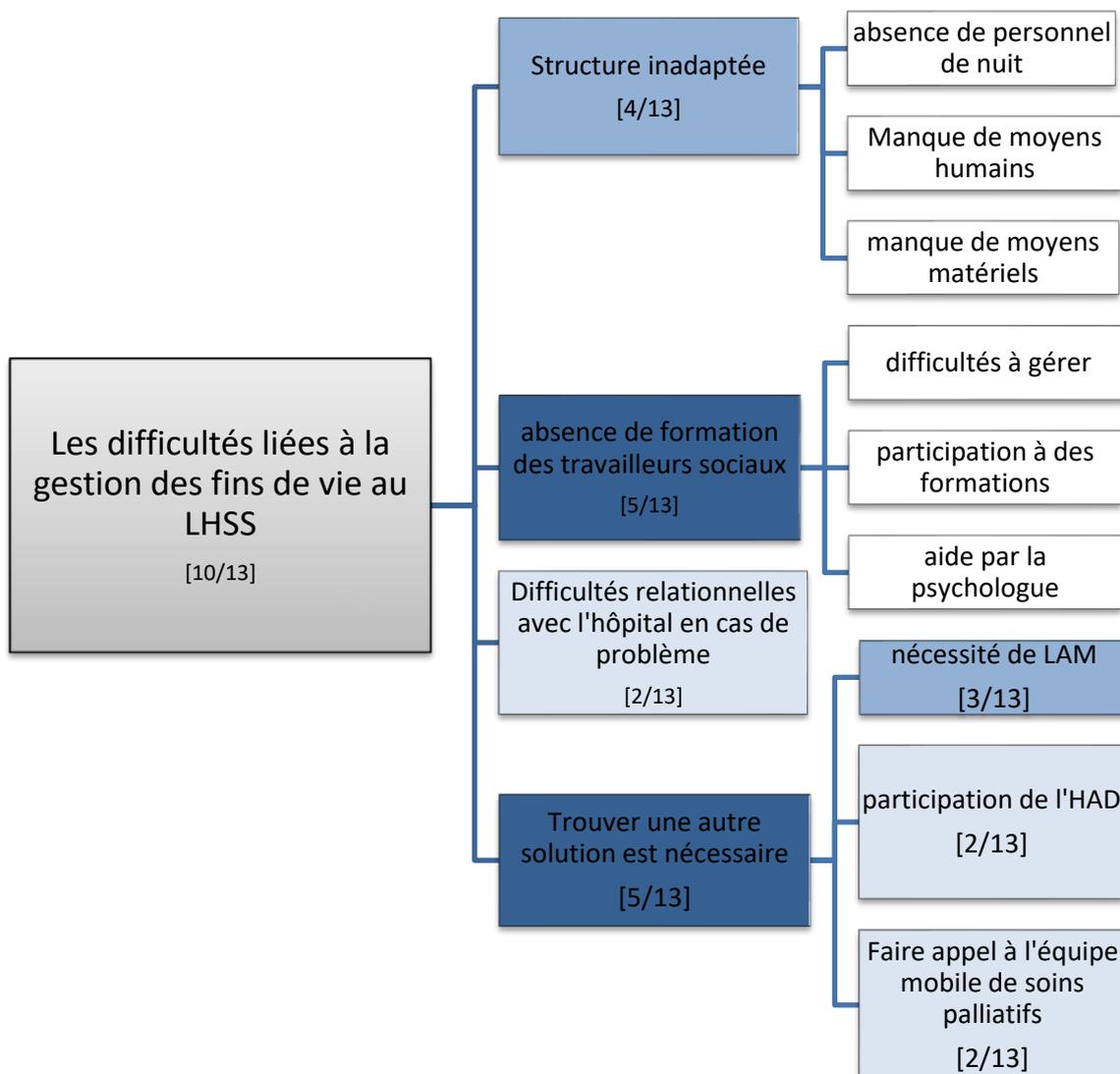


Figure 15 : codage thématique sur les difficultés des acteurs des LHSS à gérer les fins de vie avec la présence d'encodage (nombre d'entretien où ils en parlent)

- **Les problèmes liés aux addictions**

Onze personnes sur 13 évoquent leurs difficultés vis-à-vis des addictions.

Les patients souffrant d'addiction posent souvent des problèmes de comportement et sont difficiles à gérer pour l'équipe car ils essaient toujours de négocier les règles établies.

Face à ces problèmes d'addictologie complexes, des solutions :

- Certaines équipes (4 centres sur 7) choisissent de ne pas faire cohabiter plusieurs résidents ayant des problèmes d'addiction pour « *qu'ils ne s'entraînent pas les uns les autres* » (2).
- Certaines interdisent l'alcool au sein de l'établissement (4 sur 7 centres le précisent). Mais souvent avec une souplesse, ils peuvent s'alcooliser à l'extérieur de l'établissement par exemple. « *On n'est pas là pour réprimander* » (4), « *le cadre est strict mais on tolère beaucoup de choses* » (10).
- Une équipe a choisi de maîtriser l'alcool en le fournissant de manière contrôlée en salle de soin.
- Certains participent à des formations sur l'addictologie (3 centres sur 7).
- Certains se font aider d'équipes mobiles telles qu'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie)

- **Les difficultés sociales liées au statut de migrants**

Onze personnes sur 13 l'évoquent au cours des entretiens. Ils y ont été confrontés de plus en plus ces dernières années (augmentation exprimée par 6/13 personnes).

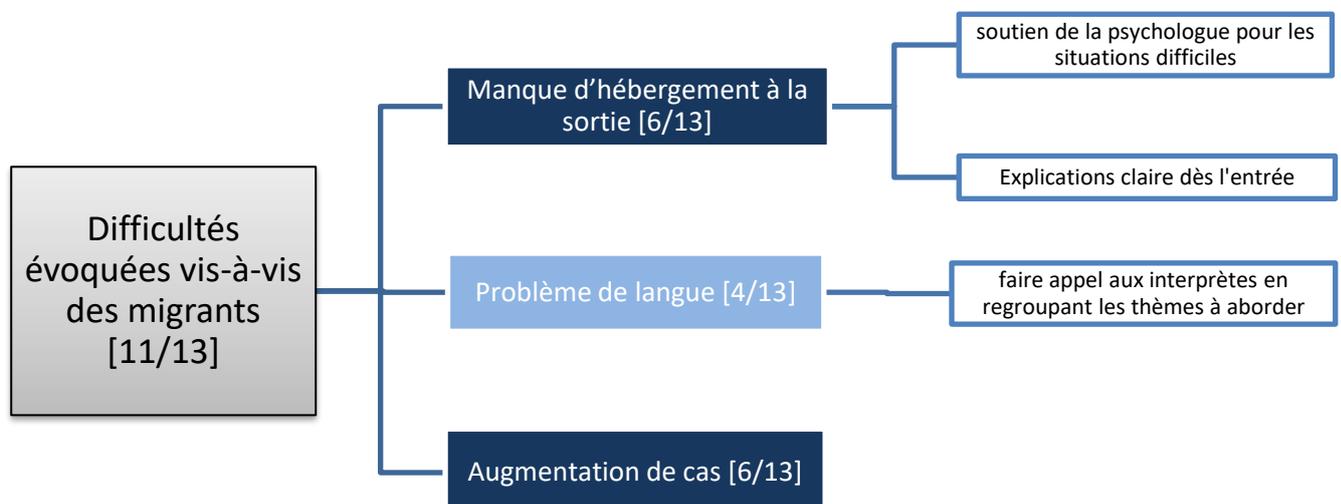


Figure 16 : Les difficultés évoquées vis-à-vis des migrants

Les raisons des difficultés évoquées par les équipes à les prendre en charge :

- « *Manque de solutions d'hébergement à la sortie avec systématiquement un retour à la rue* » (7), évoqué par 6 personnes sur 13.
- Problème de langue, évoqué par 4 personnes.

Les solutions trouvées par les équipes :

- Explication claire par l'équipe au résident sur l'absence de solution d'hébergement dès le début du séjour au LHSS (8)
  - Discussion et travail avec la psychologue pour accepter ces situations difficiles. (8, 10)
  - Faire appel aux interprètes pour régler plusieurs problèmes en même temps : social, médical... (4, 8)
- **La gestion des troubles psychiatriques**

Huit professionnels sur 13 évoquent les difficultés liées aux pathologies psychiatriques.

Les raisons des difficultés évoquées :

- « Difficulté à les gérer » (13), « cela crée des tensions au sein des résidents et entre résidents et professionnels » (12)
- Cas particulier des syndromes de Diogène (8, 5, 1) qui posent des problèmes d'hygiène dans l'établissement et entraînent un conflit entre professionnels et résidents pour faire respecter le règlement.
- « Les troubles du comportement trop importants : on est parfois obligés de les remettre à la rue parce qu'ils mettent en danger les autres résidents. C'est difficile pour les équipes. » (3)
- Certaines équipes ont des difficultés à travailler avec les services de psychiatrie. « Est-ce le rôle des LHSS de pallier au manque de place des hôpitaux psychiatriques ? »

Les solutions :

- Certains ont développé au contraire un bon partenariat avec des psychiatres ou avec l'EMPP (Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité) pour les gérer (4, 6, 2).
- D'autres bénéficient d'un passage d'un infirmier psychiatrique sur les LHSS qui aide sur les prises en charge et la coordination des soins. (11, 1)

#### *ii. L'acceptation des soins est indispensable*

Chez les patients précaires, les problèmes de santé ne sont parfois pas leur préoccupation principale. Leur sécurité, leur alimentation, leur revenu et la gestion d'un lieu pour se poser prennent souvent le dessus par nécessité. Parfois les problèmes d'addiction se rajoutent à cela.

« Pour améliorer la prise en charge de cette population, il faut d'abord qu'ils le veuillent. » (9)

Au LHSS, une des conditions d'entrée est l'acceptation des soins.

« S'ils ne veulent pas se soigner, on préfère garder la place pour quelqu'un de motivé. » (7)

« Ils signent à l'entrée un contrat de soin à respecter. » (9)

#### *iii. Difficultés d'entente entre les résidents*

Elles sont évoquées par tous les acteurs, elles sont souvent une condition à l'admission. Les pathologies d'addiction ou psychiatriques sont souvent au centre de ses problèmes d'entente.

Par ailleurs, « ils sont de milieux, de culture, d'âge et avec des pathologies totalement différentes. Donc parfois la compréhension et l'entente n'est pas évidente » (3).

Tous les centres essaient de favoriser la bonne cohabitation, dans le calme.

*iv. Difficultés d'accès aux patients qui ont des chiens*

Quatre centres sur 13 l'évoquent.

Certains patients qui ont un chien sont refusés à l'admission car la plupart des LHSS ne disposent pas de chenil pour les accueillir. Des centres envisagent de créer un chenil pour avoir accès à cette population qui refuse parfois toute prise en charge médicale du fait de leur animaux de compagnie.

*« On a aussi le projet de faire un chenil parce qu'on se coupe d'une population à soigner » (2)*

*« On aurait de quoi faire un petit chenil pour accueillir les grands marginaux mais ça peut devenir compliqué à gérer. » (1)*

*v. Manque de solutions sociales à la sortie*

Neuf personnes sur 13 l'évoquent pendant les entretiens.

- L'hébergement à la sortie est une nécessité à la stabilisation de l'état de santé des patients. Le séjour en LHSS permet de stabiliser un état de santé mais celui-ci s'effondre s'il n'y a pas de lieu de vie décent pour poursuivre les soins, surtout lorsqu'il s'agit de maladie chronique.

*« Notre souhait, c'est la continuité du parcours. Quand ils font des allers-retours dans la rue, on perd tout le bénéfice, il faut qu'on recommence tout le travail à chaque fois. » (6)*

- Manque de moyens sur le territoire

Le travail des travailleurs sociaux consiste en grande partie à trouver un hébergement mais malheureusement il n'y a pas de places pour tous les patients passant en LHSS. Il y a donc des retours à la rue comme le montrent les rapports d'activité.

*« Manque de maisons relais car prix de l'immobilier important sur la côte » (12)*

*« Il y a des personnes qui ne correspondent à aucune structure. » (11)*

*« Il faut des mois de travail parfois pour trouver une solution de logement. » (2)*

***b. Pratiques innovantes permettant le développement d'une expertise dans la santé des précaires***

Par leur expérience acquise auprès des patients et via des formations professionnelles, les acteurs des LHSS disposent d'une compétence indiscutable dans le secteur médico-social.

i. *Un lieu de coordination entre le médical et le social*

Dix personnes interrogées sur 13 mentionnent cette particularité des LHSS qui impose un travail pluridisciplinaire.

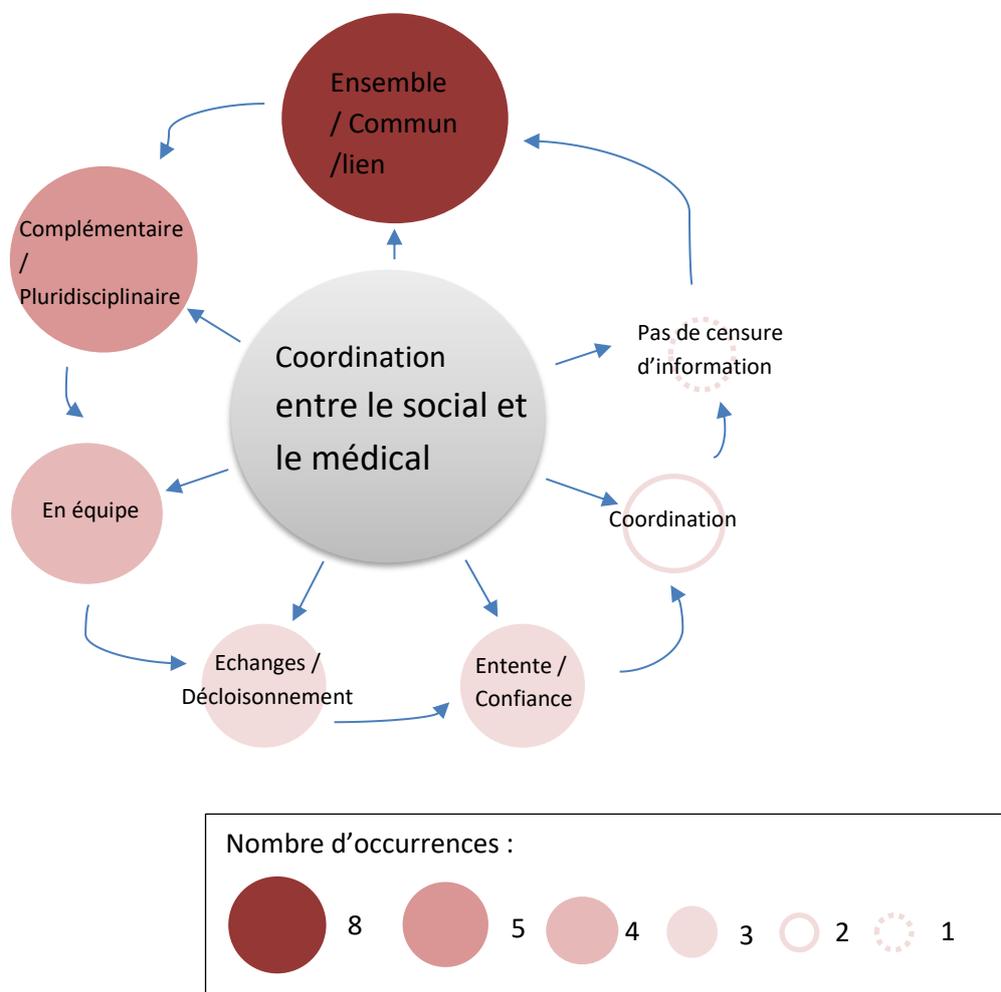


Figure 17 : Nuage de mots sur la coordination entre social et médical

Les LHSS sont donc un lieu d'échange et de travail en commun de professionnels de formation différente qui doivent « *trouver un vocabulaire commun pour se comprendre* » (11).

Les directeurs sont là pour coordonner ces professionnels qui ne sont pas habitués à travailler en équipe et en pluridisciplinarité.

Les échanges se font par mail, téléphone mais surtout par des réunions où tous les professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux se réunissent autour d'une table pour discuter et échanger autour d'un cas.

« *On a des formations différentes. Chacun emmène son point de vue* » (7).

« On fait un beau travail d'équipe. On est complémentaire dans le travail, il y a une relation de confiance. » (5)

Cela peut dépasser la structure des LHSS puisque « les éducateurs qui travaillent au LHSS travaillent aussi au CHRS donc lien entre le social (lieux d'hébergement) et la santé. » (12)

La qualité de ses échanges découle de la coordination et de l'entente entre les professionnels. Chacun a une place et doit la respecter. « Tout se décide en équipe » (2).

« On co-construit un projet avec le médecin. Il y a une bonne relation sans censure de transmission d'information médicale. » (10)

« Les professionnels sont de formations et de visions sociétales très différentes. C'est un mélange de genre. Il n'y a pas de hiérarchie forte comme à l'hôpital. Il faut que chacun reste à sa place. » (4)

« J'ai organisé un décloisonnement. Tout le monde vient aux réunions et les situations sont évoquées sous tous les angles. C'est pluridisciplinaire. Le professionnel se retrouve entendu et porteur de la parole. C'est difficile de mettre en lien le médical avec le social, le médical de par sa formation, sa déontologie, le secret médical... C'est le boulot des cadres et directeurs de décloisonner et de faciliter ces échanges. » (1)

ii. *Améliorer la prise en charge de patients complexes par la réalisation de « RCP cas complexes »*

- Une organisation plus ou moins formelle

L'équipe de Bordeaux a formalisé ces RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire). Elles sont réalisées tous les 2 mois, programmées par la coordinatrice sociale du CHU. « Souvent la situation mélange le social et le médical. » (4)

Les autres centres sont nombreux à réaliser aussi ce type de réunions souvent de manière moins formelle, probablement du fait d'un nombre de lits inférieur : Bayonne (à la demande), Pau (cela avait été fait mais cela n'a pas été maintenu par l'hôpital), Périgueux, La Rochelle et Limoges. Agen serait favorable à cette organisation.

« On organise facilement des réunions avec l'hôpital lorsque les situations sont coincées. » (12)

- RCP pensées pour des cas particuliers

Cette organisation souvent faite pour le somatique pourrait aussi s'étendre aux pathologies psychiatriques voire réunir les deux.

« Cela pourrait être utile notamment au niveau de la psychiatrie. » (Directrice Agen)

D'autres équipes comme à Bordeaux ont créé des RCP spécifiques pour les femmes enceintes à la rue où ils réunissent les acteurs concernés pour trouver des solutions adéquates au niveau de la prise en charge médicale et sociale.

L'équipe de La Rochelle ont créé des réunions avec l'hôpital pour mettre en place une filière spécifique aux hépatites virales. « On dépiste au pôle addictologie et au CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues), on adresse au spécialiste, ils ont 2 consultations et s'il y a besoin on les prend aux LHSS pour 3 mois. » (2)

- L'utilité de ces RCP

Leur utilité est soulignée par plusieurs équipes. Elles permettent une confrontation des idées avec des établissements sociaux et des hôpitaux. Chacun emmène sa connaissance et son point de vue sur la situation d'une personne et ils trouvent ensemble un parcours de soin adapté au contexte.

*« Alors que bien souvent, chacun traite ces patients de manière détachée. C'était le seul moment où on avait une relation et un échange avec l'hôpital. » (11)*

*« Ces réunions nous permet d'avancer sur des situations. » (5)*

*« Souvent des médecins ou directeurs financiers arrivent sans trop de motivation sur ce type de réunions mais ils se sentent écoutés et on ressort avec une situation concrète. La RCP sert à remettre un dialogue entre tous les intervenants en remettant au centre la personne. On désigne un référent et chacun redéfinit son rôle. » (4).*

### *iii. Compétences des professionnels des LHSS améliorées par des formations*

- Formation professionnelle

Les professionnels participent régulièrement pour certains à des formations diverses. Les équipes font parfois appel à des intervenants experts pour se former sur une situation particulière. L'équipe de Bordeaux par exemple a fait appel à l'équipe de soins palliatifs pour que les travailleurs sociaux soient plus à l'aise avec la gestion des fins de vie.

A Pau, ils ont un partenariat avec un addictologue qui vient leur donner des formations à thème.

- Autoformation entre les professionnels et expérience

*« L'équipe expérimentée forment les autres. » (1)*

*« Les agents se sont professionnalisés et s'autoforment. Il y a donc eu en 10 ans une amélioration de la qualité de notre travail et des conditions. » (4)*

### *iv. Création d'équipes mobiles spécialisées en précarité*

Au niveau psychiatrique, il existe la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) mobile ou les EMPP (Equipes mobiles de psychiatrie précarité) qui viennent sur certains LHSS et surtout qui se déplacent sur les lieux sociaux, les centres d'hébergement, les hébergements d'urgence et dans la rue auprès des plus démunis. Quatre centres sur 7 le soulignent.

Mais la PASS somatique n'est pas encore mobile. C'est en cours de développement à Bordeaux, géré par l'hôpital.

Les PASS feraient à priori ce travail mais les équipes des LHSS en aurait la compétence. Certains se posent la question si cette spécificité médico-sociale particulière aux LHSS ne serait pas tout à fait à même de développer une équipe qui tournerait sur des structures sociales pour donner des avis de coordination médicale.

Sur place, on se rend compte que ces structures réalisent déjà ce genre de service mais ce n'est pas officialisé. Les infirmières et le médecin des LHSS sont souvent abordés pour donner des avis médicaux concernant les patients des structures sociales adjacentes. Ceci se fait dans 6 des 7 centres interrogés.

Parfois les infirmières gèrent des urgences médicales et parfois le médecin voit en consultation des patients d'autres services que les LHSS.

Certains évoquent comme frein le manque de budget pour développer une équipe comme celle-là (1,2).

v. *Création d'un service d'accompagnement médico-social*

L'équipe de Périgueux propose de créer un service d'accompagnement médico-social pour gérer ces patients avec plus de continuité.

*« On a besoin de développer une compétence médico-sociale. On voit bien que la prise en charge médico-sociale est très efficace. Il nous faudrait un service d'accompagnement médico-social type SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) mais pour précaires. Cela permettrait une continuité de prise en charge. Il faudrait un vrai service avec une équipe pluridisciplinaire. » (6)*

#### 4. Les LHSS ont pris une place importante sur le territoire dans le secteur médico-social

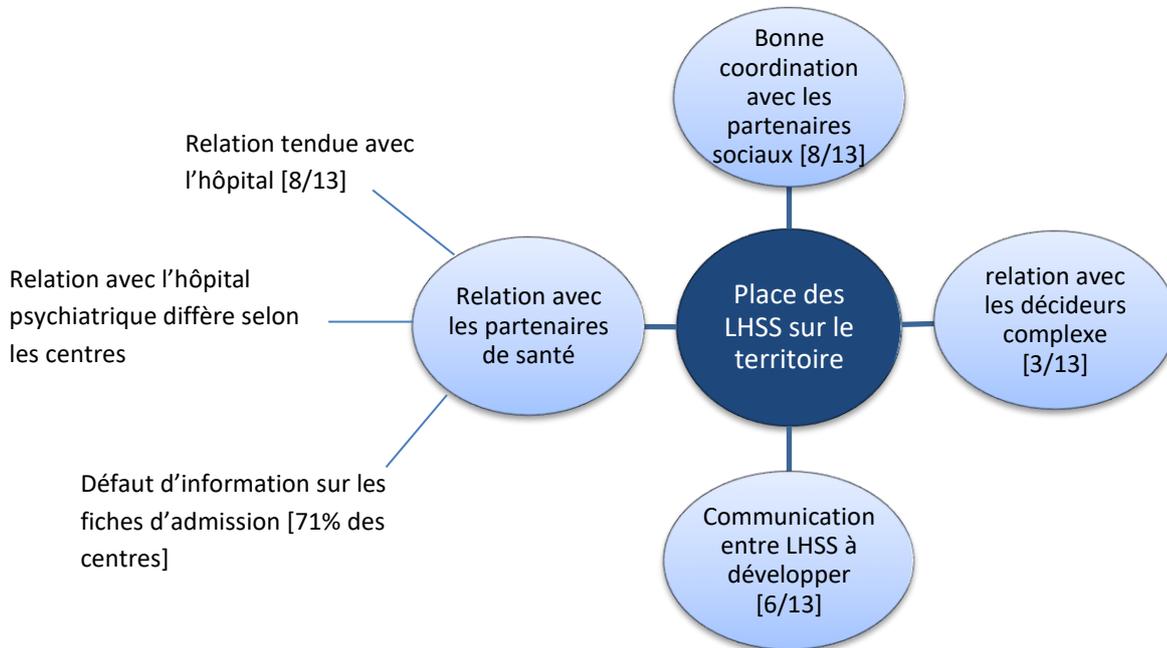


Figure 18 : thématisation sur la place des LHSS sur le territoire médico-social [nombre de personnes qui abordent le thème]

### a. La coordination avec les partenaires sociaux

Huit des 13 personnes interrogées soulignent l'importance de développer un bon partenariat.

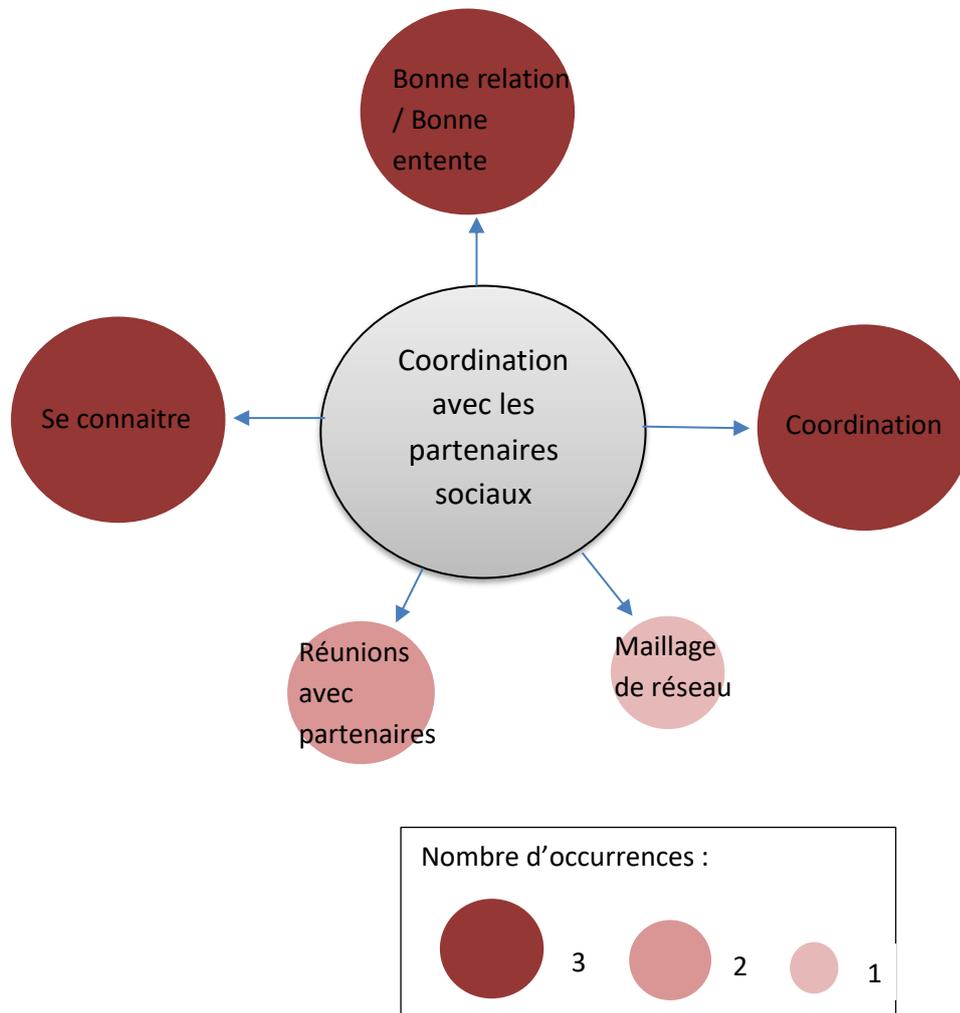


Figure 19 : Nuage de mots sur la coordination avec les partenaires sociaux

Les travailleurs sociaux se chargent de communiquer avec les partenaires sociaux que ce soit pour mieux définir le rôle des LHSS pour adapter les demandes d'admission mais aussi pour établir un maillage de réseau social autour de la personne en fonction des cas (migrants, gens de la rue...).

Ainsi ils coordonnent les différents acteurs autour d'une personne.

Pour cela, ils entretiennent une bonne entente et apprennent à se connaître. Certains ont diffusé des plaquettes d'information sur les LHSS (Périgueux, Limoges).

Certains organisent des réunions : assises des associations gérant les SDF à Bayonne, assemblée générale où sont invités les partenaires à Pau.

« L'éducateur coordonne l'action sociale mais n'est pas forcément le référent social. »

## ***b. La relation avec les partenaires de santé***

- Une relation tendue avec l'hôpital

Huit des 13 personnes interrogées font part de leurs difficultés à faire comprendre leur fonctionnement aux hôpitaux :

- Des contraintes différentes :

*« Nous on essaie de gérer la continuité des soins, les hôpitaux cherchent juste à faire sortir. Les places disponibles sont signalées au 115. Le fonctionnement est difficile à faire comprendre, la directrice prend la décision d'admission, c'est difficile culturellement pour les médecins. » (6)*

*« Les temps d'hospitalisation sont de plus en plus courts non adaptés à cette population. » (12)*

*« L'hôpital ne mesure pas la réalité du service (qu'un seul veilleur la nuit). » (10)*

*« Il faut responsabiliser les hôpitaux pour la gestion de ces patients. » (7)*

*« Parfois l'impression de ne pas avoir de valeurs communes. » (11)*

- Un manque d'entraide :

*« Nous on accepte des patients difficiles mais on a difficultés à les faire reprendre par l'hôpital si on a des soucis. » (7, 9)*

*« Difficultés relationnelles avec l'hôpital. La prise en charge aux urgences n'est souvent pas adaptée à cette population. » (9)*

- Relation avec l'hôpital psychiatrique

Cela diffère en fonction des territoires, certains ont une bonne association avec les services de psychiatrie qui sont assez diversifiés en fonction des territoires mais qui ont souvent l'avantage d'être mobiles : les PASS mobiles de psychiatrie, le CMP, les EMPP. D'autre, comme à Agen ont plus de difficultés de collaboration.

- Relation avec les services de soins de suite et de rééducation (SSR)

Elles sont rares.

*« Les SSR refusent de plus en plus cette partie de la population. Nous sommes souvent la seule solution en sortie d'hôpital mais nous ne sommes pas adaptés pour une rééducation intensive par exemple. » (13)*

- Défaut d'information sur les fiches d'admission

Certains partenaires cachent volontairement des informations pour pousser l'admission en LHSS. Cinq des 7 centres rencontrent donc de manière assez systématique les patients avant leur admission pour vérifier les éléments fournis.

*« Je vois les patients avant admission car souvent les dossiers ne correspondent pas à la réalité. » (5)*

- Relation avec l'HAD

Pour la plupart des centres, la relation est correcte et permet parfois de gérer des fins de vies complexes pour les équipes.

D'autres équipes n'ont pas pu : « On a fait appel à l'HAD pour une **fin de vie** mais on a été recadré par l'ARS qui ne veut pas qu'on fasse venir l'HAD pour les soins palliatifs. » (7)

### **c. La relation avec les décideurs**

Trois personnes sur 13 l'ont mentionnée.

« Le médico-social ne pèse pas dans les politiques de santé. Nous avons peu de contacts avec les décideurs. » (6)

« On ne comprend pas toujours la logique de la direction. J'ai une difficulté de lecture de la prise en charge des politiques de santé. Il y a des incohérences et du flou dans les discours notamment sur la prise en charge des migrants. » (4)

### **d. La communication entre les LHSS**

Elle est jugée insuffisante par 6 des 13 personnes interrogées.

« On est très isolés des autres LHSS, chacun fait ce qu'il peut mais on ne partage ni nos richesses ni nos difficultés. » (11)

« Faire la rencontre avec d'autres LHSS, voir comment ils travaillent serait valorisant pour tout le monde » (3)

Comme expliqué plus haut, il n'y a pas de référentiel d'évaluation.

« On a dû créer notre outil d'évaluation interne. On aimerait avoir des informations sur le fonctionnement des autres LHSS, sur ce qui leur pose problème, les préoccupe. Pas de réseau fédérateur. Il faudrait que des acteurs se chargent d'organiser des réunions. » (6)

L'ARS devrait proposer une réunion entre LHSS.

« On a des fonctionnements très différents. Je voulais faire une réunion pour regrouper tous les LHSS de Nouvelle Aquitaine mais l'ARS a refusé, elle devrait le faire courant 2019. » (1)

## **5. Projets innovants pour créer un support aux patients**

### **a. Soutien psychologique des patients**

Comme vu dans les rapports d'activité, 5 des 9 centres ont un passage régulier d'une psychologue qui réalise un entretien systématique avec les résidents et un suivi en fonction des besoins.

Cela permet une écoute et un soutien de parcours souvent difficile chez ces patients.

A Pau, ce travail est fait par des infirmières psychiatriques détachées de l'hôpital psychiatrique.

Elles réalisent un support pour le patient mais aussi pour l'équipe :

« Elle participe aux réunions et aide à mieux cerner les patients. Elle soutient l'équipe devant des situations difficiles. » (8)

« La psychologue a permis de faire des séances de supervision pour l'équipe pour discuter de situations difficiles comme les fins de vie. On réfléchit à notre façon de travailler, de s'améliorer et de connaître nos limites et savoir quels patients on ne pourra pas gérer. » (5)

### ***b. Intervention d'addictologues sur les LHSS***

Les équipes sont soutenues par l'intervention d'addictologues dans 6 des 7 centres interrogés notamment via l'ELSA. A La Rochelle, le médecin est lui-même addictologue. Ces équipes sont très confrontées au problème d'addiction. Certaines ont réalisé des formations pour se perfectionner dans ce domaine.

### ***c. Création d'ateliers occupationnels***

Tous les centres proposent des ateliers ou des sorties pour occuper les résidents et recréer du lien social dans cette population qui a souvent rompu le contact avec leurs proches.

« On fait des ateliers alimentation, des sorties cinéma, restaurants... C'est une source de bien-être pour nos résidents. » (11)

« On fait des repas à thème, des repas culturels où ceux sont les résidents qui cuisinent. Nous on les accompagne. On fait des sorties sur le bassin d'Arcachon par exemple. Le but est de les faire exister à travers nous et nos relations. On les accompagne parfois pour faire des achats. Les repas sont très importants, c'est un moment de partage qui soude le groupe, très appréciés de l'équipe et des résidents. » (3)

« Une pièce est consacrée à la cuisine. C'est très important, ça fait du lien social. » (4)

« L'activité individuelle et collective est thérapeutique. On fait des ateliers cuisine, jeu de société, jardinage mais on cherche des partenaires extérieurs qui pourraient faire le lien à la sortie dans le parcours de vie de la personne. Cela leur servirait d'amarre. Cela crée du lien social. Ne pas s'ennuyer quand on est malade, c'est très important. Par exemple le jardinage, manger les légumes qu'on plante, ça fait une économie et ça donne une estime de soi. (1)

A Bayonne, certaines associations externes (« Le SPA de la rue ») viennent sur la structure pour emmener du bien être aux résidents (massage, relaxation...).

### ***d. Réunions de participation des usagers***

Elles sont évoquées par 2 personnes sur 13. Elles s'inscrivent dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 qui réaffirme la place prépondérante des usagers au sein des structures sociales et médico-sociales, entend promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté.

« Le but est de faire participer les usagers aux décisions de la structure, qu'ils aient un temps de parole en lien avec la loi du 2 janvier 2002. Cela leur permet de s'impliquer. » (10)

« Les gens doivent être présents quand on parle d'eux. La loi de 2002 l'oblige. Les choses qui sont parfois violentes se disent entre nous mais aucune décision n'est prise sans la personne. »(1)

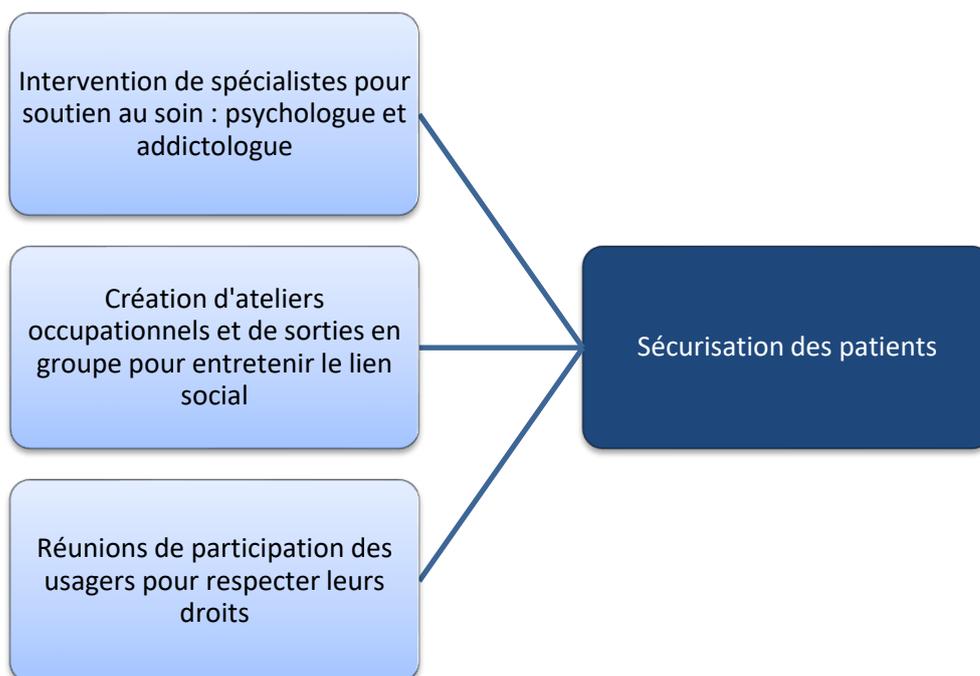


Figure 20 : thèmes retrouvés qui permettent aux LHSS de devenir un lieu de sécurisation pour ces patients

## **6. Les LHSS sont aussi un lieu propice pour l'éducation à la santé et la prévention**

### ***a. Le rôle des soignants et des travailleurs sociaux***

Les médecins et les infirmières réalisent des dépistages, des actions d'éducation thérapeutique sur certaines pathologies.

Les LHSS sont parfois le lieu pour réaliser des dépistages (IST, hépatites...), des vaccinations, des surveillances de tensions artérielles, des pathologies liées à l'addiction...

A Périgueux, le centre de soins permet en association avec les LHSS de réaliser ces actions.

Mais les éducateurs aussi participent à l'éducation à la santé par leur action au quotidien.

Ils participent notamment à l'établissement de règles d'hygiène en accord avec chaque patient.

*« Avant, il y avait des infirmières de la CPAM dédiées à l'éducation à la santé qui intervenaient sur le CHRS et sur les LHSS. C'était très utile mais ce n'est plus financé. Actuellement, c'est fait par les éducateurs mais ce n'est pas adapté. » (2)*

Les repas en commun, le jardinage peuvent être le lieu pour parler d'équilibre alimentaire.

Les LHSS créent un lien avec les soins au corps et à la santé pour cette population qui a souvent mis ces aspects de leur vie entre parenthèses parfois pendant plusieurs années. Ces actions sont aussi réalisées sur des lieux de logement tels que les centres d'accueil d'urgence, les CHRS...

## ***b. Participation à des projets médico-sociaux***

- Logement d'abord

Six personnes sur 13 le mentionnent.

Le logement d'abord est une innovation dans la lutte des sans-abris. Ce principe venu des états unis créé pour des patients psychiatriques s'est répandu en Europe pour les sans-abris.

On fournit un logement « *d'abord* » plutôt qu'« à la fin » comme dans le modèle dit « par paliers », traditionnels dans lequel le logement n'était proposé que si les personnes sans-abris avaient franchi une série d'étapes, à commencer par la prise d'un traitement et l'abstinence aux substances psychoactives.

Le logement d'abord permet d'accéder rapidement à un logement stable en milieu ordinaire, combiné avec des services mobiles d'accompagnement proposant des visites au domicile des personnes.

Cette action est encadrée par un plan quinquennal pour le Logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022.

*« Améliorer la santé des personnes à la rue passe d'abord par la possibilité de leur fournir un logement, une sécurité. » (2)*

*« On est dans une logique de logement d'abord. Peut-être que cette logique va diminuer le flux des LHSS. » (11)*

*« On a été retenus pour mettre en place le logement d'abord mais avec une entrée psy uniquement donc les entrées sont limitées. Cela pourrait faire aval des LHSS. » (6)*

*« Le fonctionnement du logement d'abord est contraire au système habituel. On prend la personne telle qu'elle est. L'idée est de faire comprendre « si je me soigne, je vais mieux, je bois moins et je vais pouvoir entretenir mon logement ». Cela inverse le rapport de force. » (4)*

*« Les structures ne sont que des passerelles, la solution c'est le logement d'abord. » (1)*

Si cette méthode fonctionne, le nombre de patients nécessitant une prise en charge aux LHSS devrait diminuer, bien que toutes les personnes en précarité ne soient pas concernées.

- Projets PRAPS (Programme régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis)

Prévus par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, ils ont pour objectifs de favoriser au sein de chaque région une approche globale et coordonnée des problèmes de santé des publics en difficulté, pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Le but est de lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion.

Les LHSS ont pu rentrer dans ces actions de coordination médico-sociale autour des personnes accueillies.

Il crée une réelle dynamique de transversalité pour réaliser un décroisement entre santé et social, entre les divers acteurs sanitaires et sociaux.

### c. Création d'un système de halte pour les gens de la rue

A Limoges, devant un taux d'occupation incomplet, l'équipe a inventé un système de halte en créant un lieu de répit aux gens de la rue et faire le point sur leur état de santé pour des séjours de courte durée.

« Les personnes de la rue autour de nous n'avaient pas forcément de pathologies lourdes mais ils étaient très fatigués. Le principe de Halte consiste à prendre une personne à la rue épuisée pour un contrat d'une semaine renouvelable. Elle représente 24% de notre activité, et 25% d'entre eux basculent sur du soin car on trouve régulièrement des pathologies chroniques. L'entrée reste toujours du médical : des douleurs, asthénie, demande d'analyse... On peut reprendre quelqu'un passé sur les LHSS pour une semaine pour un examen, organiser d'autres rendez-vous... On est passé de 70 à 92% de taux d'occupation. Cela satisfait beaucoup les gens que l'on accompagne et l'équipe mais entraîne par contre un gros « turn over » qui peut fatiguer l'équipe. » (1)

J'ai communiqué cette méthode aux autres structures qui l'ont trouvée intéressante en termes de bénéfices apportés à cette population mais difficile à mettre en œuvre par le manque de places.

## 7. Les LHSS favorisent l'accès au système de santé

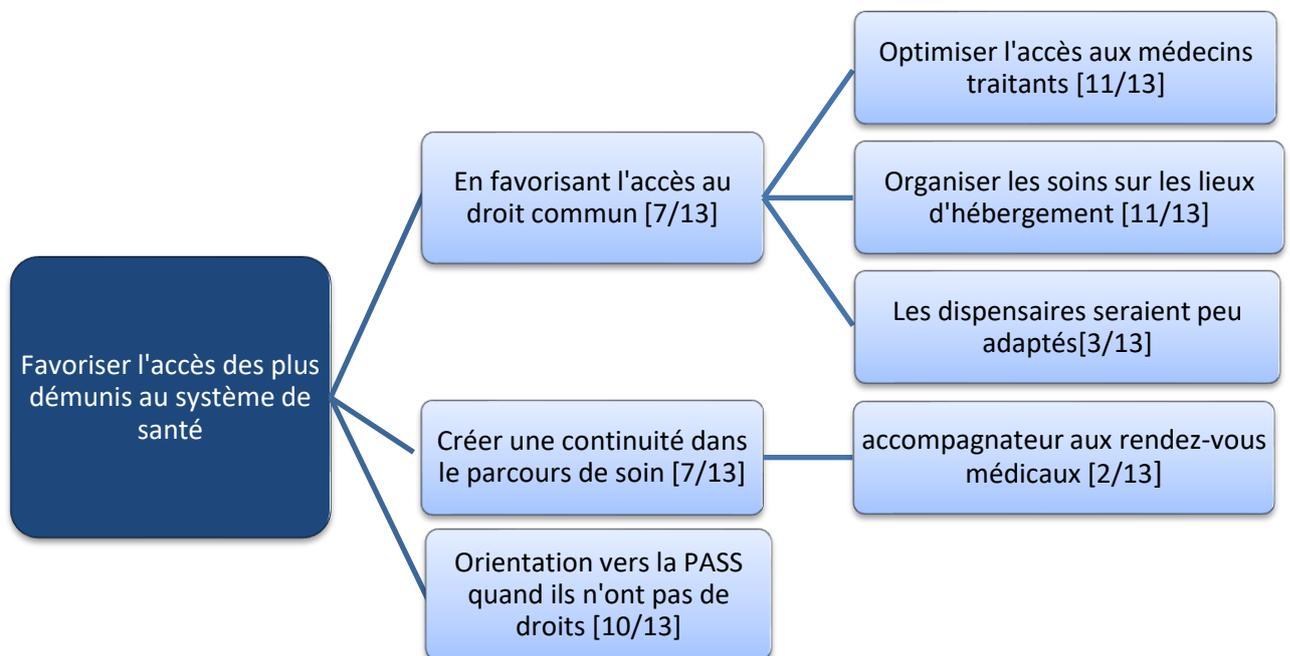
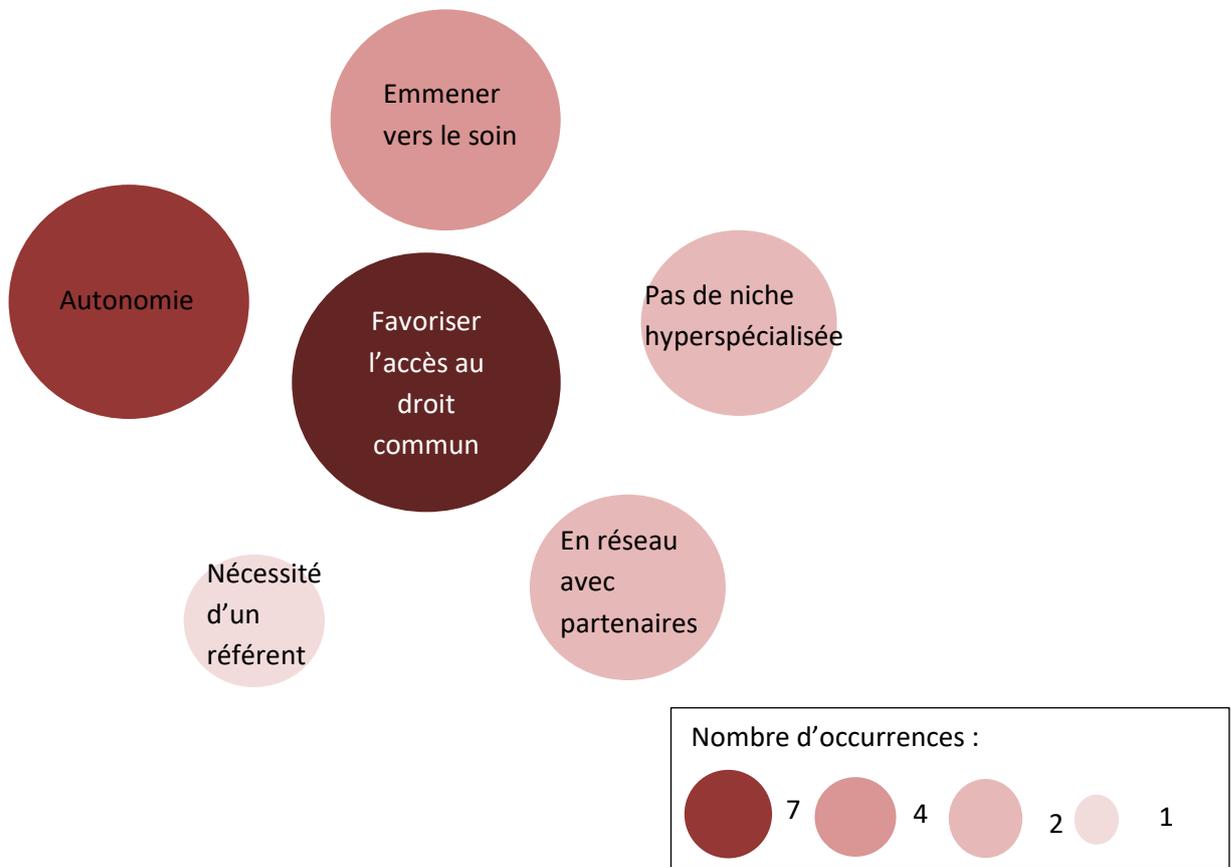


Figure 21 : Thèmes retrouvés qui favorisent l'accès au système de santé des patients les plus démunis

*a. Favoriser l'accès aux droits communs*



*Figure 22 : Nuage de mots concernant le droit commun*

*i. But : autonomie en sortie de LHSS*

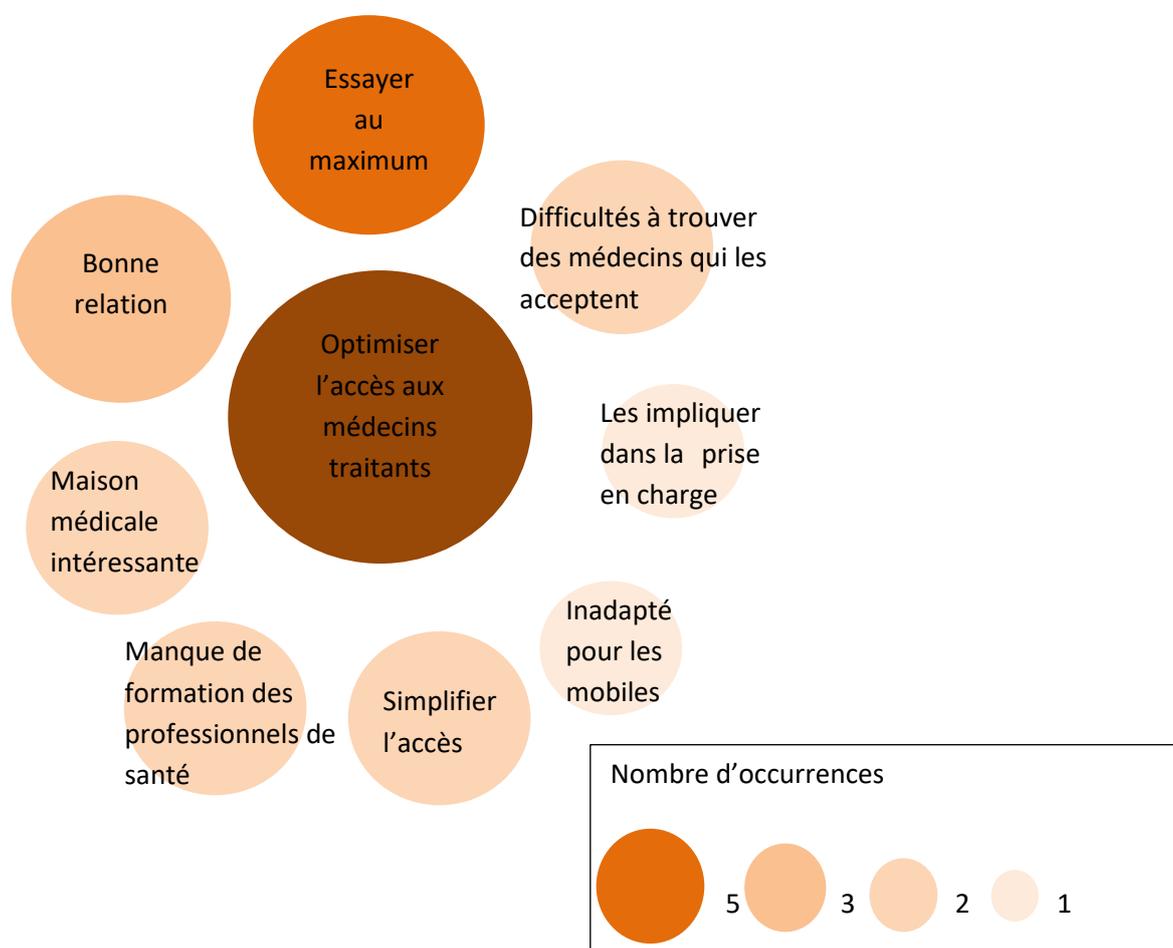
Le but des soignants et des travailleurs sociaux est d'accompagner la personne vers des référents pour le rendre autonome à la sortie du dispositif.

« J'essaie de ramener vers le droit commun autant que possible. On ne doit pas être une niche hyperspécialisée, tout le monde doit pouvoir accéder aux mêmes droits. » (4)

« Il ne faut pas de rupture. » (10)

« Il faut un bon réseau de partenaires sociaux et médico-sociaux pour les emmener vers le soin. » (5)

ii. *Optimisation de l'accès aux médecins traitants*



*Figure 23 : Nuage de mots sur l'optimisation de l'accès aux médecins traitants*

L'accès au droit commun nécessite avant tout un référent médical, c'est le médecin traitant. Il semble indispensable à la coordination des soins et à l'élaboration d'un parcours de soin.

Onze des 13 personnes interrogées le mentionnent.

Or, dans certaines régions, les médecins généralistes ont du mal à prendre des nouveaux patients, d'autant plus des patients précaires, sans abris qui risquent de ne pas honorer les rendez-vous et dont la prise en charge nécessitera du temps et une coordination avec des partenaires médico-sociaux.

« On essaie au maximum de les diriger vers des médecins traitants mais ce n'est pas évident » ni pour le patient ni pour le médecin.

De plus ce n'est pas adapté à toutes les situations :

« On oriente dès que possible vers le médecin de ville même si parfois les situations sont très complexes et que l'hôpital aurait plus de facilité à gérer. La PASS ou des équipes comme celles des LHSS devraient pouvoir coordonner ses situations complexes. » (4)

Certains patients sont mobiles, « vagabonds », « le médecin traitant n'est pas adapté à leur mode de vie » (12).

D'autre part, ils doivent avoir des droits ouverts.

*iii. Manque de formation des professionnels de santé dans le domaine de la précarité*

Une formation plus poussée des médecins en santé des précaires serait nécessaire selon 2 des 13 personnes interrogées.

« Un grand séminaire sur la santé et la précarité pour sensibiliser les professionnels serait intéressant. Nous on les envoie vers le droit commun mais ce n'est pas toujours évident parce que certains médecins ne se positionnent pas forcément de la bonne façon (en leur renvoyant leur consommation de toxique par exemple). On comprend qu'ils ne soient pas faciles à gérer, qu'ils ne viennent pas aux rendez-vous...L'information me semble importante. » (11)

*iv. Organiser des soins sur les lieux d'hébergement*

Douze des 13 personnes interrogées trouveraient utile qu'une infirmière travaille pour la coordination des soins et pour la médiation en orientant les résidents vers le droit commun. Mais une permanence sur ces structures pourrait être un moyen de les diriger vers un parcours de santé.

Six CHRS et CAU des 7 villes interrogées sont pourvues d'un professionnel (psychologue ou infirmière de la PASS psychiatrique ou de l'EMPP) qui fait le lien avec une prise en charge psychiatrique.

Sur le plan somatique, un seul centre dispose d'une permanence de soin.

« Je suis un point d'accroche et je les emmène vers les médecins traitants... La santé n'est souvent pas leur priorité. » (8)

Les autres centres trouvent que ce serait utile à mettre en place.

Ces lieux d'hébergement sont aussi un lieu adapté pour le passage de professionnels de la prévention : « l'association AIDES vient faire du dépistage » (12), « convention avec l'hôpital pour réaliser les vaccinations » ...

*v. Des dispensaires pour les sans-abris seraient couteux*

Trois personnes sur 13 sont plutôt contre l'instauration de dispensaires sur le territoire qui pourrait être lourd à mettre en place. Il semble plus adapté de faire de certaines associations telles que la PAJ (point d'accueil jour) à Bayonne ou le Phare à Pau des points d'entrée vers le soin.

Par exemple au Phare à Pau, des infirmiers, des dentistes et des psychologues bénévoles assurent une présence et des consultations. Ces lieux d'accueil de jour sont au contact des sans-abris et des grands

marginaux qui passent pour un café, se laver ou nettoyer leurs vêtements... La PASS psychiatrique mobile ainsi que le CAARUD y font des interventions.

### ***b. Créer une continuité dans le parcours de soin***

Evoqué par 7 des 13 personnes interrogées.

Ils évoquent la nécessité de coordination et continuité dans les actions médicales et sociales :

*« Manque d'un suivi social et de coordination médicale à la sortie des LHSS. » (7,8)*

*« L'objectif est la continuité dans leur parcours médical donc on les adresse aux médecins et infirmiers libéraux. » (9)*

Les travailleurs sociaux les inscrivent dans un parcours de droit commun qui leur servira à leur sortie :

*« On cherche un référent social pour chaque résident. Notre rôle est de leur donner un point d'ancrage qui soit valable à leur sortie. Nous, on est une étape. Le but c'est de ne pas perdre le lien. » (10)*

*« La logique, c'est qu'une fois parti des LHSS, il y ait une continuité. Il ne faut pas fabriquer quelqu'un qui n'a plus d'autonomie en dehors des LHSS. » (11)*

Sans cette continuité, le projet médical et social peut échouer à distance de la sortie des LHSS malgré le travail accompli.

Certaines équipes souhaiteraient développer un accompagnement à la sortie des LHSS en créant un poste pour qu'une personne accompagne les patients aux rendez-vous médicaux et fasse le lien entre les services d'hébergement et les professionnels de santé.

*« Le but des LHSS est de réapprendre à vivre dans un appartement. Il existe un système AVDL (accompagnement vers et dans le logement) au CHRS qui permet aux éducateurs de les suivre 6 mois après leur sortie. Il faudrait la même chose sur les LHSS. Il faudrait une équipe mobile qui fasse le lien social et médical. » (7)*

*« On réfléchit à créer des postes de médiateurs en santé qui ne seraient pas des soignants mais accompagneraient aux rendez-vous médicaux et traduiraient le langage médical. » (6)*

Ces accompagnements sont faits lors des séjours aux LHSS mais les patients doivent se débrouiller seules à leur sortie. Un temps d'adaptation à l'autonomie est souvent nécessaire pour l'adhésion au soin soit maintenue.

### ***c. La PASS reste la solution lorsque l'accès au droit commun est impossible***

Onze des 13 personnes interrogées mentionnent son utilité notamment pour les migrants

*« On oriente les migrants vers la PASS, les autres vers le droit commun. » (7,8)*

*« La PASS reste la référence quand les droits ne sont pas ouverts. » (10)*

*« Elles fonctionnent très bien, les personnes les repèrent très bien. » (3)*

Mais il serait « *utile d'augmenter son efficacité* » (13, 2). Dans beaucoup de villes, elle n'est ouverte que quelques jours par semaine.

Par ailleurs, le concept de PASS mobile est à développer :

« *La PASS mobile est intéressante.* » (5)

« *PASS mobile en développement. La PASS devrait gérer les dossiers complexes médico-sociaux parce que c'est souvent compliqué pour un médecin de ville.* » (4)

## **8. Nécessité d'augmenter les moyens des LHSS**

### ***a. Des Horaires de présence des professionnels limités***

Evoqué par 3/13 personnes. Un gardien surveille plusieurs structures en général : CHR, LHSS et autre. Il n'a pas de compétences médicales. Il se retrouve parfois face à des situations difficiles notamment pour les personnes en fin de vie.

Des solutions pour maximiser la sécurité : numéro d'astreinte 24/24, présence verte, consignes de surveillance laissées au gardien par l'équipe soignante.

Dans l'état actuel, les patients des LHSS doivent donc être autonomes la nuit.

### ***b. Nécessité d'augmenter le nombre de places par LHSS***

Evoqué par 9/13 personnes, réparties dans les 7 centres. Il est nécessaire d'augmenter le nombre de places car ils refusent beaucoup de patients qui y seraient destinés et dont les autres solutions manquent.

« *Beaucoup de refus par manque de place, on est asphyxié par le nombre de demandes.* » (13)

### ***c. Des durées de séjours qui dépassent les 2 mois prévus***

Evoqué par 8/13 personnes. La durée de séjour n'est pas un marqueur représentatif car certaines situations sont bloquées au niveau hébergement et quelques personnes restent plus d'une année.

### ***d. Certains centres nécessitent des travaux***

Evoqué par 6/13 personnes.

« *On veut créer un lieu dédié aux soins. Besoin d'un local.* » (8)

« *Besoin d'une nouvelle structure plus grande qui regrouperait LHSS et LAM avec place pour des lits médicalisés.* » (11)

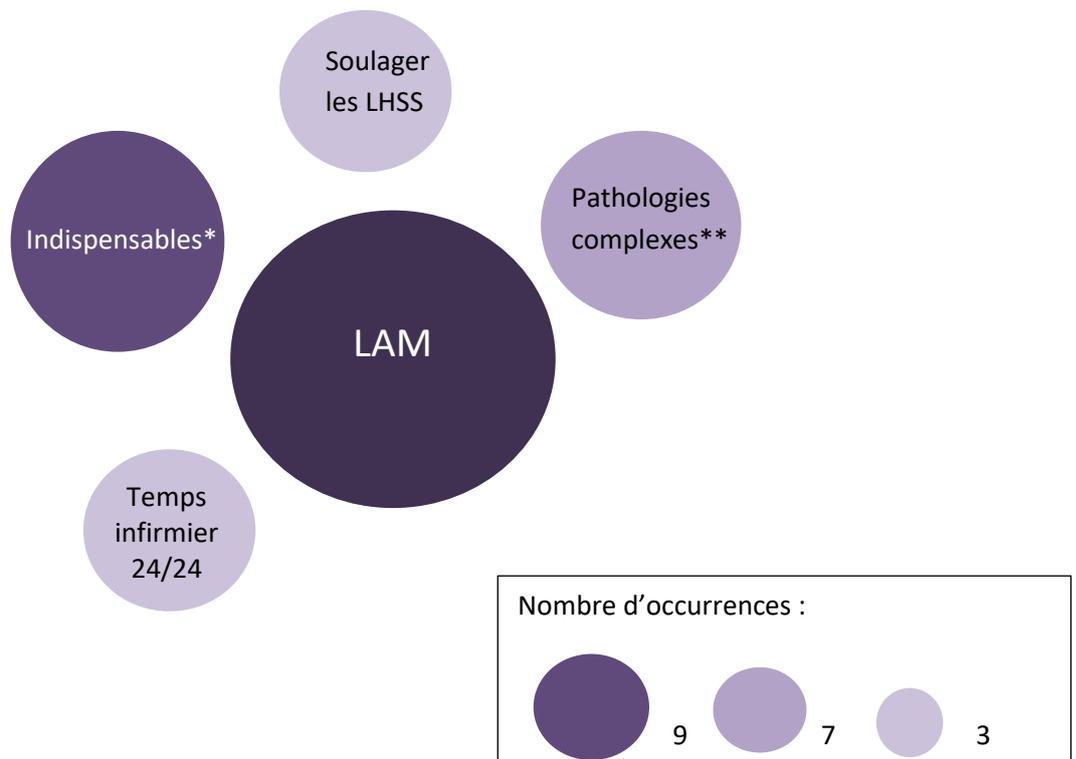
## 9. Nécessité de créer des nouveaux dispositifs, les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

Les LAM sont évoqués par 12 des 13 personnes interrogées.

Seule La Rochelle a eu l'autorisation pour 15 lits en Nouvelle Aquitaine, ils seront gérés par l'association CORDIA. Ils vont réaliser des travaux pour créer ce service.

Ce nouveau service sera doté de la présence d'une infirmière 24h/24.

« Il y aura 15 équivalents temps plein. » (2)



\* synonymes regroupés : besoin, en projet, bienvenus, en capacité, indiqués

\*\* synonymes regroupés : pathologies chroniques, perte d'autonomie, fin de vie

Figure 24 : Nuage de mots sur les LAM

Le but des LHSS sera :

- D'accueillir des personnes avec des pathologies plus lourdes, chroniques, moins autonomes ou des fins de vie

« Il ne faudra pas être la sortie de cancérologie. On reste uniquement pour les gens sans domicile. Le but sera toujours de trouver une solution de sortie. Il ne faut pas que la seule sortie soit le décès, ce n'est pas un service de soins palliatifs. » (2)

- Abaisser les demandes en LHSS et recentrer les LHSS sur les soins courts

*« Les LAM seront vraiment l'extension des LHSS. On a beaucoup de patients qui nécessiteraient des LAM. On embolise les LHSS avec des patients destinés aux LAM. En fait, on fonctionne déjà comme des LAM mais pour le moment on demande aux professionnels de dépasser complètement leur mission. »*

(2)

Etant des plus grosses structures, la présence infirmière nécessite un minimum de 15 places. L'équipe de Périgueux se propose de faire un LAM interdépartemental avec le Lot et Garonne par exemple.

# **V. ANALYSE DES RESULTATS**



*Figure 25 : Les principaux résultats*

## A. Un bilan positif

Le bilan fait par les acteurs des LHSS est très positif.

Les LHSS proposent donc un service rendu irremplaçable :

- Pour les patients : ils permettent l'amélioration de leur santé physique et psychique. Ils sont un lieu de réconfort.
- Pour les professionnels de santé : ils sont un lieu approprié pour gérer efficacement les problèmes complexes des patients précaires. Ils libèrent ainsi des places et du temps précieux des professionnels des établissements de santé et des établissements sociaux pour qui les problèmes médico-sociaux sont souvent difficiles à prendre en charge.

C'est un dispositif qui doit se développer pour innover et mieux les prendre en charge.

## **1. Une gestion efficace**

Ces rapports d'activité nous montrent que les LHSS sont des dispositifs qui fonctionnent bien. Leur taux d'occupation est très correct à 89%.

## **2. Beaucoup de patients accueillis**

En 2016, en Nouvelle Aquitaine, ils auront permis la prise en charge de plus de 255 patients.

Ils permettent l'accueil de patients d'horizons variés, des hommes et des jeunes surtout, des gens de la rue, de nationalité française et des migrants. Les femmes sont de plus en plus nombreuses.

Ils permettent de prendre en charge des pathologies chroniques pour 80% des patients. Cela permet d'initier un suivi et améliorer l'observance et l'adhésion au soin, ce qui probablement diminue la morbidité. Ils améliorent leur situation vis-à-vis des soins.

En 10 ans, c'est donc devenu un lieu indispensable pour les patients en précarité qui rend leur prise en charge plus humaine.

## **3. Des solutions à des situations sociales complexes**

Les travailleurs sociaux permettent de faire avancer leur situation durant le séjour. Au mieux ils arrivent à trouver un logement pour quelqu'un qui était à la rue. Même si toutes les situations ne sont pas résolues, le service rendu est énorme. Ils ouvrent des droits à des personnes qui n'avaient plus accès aux soins, leur trouvent parfois des ressources.

## **4. Des améliorations sont à prévoir**

### - Durée de séjours

Ces dispositifs pourraient être améliorés en diminuant les durées de séjours s'il existait plus de solutions de sortie adaptées.

### - Manque de places

On remarque aussi un nombre important de refus d'admission (équivalent à celui du nombre d'admissions), qui montre que plus de places seraient nécessaires pour répondre à la demande des établissements médicaux et sociaux. Les LHSS ne répondent donc qu'à la moitié des besoins du territoire. La majorité d'entre eux en Nouvelle Aquitaine demande une augmentation du nombre de lits.

### - Manque de coordination régionale

Par ailleurs, il existe un manque de relation et de travail en commun de tous ces LHSS. Il y a peu d'études sur ces lieux qui sont pourtant riches en information. Il manque un référentiel commun pour pouvoir mieux les comparer, mieux les comprendre pour mieux les développer.

- Travaux pour mieux accueillir les personnes dans certains centres
- Les LAM permettraient une présence 24h/24 qui serait bénéfique pour les LHSS.

## B. Un lieu d'experts de la gestion de patients précaires.

Les patients précaires sont difficiles à gérer pour les professionnels de santé car la gestion du contexte socio-économique et culturel peut être complexe et chronophage.

Cinq grandes catégories de patients ont été identifiées comme particulièrement difficiles à prendre en charge :

- Les migrants pour le manque de solution d'hébergement
- Les fins de vies pour le manque de structure adaptée
- Les pathologies psychiatriques entraînant des troubles du comportement pouvant rendre la cohabitation difficile
- Les problèmes d'addiction qui peuvent mettre en danger l'équilibre d'un groupe de résidents
- Les grossesses à risques chez les femmes à la rue et toute la problématique du nouveau-né à gérer.

De par leur expérience, les acteurs des LHSS sont devenus des experts dans la prise en charge des problèmes de santé des précaires :

- Un lieu de coordination unique entre médical et social
- Une pluridisciplinarité mise au service du patient au cours des RCP cas complexes
- Des compétences améliorées par la participation à des formations
- Une expertise qui pourrait être utilisée au sein d'une équipe mobile spécialisée en gestion de patients précaires ou dans un service d'accompagnement médico-social.

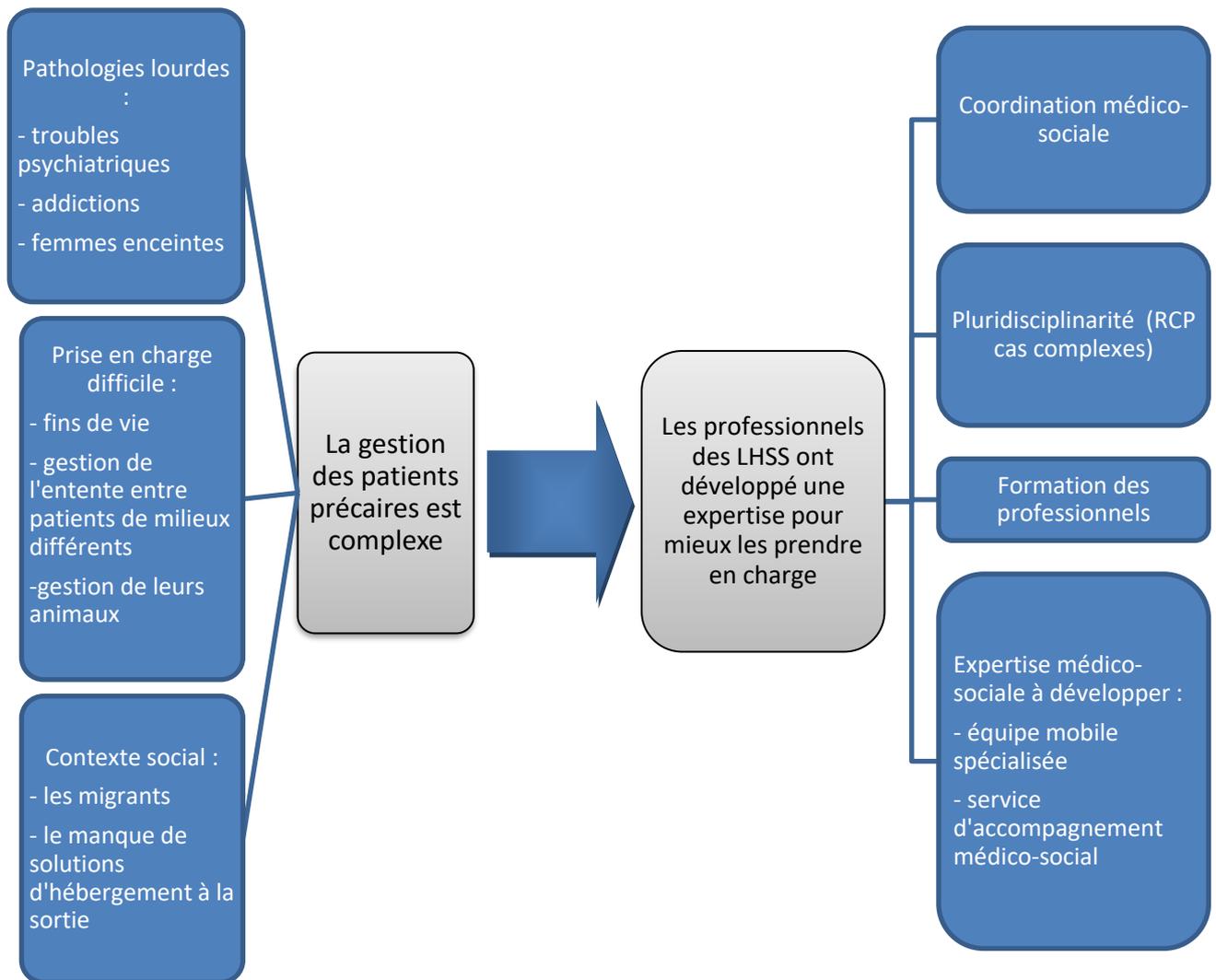


Figure 26 : L'expertise des acteurs des LHSS en gestion de patients précaires

## C. Les LHSS ont pris une place importante sur le territoire

Ils sont une solution nouvelle qui permet de désengorger les hôpitaux de ce type de patients sans avoir à les renvoyer à la rue et gâcher leur prise en charge médicale et sociale.

De même, ils sont une solution pour les structures d'hébergement social qui sont en difficulté avec des personnes qui présentent des soucis de santé.

Les LHSS doivent entretenir des relations avec leurs partenaires sociaux et médicaux :

- Créer un maillage de réseau social autour d'une personne
- Une relation à améliorer avec l'hôpital
- Entretenir et développer le passage des équipes mobiles de psychiatrie
- Développer des points de rencontre et d'échange avec les autres LHSS pour comprendre les enjeux à développer

## D. Les LHSS permettent de sécuriser le patient

Ils sécurisent en apportant des supports au patient :

- Soutien psychologique qui permet de diminuer les souffrances liées à leur parcours difficile
- Prise en charge addictologique
- Participation des patients à des ateliers motivationnels (cuisine, jardin...) qui permettent de créer du lien social, de réinsérer et d'augmenter l'estime de soi
- Réunions de participation des usagers pour qu'ils prennent part aux décisions.

Certains ont réalisé des enquêtes de satisfaction des usagers, comme à Périgueux qui recensent 92% de satisfaction.

Le suivi social et l'orientation vers le droit commun permet d'ancrer le patient dans un parcours à long terme.

C'est un lieu d'éducation thérapeutique et de prévention réalisé par les soignants et les travailleurs sociaux : vaccinations, dépistage, hygiène, alimentation...

Ils participent à des projets médico-sociaux qui favorisent la santé des précaires : logement d'abord, PRAPS.

Certaines équipes en font un lieu de répit pour les gens de la rue sous forme de halte.

C'est aussi un lieu qui permet la coordination des soins et de la prise en charge sociale

Les soignants sont responsables du parcours du patient pour qu'ils rencontrent les professionnels à même de prendre en charge leur pathologie, et qu'ils aillent aux rendez-vous et examens nécessaires.

Cela permet de créer une adhésion aux soins et des soins accessibles que les personnes pourront poursuivre à leur sortie.

## E. Les LHSS favorisent l'accès au système de santé

Les équipes favorisent l'accès au droit commun :

- En évitant de faire des LHSS des niches hyperspécialisées dont les personnes seraient dépendantes d'un point de vue social et médical
- En rendant les personnes autonomes vis-à-vis de leur santé
- En optimisant l'accès au médecin traitant pour qu'ils aient un repère à la sortie en impliquant et en collaborant avec les médecins généralistes pour qui ce type de patient est complexe à prendre en charge.

La formation des professionnels de santé serait à développer dans le domaine de la précarité.

Il serait utile de créer un contact santé sur les lieux d'hébergement des précaires.

Le côté psychiatrique est souvent assuré mais il manque des permanences du côté somatique.

La PASS reste la seule solution lorsqu'il n'y a pas de couverture sociale possible.

Les LHSS ne sont qu'une étape, inscrire les actions sanitaires et sociales dans une continuité de parcours semble indispensable. Pour cela, il serait nécessaire de développer une équipe spécialisée dans le suivi en sortie de LHSS pour que la transition soit plus facile.

## F. Les LAM sont indispensables

Les LAM semblent être la solution à la gestion de pathologies lourdes, des fins de vies et des personnes en perte d'autonomie.

Seul un centre sur 13, La Rochelle, va en bénéficier en Nouvelle Aquitaine, pourtant tous soulignent son importance. Ce nouveau dispositif nécessite la présence d'une infirmière 24h / 24, les places ne peuvent donc pas être divisées sur l'ensemble de l'Aquitaine. Il s'agit de créer une structure importante, proche des LHSS pour continuer à mutualiser les moyens au sein d'un établissement.

Les LHSS gèrent déjà des patients aux pathologies complexes et des fins de vie mais la mise en place de structure LAM avec une présence infirmière en continu permettrait de leur faire dans de meilleures conditions humaines et matérielles.

Les travailleurs sociaux ont actuellement la charge de surveillance et d'accompagnement de problèmes médicaux lourds qui relèvent du travail infirmier sans en avoir la formation.

# **VI. DISCUSSION DES RESULTATS**

# A. A propos de l'étude : ses forces et ses faiblesses

## 1. La question de recherche

Elle peut sembler un peu loin de la préoccupation du médecin généraliste car elle s'intéresse à une niche de patients, mais la grande précarité concerne largement la médecine par tous les problèmes de santé que ces personnes posent et leur relation particulière au système de santé interroge.

## 2. La Méthode

Après la lecture des premiers rapports d'activité, nous avons jugé insuffisants les résultats que l'on obtiendrait par analyse de ses données plutôt quantitatives. Il nous semblait intéressant d'interroger les professionnels car il s'agissait d'obtenir un ressenti des innovations apportées par les LHSS.

Nous avons dans un premier temps réfléchi sur un questionnaire qui nous a semblé inadapté aux données que l'on voulait recueillir. Le choix des entretiens semi directifs semblait plus judicieux.

## 3. L'échantillonnage

La qualité de sélection des participants est essentielle pour obtenir une diversification et une saturation des données. Il me semblait important de choisir des professionnels d'horizons différents à la fois médicaux et sociaux car ces structures ne sont pas seulement médicales et il aurait été inadapté de n'interroger que des médecins par exemple.

La sélection se faisait souvent en discutant avec les directeurs de ces structures et c'est eux qui m'aidaient à sélectionner un membre de leur équipe qui aurait le temps et la motivation de me répondre. Il existe donc un biais de sélection qui a recensé des personnes intéressées par leur travail et la recherche. Ce n'est pas gênant pour l'interprétation des résultats.

## 4. Les rapports d'activité

Il manque un rapport d'activité par refus de participation à l'étude.

Il existe un biais d'information car n'ayant pas de référentiel, chaque LHSS indique les données qu'il souhaite.

Certains font 2 pages alors que d'autres en font 28, forcément le contenu n'est pas similaire.

## 5. Les entretiens

Le guide d'entretien a été testé et réajusté au cours de l'étude.

La difficulté a été de s'y tenir. J'ai été aidée par la lecture d'un livre de méthodologie « L'entretien » d'Alain Blanchet et Anne Gotman [18], chercheurs en sciences humaines, et par mon directeur de thèse pour comprendre la bonne posture à adopter en tant qu'interrogateur.

Mon attitude était observatrice, je laissais beaucoup de temps de parole libre sans forcément orienter. Les personnes répondaient alors spontanément à des questions posées plus loin dans mon guide d'entretien, ce qui a rendu parfois difficile mes questionnements.

De plus, au fur et à mesure des entretiens, ma position a peut-être changé voyant des thèmes apparaître, j'ai pu orienter des personnes vers des thèmes surtout lorsque ces personnes étaient peu bavardes. Il existe un biais d'investigation car il était difficile d'être complètement neutre.

Les questions de départ, où je demandais à la personne de se présenter, de me décrire son rôle et son parcours, permettaient de mettre à l'aise la personne. Cela me permettait également de mieux comprendre le rôle des personnes interrogées car les carrières étaient hétérogènes. Mais elles prenaient parfois trop de temps.

La dernière question concernant les innovations proposées pour améliorer la santé des patients en grande précarité était trop générale, souvent la description de la question était nécessaire.

## **6. L'analyse**

L'analyse des rapports d'activité a été complexe car les rapports d'activité n'ont pas de tronc commun donc chaque centre mentionne les notions qui lui semblent importantes mais celles-ci diffèrent d'une équipe à l'autre. La comparaison de données qui sont classées différemment était parfois inadaptée.

Un double codage plus rigoureux aurait amélioré la validité interne de l'étude. Ceci a été fait pour les premiers entretiens par le Dr Adam pour être plus objectif sur la thématisation des données et être au plus proche de la réalité. Cela limitait le biais d'interprétation.

## B. A propos des résultats

### 1. Un bilan positif au terme de 10 ans

#### *a. Une utilité en termes de santé publique*

Le bilan fait par les professionnels des LHSS est très positif, ils sont d'une utilité indiscutable. Ils permettent la survie et l'amélioration de la santé d'une partie de la population. En termes d'utilité publique, ils sont donc indispensables selon ces acteurs.

Leur utilité avait été démontrée par une évaluation continue de la DGCS, conduite entre 2006 et 2008.

Puis en 2013, une évaluation des LHSS [15] a été conduite sur le plan national. Celle-ci avait recensé par enquête par questionnaires auprès des médecins et des structures différentes données quantitatives surtout pour faire un état des lieux objectif des LHSS en France.

Ce rapport confirmait déjà, après 6 ans d'expérience que même si ce n'est pas définitif, les LHSS améliorent la situation des personnes pendant un temps, d'un point de vue sanitaire et relationnel. Il soulignait surtout cette particularité de prise en charge globale qui semblait indispensable.

#### *b. Répartition sur le territoire*

Un rapport ministériel [20] précise qu'en 2018 le déploiement des LHSS sur l'ensemble du territoire n'était pas encore terminé. Le nombre de places est calculé en fonction de réponses aux enquêtes, de la population et du taux de pauvreté des régions.

Notre étude fait remonter la nécessité à ce jour d'augmenter la capacité d'accueil des LHSS de Nouvelle Aquitaine. Cela avait été relevé par le rapport de 2013.

Il y a eu en Nouvelle Aquitaine en 2016 autant de personnes admises que refusées souvent par manque de places (3<sup>ème</sup> motif de refus d'admission après les pathologies trop lourdes et les problèmes sociaux isolés). Ce taux est plus important qu'au niveau national en 2013 (38% des refus d'admission).

En France, en 2019, il y a 119 structures. En 2018, 55 nouveaux lits ont été accordés dont 4 à Angoulême, en Nouvelle Aquitaine.

Les LHSS sont donc encore en développement. Un engagement [21] du Ministère des Solidarités et de la Santé précisait en septembre 2018, qu'il avait le projet d'augmenter massivement le nombre de places en LHSS dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (1450 places pour les LAM et LHSS en 2022).

#### *c. Un système efficient*

Le taux d'occupation de notre étude s'élève à 89%, comparable à celui de 85, 3% au niveau national en 2013.

Tous les LHSS de Nouvelle Aquitaine sont intégrés au sein d'établissement regroupant plusieurs structures pour mutualiser les moyens, c'est ce que préconisait le rapport de 2013 pour parvenir à l'équilibre budgétaire.

#### *d. Les LHSS : un projet humain et innovant*

Le circulaire de 2006 [22] annonçait que ce dispositif devait diminuer :

- Le renoncement aux soins de cette population
- Les hospitalisations itératives
- Les refus de prises en charge, de consultations et d'acceptation des traitements.

Le but final était d'améliorer la santé de cette population difficilement accessible aux soins.

Selon notre étude, certains ont noté que les LHSS permettaient « une survie d'une tranche de la population », l'amélioration de la santé psychique et physique et la diminution du passage aux urgences.

Le service médical rendu par ces structures est donc confirmé.

#### *e. Les limites des LHSS*

Les acteurs des LHSS ont noté des limites au fonctionnement des LHSS :

- Certaines pathologies trop lourdes à prendre en charge
- Des durées de séjours allongées par le manque de solution en sortie. Sur le plan national en 2013, celles-ci étaient inférieure à 2 mois dans 70% des cas. Les durées de séjours en Nouvelle Aquitaine à ce jour sont bien plus importantes avec 33% seulement inférieures à 2 mois et 49% entre 2 et 6 mois.
- Un manque de soignants
- La nécessité de réaliser des travaux pour accueillir dans des conditions plus humaines.

Comme noté dans le rapport sur la santé des personnes sans chez soi [9], les LHSS sont une solution adéquate mais ils se heurtent à des patients avec des pathologies complexes et lourdes pour lesquels ils ne trouvent pas de solution d'hébergement (EHPAD, MAS, ACT...) du fait du manque de places dans ces hébergements.

Comme le disent les personnes interrogées ces limites doivent être le fruit de réflexion pour avancer et améliorer ce projet et innover encore dans ce domaine.

## **2. Un lieu de sécurisation qui permet l'émancipation de la personne en grande précarité vis-à-vis de son parcours social et médical**

### ***a. Un lieu de sécurisation pour les patients***

#### *i. D'un point de vue médical*

Le rapport sur la santé des personnes sans chez soi indique bien que le recours au soin chez cette population est compliqué : ils sont plus malades que la population générale (prévalence plus élevée en fonction du temps passé à la rue pour de nombreuses pathologies) et pourtant leur recours aux professionnels de santé est plus tardif et plus rare [23].

Comme le note Médecins du Monde, la santé n'est pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver. Souvent, les personnes sont amenées à consulter lorsque la douleur est intense ou que le problème de santé devient handicapant [24]

Le recours aux soins est difficile à appréhender, il mobilise des normes qui dépendent du rapport à la société, des représentations, des processus identitaires et relationnels. L'attitude des soignants face à cette population n'est pas sans lien avec cet éloignement des personnes du système de soins.

Une enquête ressourceait les principales raisons des renoncements aux soins [25] :

- Peur des frais à leur charge
- Besoin de guidance dans le système de soins

Une thèse de médecine sur les patients des LHSS de Toulouse [26] notait qu'il y a peu de parcours de soins coordonnés du fait de recours itératifs aux urgences et du fait que plus d'un quart n'a pas de médecin référent (62% selon le rapport de Périgueux).

Les LHSS facilitent ce recours au soin et permettent de s'ancrer dans un projet de soins. 75% des patients atteindraient l'objectif de soin pendant leur séjour selon le rapport de Périgueux. Et 62% seraient observant d'un traitement à la fin du séjour. Ce serait intéressant que les autres centres précisent ces chiffres dans leurs rapports d'activité.

Cette amélioration de leur santé et de leur adhésion au projet de soins nécessite leur acceptation, c'est la condition d'entrée aux LHSS. Ils s'adressent donc aux personnes en grande précarité mais seulement celles motivées par une prise en charge. Il y a encore une part de la population que l'on n'atteint pas par ce dispositif.

Leur séjour au LHSS améliore leur hygiène et leur alimentation.

Le soutien par des psychologues ou infirmiers psychiatriques dont disposent la plupart des LHSS aide à leur faire accepter leur maladie et à l'engagement thérapeutique. De même pour les équipes d'addictologie qui peuvent soutenir une abstinence nécessaire à leur santé.

#### *ii. D'un point de vue social*

L'accompagnement réalisé par les travailleurs sociaux est fondamental dans le parcours social de la personne qui est souvent en rupture avec toute démarche administrative.

Notre étude montre que l'adhésion à une couverture maladie et aux affections longues durées sont faite pendant le séjour.

Les LHSS sont, dès qu'ils le peuvent, une étape qui permet de faire des démarches pour obtenir un logement : 2% de logement personnel en plus, 26% de logement au CHRS en plus, 10% de personnes en moins dans les centres d'accueil d'urgence, 35% en moins de sans domicile en sortie comparé à l'entrée, selon notre étude.

Ils permettent parfois également de trouver des ressources.

### *iii. D'un point de vue relationnel*

Les LHSS sont un lieu d'échange entre les résidents et les travailleurs sociaux ou les soignants. Ces personnes souvent marginalisées recréent des contacts. Pour les migrants, la barrière de la langue est rompue par l'intervention d'interprète pour que la communication sociale et sanitaire puisse se faire. Ce sont des choses auxquelles ils n'ont souvent pas accès à l'extérieur.

De plus, nos entretiens ont mis en évidence la création d'ateliers occupationnels notamment autour des repas (atelier cuisine, restaurant, potagers...) qui favorise le lien social entre les résidents.

Ils sont donc un lieu de soins généraux « care » où chacun apporte une attention, une écoute...

Toutes les équipes essaient par ailleurs d'entretenir une bonne entente entre les résidents. C'est une des conditions d'accueil : la personne ne doit pas troubler l'environnement des autres résidents qui doit être propice au calme et à l'apaisement.

Les équipes les aident pour des démarches administratives, les accompagnent souvent aux rendez-vous médicaux, pour faire des achats ou des sorties. Ils essaient de créer une relation de confiance pour être un point d'ancrage solide dans le but de réinsérer ces personnes dans un parcours sanitaire et social.

### *iv. D'un point de vue matériel*

Les LHSS ont été un des premiers dispositifs affirmant que la santé ne peut pas se concevoir sans toit comme le précise le rapport sur la santé des personnes sans chez soi [9].

L'accueil des personnes dans des conditions humaines est très important pour les acteurs des LHSS. Beaucoup ont réalisé des travaux.

Ils n'ont plus à s'occuper de trouver un toit et des solutions pour s'alimenter. Cela génère de l'apaisement et un état propice à l'implication dans leur parcours de soins qui devient leur condition d'hébergement.

## ***b. Un lieu de sécurisation pour les professionnels de santé et du social***

Grâce à des équipes spécialisées dans la gestion de patients précaires, les professionnels de santé trouvent des solutions intéressantes pour prendre en charge leurs patients atteints de pathologie nécessitant une mise à l'abri pour être correctement gérée.

Dans notre étude, on a vu que les pathologies accueillies en LHSS sont diverses : 80% de pathologies chroniques avec 24% secondaires à une addiction, 11% de traumatologie et 10% de cancers. Au niveau national, 26% présentent une pathologie chronique, 54% ont des addictions, 15% y séjournent suite à un traumatisme selon le rapport de 2013. A noter donc qu'on retrouve plus de pathologies chroniques en Nouvelle Aquitaine, en 2017.

La prise en charge des cancers est l'exemple typique de l'utilité des LHSS sans qui les soins seraient quasiment impossibles. Ils sécurisent le patient suite aux chirurgies et entre les cures de chimiothérapie en gérant les effets secondaires. La coordination des soins médicaux et paramédicaux est indispensable.

Les LHSS permettent la coordination des soins que l'ARS définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » [27]

### *c. Un lieu qui permet l'émancipation*

Cette sécurisation de la personne et des professionnels permet une émancipation des patients.

#### *i. Un accompagnement vers le droit commun*

Plus de la moitié des personnes interrogées m'ont expliqué qu'il était indispensable d'emmener les personnes vers le droit commun :

- Au niveau social, en leur attribuant un référent social en fonction de leur situation administrative qui débutera à prendre en charge leur dossier, aidée par les acteurs du LHSS, pendant leur séjour mais continuera à les suivre à leur sortie,
- Au niveau médical, en les aidant à trouver un médecin traitant qui sera être un référent par la suite. Celui-ci est aidé au départ par le médecin du LHSS qui coordonne les soins. Le but est de simplifier la complexité médico-sociale pour faciliter le suivi dans un parcours plus classique.

Ils précisent que les LHSS « ne doivent pas être une niche hyperspécialisée » qui seraient les seuls capables de prendre en charge ces patients précaires car le but c'est la continuité des soins et l'autonomie.

Les acteurs des LHSS se considèrent plus comme des experts qui coordonnent mais ne réalisent pas forcément le soin en tout cas pas en sortie de LHSS.

Pour les migrants qui n'ont pas d'ouverture de droits possible, la PASS reste la référence.

Selon un rapport de l'agence nouvelle des solidarités actives [6], ces nouveaux dispositifs, ainsi que les équipes mobiles sanitaires (EMPP, PASS mobiles...) permettent de renouer avec le droit commun mais ils créent plusieurs filières spécifiques qui peuvent renforcer l'exclusion. Ils doivent être un relais transitoire pour accompagner les personnes vers le droit commun à tout public. Cette transition est à fluidifier.

## *ii. Continuité des soins*

Le but des LHSS est de ne pas faire de rupture à la sortie qui gâcherait les efforts et les avancées fournies par les professionnels et les patients au cours de leur séjour.

Or, pour l'instant même chez les personnes pour qui un logement est trouvé, il existe une rupture entre un service où l'accompagnement est très important et l'autonomie complète. Cela ne favorise pas le maintien de la personne dans son logement.

Plusieurs équipes interrogées pensent mettre en place une personne ou un service dédié au suivi post LHSS au niveau social comme sanitaire (accompagnements aux rendez-vous médicaux...).

Dans son rapport, l'agence nouvelle des solidarités actives propose aussi la création de service de coordination thérapeutique à domicile pour sécuriser les personnes nouvellement logées. Le but serait de simplifier le partenariat entre le social et le sanitaire pour que la personne s'y retrouve.

Cette innovation qui semble nécessaire aux yeux des LHSS de Nouvelle Aquitaine l'est donc aussi au niveau national dans la prise en charge globale des sans-abris.

## *iii. Rendre autonome*

Les LHSS ont pour vocation un hébergement et des soins transitoires mais l'autonomie de la personne est recherchée dès son entrée.

L'objectif est que la personne prenne en main son parcours de vie, sanitaire et social. Cette notion s'inscrit dans les approches d'Empowerment dont le modèle est « un chez soi d'abord ».

L'Empowerment représente le « Pouvoir agir qui nécessite l'empathie des intervenants qui confient aux personnes de faire leur propre choix et leur décision » (définition faite par la directrice du centre Simone Noailles lors du colloque juin 2017 dans le cadre du diplôme d'université Santé Précarité). Historiquement il est décrit comme autonomisation et prise en main collective et par eux-mêmes des opprimés, dans les luttes sociales, utilisé notamment par le combat de Martin Luther King [28]

En Europe, son émergence fait suite à la prise de conscience du coût des politiques sociales suite à la crise économique des années 90. Le but est de ne plus se baser sur ce qui manque aux plus démunis mais de prendre en compte leur parcours et leur capacité à fabriquer et à agir de façon autonome, leur « capacité ». Cela fait référence aux interventions sociales qui soutiennent l'individu ou la communauté dans la recomposition de leur capacité d'action [29]

Cette approche semble être un levier d'amélioration de la santé des personnes et c'est pour cette raison que les LHSS tentent de l'appliquer.

## *iv. Education à la santé et prévention*

Les LHSS sont aussi le lieu d'éducation à la santé, selon les acteurs de notre étude, par les soignants et les éducateurs ainsi que de prévention. La prévention peut être primaire mais souvent secondaire voire tertiaire.

Cette population a peu d'accès aux soignants en dehors des cas d'urgence car leur santé n'est pas leur première préoccupation.

Comme l'indique un rapport de l'académie national de médecine [2], le taux de couverture vaccinale est inférieur parmi les familles pauvres ou précaires. La participation aux dépistages des cancers dépend de facteurs socioéconomiques : pour le cancer du sein, les femmes à niveau de diplôme plus bas ou disposant des revenus les moins élevés ont les taux de participation les plus faibles. Selon une étude de la société française du cancer [30], les femmes précaires (CMU, AME souvent sans logement) ont moitié moins recours au dépistage du cancer du col de l'utérus (25% contre 56% chez les non précaires). Les campagnes de prévention sont d'autant moins efficaces que le niveau de revenus est bas. Exemple : parmi les cadres, la consommation de tabac a nettement baissé depuis 15 ans, de 36 % à 27 %, alors que parmi les chômeurs, le tabagisme a connu une baisse initiale plus faible, et une remontée plus forte (de 44 % à 40%, puis 49 % actuellement).

Les LHSS permettent d'instaurer une relation de confiance qui permettra aux professionnels de faire passer des messages de prévention, d'hygiène, d'équilibre alimentaire... Cela est souvent fait de manière informelle pour mieux cibler cette population, à travers des activités ou des repas.

C'est un lieu qui permet de discuter des dépistages et de prendre en charge les addictions en les orientant vers les services adéquats (CAARUD...).

### **3. Un lieu de savoirs et d'innovation qui en fait un repère essentiel sur le territoire médico-social**

#### ***a. Gestion pluridisciplinaire des cas complexes***

##### *i. Les patients précaires sont complexes à prendre en charge*

Comme on l'a vu plus haut, le recours aux soins est complexe et plus rare dans cette population, ce qui complexifie leur pathologie.

L'adhésion au soin est parfois difficile à obtenir du fait des représentations sociales ou culturelles parfois lointaines de par leur marginalisation ou leur parcours. Et une fois obtenue, l'observance est difficile à conserver dans cette population dont la santé n'est pas la préoccupation première.

Ils présentent des pathologies dont la prise en charge est lourde. Trois grandes classes de patients ont été qualifiées de difficiles à gérer dans notre étude de par leur pathologie : les troubles psychiatriques, les addictions et les fins de vies. Dans ces pathologies, le fait de ne pas avoir de toit amplifie les problèmes que tout professionnel de santé rencontre.

La complexité vient parfois aussi de leur statut : les migrants posent surtout un problème de logement suite au LHSS. Ceci est largement évoqué par les acteurs interrogés (onze sur treize).

##### *ii. Nécessité d'une prise en charge globale par coordination entre social et médical*

Ces personnes ont besoin de coordination thérapeutique entre intervenants sanitaires et sociaux afin de prévenir des difficultés et d'éviter des ruptures de soins. Cette coordination est particulièrement cruciale lorsque la personne cumule des maladies chroniques, troubles psychiques et addictions – car ces différents facteurs interagissent de façon complexe selon un rapport de l'agence nouvelle des solidarités actives [6].

Une thèse de médecine sur les LHSS de Toulouse [26] préconisait une prise en charge globale pluri-professionnelle par exemple autour d'un plan personnalisé de soins (PPS) comme cela se fait pour la population gériatrique. Il sécurise le parcours en priorisant et en planifiant les interventions avec l'aide d'un coordinateur du PPS dans le but d'atteindre des objectifs communs avec le patient. Cela nécessite d'améliorer l'interface ville hôpital par un partage d'information performant. C'est pourquoi les LHSS travaillent tous sur leur partenariat sanitaire et social.

Le parcours de soins coordonné a été introduit par la loi du 13 août 2004 [31] Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. La loi du 21 Juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) a souligné la nécessité d'une approche pluri professionnelle et d'une meilleure coordination interprofessionnelle essentielle à la qualité des soins des maladies chroniques.

Selon l'ARS [32], cela consiste à faire une prise en charge globale du patient dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du social, et

intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Pour les patients précaires, la coordination entre les professionnels qui gravitent autour de la personne semble essentielle comme elle l'est en gériatrie, dans les maladies chroniques ou en psychiatrie. Les LHSS sont un lieu de développement de cette coordination. Le but des professionnels sociaux et médicaux est de collaborer et de réfléchir ensemble pour proposer un parcours de soin adapté à la situation sociale de la personne.

Les RCP développées par les centres sont le reflet de cette coordination autour du patient et cela est efficace pour améliorer le parcours de soin de la personne.

L'amélioration de cette coordination entre les institutions impliquées autour des personnes les plus démunies est un des axes principaux du projet PRAPS en Aquitaine [33]. Un des objectifs du PRAPS sera notamment d'établir une cartographie des différentes institutions pour y voir plus clair. Il est prévu des réunions en groupe de travail précarité rassemblant les acteurs de prévention, sociaux et sanitaires.

### *iii. L'importance du partenariat*

Les acteurs des LHSS ont évoqué (pour 8 d'entre eux) une relation avec leurs partenaires sociaux de qualité qu'ils entretiennent par des contacts réguliers et parfois des réunions permettant aux équipes de mieux se connaître pour mieux travailler autour des patients.

Le partenariat entre les structures existantes est cependant trop faible en sortie de LHSS et le maillage de réseau autour d'une personne reste insuffisant. Cela fragilise les parcours des patients sortant des LHSS et est à l'origine de l'échec de certaines prises en charge.

Cependant, notre étude relate une relation tendue avec l'hôpital dont le mode de fonctionnement est totalement différent. Cette collaboration ville-hôpital nécessiterait des rencontres de ces professionnels comme cela est prévu par l'ARS avec le projet PRAPS.

L'intérêt du travail en réseau pour instaurer une veille sanitaire et sociale était mentionné par le rapport d'évaluation des LHSS de 2013.

## ***b. Un fonctionnement innovant toujours en développement***

### *i. Les LHSS font partie des dernières innovations en santé des précaires*

La création des LHSS était une idée innovante dans le secteur médico-social donnant un cadre formel à ce qui existait dans certaines régions sous forme de lits infirmiers expérimentaux, initiative innovante gérée initialement par Médecins du monde. Ils ont été un des premiers lieux qui appliquait le postulat que l'amélioration de la santé d'une personne ne se fait que si celle-ci dispose d'un toit et d'une équipe solide et spécialisée autour d'elle. Or ce type d'action est difficile à conduire car promouvoir des actions innovantes implique pour la puissance publique de se questionner sur la capacité de changement de ses propres institutions selon le rapport de la santé des personnes sans chez soi [9]

Tous les acteurs interrogés confirment cette particularité des LHSS dont le fonctionnement est innovant.

ii. *Ils participent à d'autres projets innovants qui les entourent*

Ils participent aux grands thèmes innovants repérables dans la littérature [6] :

- **Le « Aller vers »**

Il est représenté par les différentes équipes mobiles : PASS somatique mobile (en développement), PASS psy mobile, EMPP... Ces équipes semblent essentielles pour attirer des personnes en exclusion sociale vers le soin ou au moins atténuer cette rupture.

Mais il s'agit aussi des soins sur les lieux d'hébergement comme technique d'approche pour emmener vers le soin, recommandé par douze des treize acteurs interrogés. Les équipes de psychiatries se déplacent sur ces lieux d'hébergement mais il y a peu d'équivalent sur le plan somatique.

- **La médiation sanitaire en favorisant l'accès au droit commun**

Cette notion vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations en situation de précarité. C'est un outil adapté à leurs spécificités qui vise à faciliter leur accès dans le système de droit commun et à sensibiliser les acteurs de santé à cette problématique.

Les professionnels des LHSS font office de médiateurs en santé, définit par l'HAS [34], comme des personnes qui créent du lien et participent à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il doit avoir une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics.

- L'autonomisation avec l'approche d' « un chez soi d'abord »

Les LHSS participent à cette approche et coopèrent avec les services concernés. Certains des acteurs interrogés pensent que ce dispositif devrait améliorer la santé des précaires en améliorant leur condition de vie et les rendre plus autonomes dans leur suivi médical et donc diminuer les entrées aux LHSS.

- La notion de « bas seuil d'exigence »

Cette approche a vu le jour pour rentrer en contact avec les toxicomanes les plus marginalisés. L'ouverture de lieux d'accueil, où n'importe quel usager de drogues est reçu sans conditions d'accès autres que le respect mutuel, s'insère dans les politiques de réduction des risques parmi d'autres actions telles que la vente libre des seringues en pharmacie, les programmes d'échange de seringues, les salles de consommation de drogue à moindre risque (« salles de shoot ») et les traitements de substitution.

Elle est utilisée par les acteurs des LHSS pour rentrer en contact avec les plus marginalisés qui ont besoin de soins. Il s'agit d'établir une relation de confiance bien souvent par la « bobologie », comme le disait une des personnes interrogées, pour avoir accès au corps. Puis on accède aux soins plus complexes quand la relation est bonne. C'est un travail d'accrochage [35] vers le système de soins réalisé par certaines structures d'accueil : écouter, montrer qu'on entend, reformuler.

- La pair-aidance

Elle repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Les équipes des LHSS cherchent à développer ce système en créant du lien entre les résidents à travers différents ateliers occupationnels pour instaurer une relation entre les patients et parfois une aide par ceux qui ont vécu les mêmes situations. Cela permet de rompre l'isolement et parfois sortir du statut de patient pour devenir acteur de son rétablissement.

### *iii. Des équipes favorisant l'innovation*

A travers ces entretiens, j'ai rencontré des équipes très motivées et dynamiques qui sont impliquées dans leur travail et dans une action de réflexion sur leur rôle auprès des personnes qu'ils accueillent.

Ils sont ouverts à une réflexion sur leur travail pour toujours être innovant auprès de cette population pour laquelle il y a encore beaucoup à faire pour améliorer leur santé.

Ils sont ouverts aux formations, en perpétuelle recherche d'amélioration de leur pratique et cela génère des nouvelles idées qui permettent aux LHSS de s'améliorer et de développer une prise en charge pointue des précaires. Ils étaient d'ailleurs intéressés par les résultats de mon étude.

### ***c. Les LHSS sont devenus une tête de réseau dans les territoires pour les professionnels en contact avec les populations précaires***

Notre étude montre que par leur expertise développée auprès de ce public, les acteurs des LHSS ont acquis des compétences hyperspécialisées concernant le patient précaire qui les rend indispensables sur le territoire pour différentes raisons :

- Une prise en charge adaptée aux cas complexes
- Une capacité à coordonner le social et le médical
- Une motivation, la participation à des formations et à des interrogations qui entretient leur savoir et le développement d'innovations.

## C. Perspectives

Plusieurs perspectives paraissent intéressantes au terme de cette étude.

### **1. Développer le dispositif LHSS existant en créant des places supplémentaires**

Tous les centres interrogés manquent de places pour être plus efficaces auprès de la population précaire de leur département. Une circulaire de 2018 [20] prévoyait, en 2018, 55 nouvelles places en France dont a bénéficié Angoulême (4 places), en Nouvelle Aquitaine. Les centres de Nouvelle Aquitaine sont donc encore en attente d'une augmentation pour les années à venir. Les décideurs ont donc bien compris la nécessité de développer ces dispositifs.

### **2. La création des LAM (Lits d'accueil médicalisés)**

La majorité des centres ont fait des demandes d'ouverture de LAM pour répondre à une demande de prise en charge de patients chroniques ou dont les pathologies nécessitent la présence d'une infirmière.

Définition du public accueilli :

« Les LAM accueillent des personnes majeures, sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. »

Dans le cadre des perspectives 2016-2017 du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, a été annoncée la création de 300 lits d'accueil médicalisés (LAM).

En Nouvelle Aquitaine, l'appel à projet de l'ARS [36] prévoyait l'ouverture de 15 lits qui ont été obtenus par le centre de La Rochelle.

Ces nouvelles structures permettront selon les acteurs interrogés de libérer les LHSS de certains patients chroniques, ce qui recentrerait les LHSS sur leur but initial qui était de gérer les problèmes de santé aigus.

La présence d'une infirmière 24h/24 comme le prévoit les textes de loi permettrait par ailleurs de sécuriser les patients des LHSS également [37].

### **3. Un référentiel commun des rapports d'activité faciliterait la construction d'un observatoire des parcours de soin de la population vulnérable**

Cette étude a été difficile à mener et à analyser du fait du manque de similarité entre les rapports d'activité des structures LHSS. Si un référentiel leur était fourni indiquant tous les chiffres à indiquer, cela rendrait plus facile l'exploitation de leurs données qui sont sources de beaucoup d'informations. D'autres études pourraient être envisagées car c'est une population qui a peu d'accès aux soins et il n'existe pas d'autres structures où sont ainsi étudié le médical et le social.

Les LHSS et les LAM sont des lieux pour construire ce type d'observatoire dont l'étude participerait à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

### **4. Un échange entre les LHSS :**

Au cours de nos entretiens, 6 des 13 personnes ont soulevé le manque de communication entre les LHSS de la région et de France.

Une rencontre nationale des LHSS avait eu lieu à Avignon en 2015, organisée par l'association RHESO, en partenariat avec le Centre Hospitalier de Montfavet, l'association La Clède à Alès et l'Etape à Rognes. Des problématiques intéressantes avaient été soulevées et avaient donné lieu à de riches débats dans la salle.

L'ARS devrait organiser ce type de réunion au niveau régional pour échanger autour de leur pratique.

Les participants de notre étude seraient intéressés pour discuter des perspectives et des prochaines innovations autour de la santé des précaires et de « partager leurs richesses et leurs difficultés ».

## **VII. CONCLUSION**

L'innovation dans le secteur médico-social est essentielle pour sans cesse s'adapter aux évolutions de la société et mieux prendre en charge les populations vulnérables. Les malades vivant à la rue, SDF, migrants, souffrant de maladies chroniques ou aiguës, de problèmes somatiques ou psychiques, bénéficient depuis plus de 10 ans, des Lits Halte Soins Santé, pour tenter de répondre au mieux à leurs besoins de soins, d'accompagnement social et administratif, d'hébergement et de répit dans leurs trajectoires complexes de vie.

Les LHSS s'inscrivent dans la longue liste des approches innovantes qui jalonnent le secteur médico-social et qui a vu s'élaborer le concept de bas seuil d'exigence, la réduction de risques, la médiation sanitaire, le dispositif « un chez soi d'abord », la pair-aidance...

Ce travail m'a permis de découvrir des professionnels des LHSS aquitains, d'appréhender les moteurs de leurs engagements, leurs motivations et leurs implications dans la prise en charge médico-sociale des sans-abris.

Cette étude a montré que le travail réalisé dans les LHSS est particulier et offre un regard très affuté sur les besoins des soins des patients vivant à la rue. Comme le dirait une des personnes interrogées, « il s'agit de la survie d'une tranche de la population ».

Le bilan au terme de plus de 10 ans d'expérience est très positif.

Les LHSS ont aussi montré leurs limites : la prise en charge de la perte d'autonomie, des fins de vie, le manque de place dû à maintien contraint de certains bénéficiaires dans les lits par manque de place dans des dispositifs plus adaptés ou l'absence de droits, tout simplement. La rue comme seule perspective est parfois, inacceptable...

Les équipes des LHSS ont du fait de leurs expériences de terrain, des regards pertinents que ce travail a cherché à mettre en lumière.

Cinq pistes d'innovation ressortent de notre analyse :

- Le besoin de développer une structure plus lourde, de type **Lits d'Accueil Médicalisés**. Elle devra pouvoir prendre en charge des patients en fin de vie et la perte d'autonomie précoce. Il s'agit d'un vrai changement de paradigme pour les équipes qui font déjà face à ce type de situations mais les LAM permettront de mieux entourer les patients et ceux qui sont proches d'eux au sein de l'institution. L'annonce d'une ouverture prochaine de 15 lits à Bordeaux est une perspective intéressante.
- La nécessité de lire la **complexité médico-psycho-sociale** d'un individu et de son histoire de manière plurielle et interdisciplinaire. La décision de soins et d'un protocole thérapeutique ne peuvent pas dépendre d'une lecture médicale seule, ou d'une approche purement technique. Tout est trop fort quand on vit à la rue, entremêlé entre les nécessités sociales, les limites administratives, les interférences culturelles, la souffrance psychique due à un parcours de vie complexe ou à la maladie mentale. Cette particularité innovante de mélanger les professionnels sociaux et médicaux permet de résoudre des situations parfois très complexes. La notion de bas seuil d'exigence prend ici tout son sens, car tout n'est pas possible et sûrement pas souhaitable à condition que le point de cohérence soit justement recherché et que le bénéficiaire soit intégré comme un des acteurs de la décision, même de celle qu'il n'a

pas envie d'entendre. L'expérience des LHSS rappelle le besoin de lecture concertée, de RCP médico-psycho-sociales et éthiques, pour éviter l'arbitraire ou accepter les limites de l'acceptable.

- Les acteurs sanitaires et sociaux des LHSS sont devenus des **experts** de la prise en charge de ces patients en grande précarité. Ils deviennent naturellement un appui sur les territoires pour la gestion des cas complexes. Ils se positionnent ainsi en tête de réseau pour tous les professionnels en contact avec cette population.
- Les équipes ont fait des LHSS un **lieu de sécurisation** qui permet aux personnes de s'émanciper et de s'investir et de pouvoir agir dans un parcours de soin et parfois un projet de vie. En les redirigeant vers le droit commun, le travail accompli au sein des LHSS se pérennise. Quand les personnes aux trajectoires de vie complexes sortent plus autonomes et plus armées pour faire face aux difficultés de la vie extérieure, c'est un succès pour les équipes.
- Cette organisation en fait aussi un **lieu de réflexion** autour d'un cas mais aussi plus globalement autour de catégories de personnes. Ils sont une source d'innovation dont le but est d'agir pour améliorer les situations individuelles et collectives. Ils incitent à la production de connaissances et participent à la formation des métiers sociaux, médicaux et paramédicaux. Ils permettent ainsi à des étudiants d'être confrontés à des patients qui sont habituellement peu visibles dans les structures de soin, la médecine de ville ou structures sociales classiques. Les LHSS et les LAM sont une opportunité pour construire les bases d'un observatoire des parcours de soins des populations vulnérables, dont l'étude participe à la lutte active contre les inégalités sociales de santé, mais aussi à approfondir une approche globale des questions de santé pour tous.

Ainsi les LHSS s'intègrent dans la notion que l'hébergement a une fonction de répit pour ces patients car la mise à l'abri permet de gérer plus efficacement les pathologies complexes. Comment penser le logement comme un lieu de soin ? Comment renforcer l'hébergement pour qu'il soit véritablement un temps de répit et de restauration dans un parcours de vulnérabilité ? L'offre est diverse. Trop ? Entre ACT (appartements de coordination thérapeutique), le « logement d'abord », FAM précarité (foyer d'accueil médicalisé), maison relais bénéficiant de l'appui d'un SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), Hospitalisation à domicile précarité...les dispositifs sont nombreux et souvent mal repérés. Il faut innover dans leur coordination et dans la gestion simplifiée des procédures d'admission.

Ce travail met en lumière que l'expérience de terrain des équipes des LHSS constitue une source majeure de données et d'innovations. Les LHSS doivent donc rester un lieu de soins primaires actifs et ouverts, stables mais aussi de transition, entre 2 étapes d'un parcours de vie. Mais ils doivent aussi avoir comme missions de participer à la formation des futurs professionnels de santé et du médico-social, de contribuer à l'étude de la vulnérabilité individuelle et de son impact sur l'accès aux soins et à la prévention. Car les patients vulnérables sont les très bons témoins des failles et des incohérences de nos systèmes de soins. Il s'agira donc pour ces lieux de soins singuliers que sont les LHSS, les PASS ou les LAM demain, d'agir mais aussi de penser, de témoigner, pour améliorer la prise en charge des patients vulnérables et plus globalement pour optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé de toute la population.

# BIBLIOGRAPHIE

## Introduction

1. Beaud S, Confavreux J, Lindgaard J. La France invisible. Paris, La Découverte, 2006.
2. Spira Alfred. Rapport précarité, pauvreté et santé. Académie Nationale de Médecine. 20 juin 2017. [page web consultée le 5/05/2019 : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/567-588.pdf>]
3. Wresinski J., Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Avis et rapport du Conseil économique et social. 28 février 1987
4. Haut comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes :ENSP;1998.
- 4'. Constitution de l'organisation mondiale de la santé. 22 juillet 1946. [page web consultée le 27/07/2019 : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>]
5. Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995
6. Rickey B.(membre de l'agence nouvelle des solidarités actives). Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratique innovante. Les contributions(18). Mai 2016.[page web consultée le 8/05/2019 : [https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-08/Ansa\\_Contribution18\\_SanteHebergement\\_juin2016.pdf](https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-08/Ansa_Contribution18_SanteHebergement_juin2016.pdf)]
7. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Paris, 2016. [page web consultée le 5/05/2019 : <http://www.cnle.gouv.fr/Les-chiffres-cles-de-la-pauvrete,1449.html>]
8. InVS. Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : élément de l'état des lieux. BEH du 23 janvier 2007.
9. Girard V., Estecahandy P., Chauvin P.. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen : La santé des personnes sans chez soi. La Documentation française(231). 2010. [page web consultée le 7/05/2019 : [https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/452211/filename/Sante\\_des\\_personnes\\_sans\\_chez\\_soi.pdf](https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/452211/filename/Sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf)]
10. Ernst S et Mériaux I "Les internes en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ?" Thèse médecine, Aix-Marseille, 2013 : 250 pages. [page web du poster consultée le 5/05/2019 : [http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster\\_MERIAUXirene.pdf](http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_MERIAUXirene.pdf)]
11. Institut national de la statistique et des études économiques. Étrangers immigrés. Tableaux de l'économie française (édition 2018). [page web consultée le 05/05/2019 : [www.insee.fr](http://www.insee.fr) ou <https://bit.ly/2jh5KFx>]
12. O. Bouchaud, J. Cailhol, A. Desgrées du loû. Santé des migrants. Données générales et accès aux soins. La revue du praticien (69) :545-572. Mai 2019
13. Rapport annuel des activités scientifiques du CRISES 2008-2009.Novembre 2009 : Montréal.][page web consultée le 05/05/2019 :

[http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fwww.crisis.uqam.ca%2Fupload%2Ffiles%2Frapports-annuels%2FRapport\\_annuel\\_08-09.pdf](http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fwww.crisis.uqam.ca%2Fupload%2Ffiles%2Frapports-annuels%2FRapport_annuel_08-09.pdf)

14. Richez-Battesti N., Petrella F., Vallade D. L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : Quels enjeux et défis pour l'analyse ? *Innovation* 2012/2(38) :15-36. [page web consultée le 5/05/2019 : <https://www.cairn.info/revue-innovations-2012-2-page-15.htm>]
15. Picon E., Sannino N., Minet B. et autres. Evaluation de dispositif Lits Haltes Soins Santé – rapport final – version définitive. DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé). 12 Février 2013. [page web consultée le 06/05/2019 : [file:///C:/Users/laura/Desktop/these%20LHSS/biblio/DGCS-LHSS-rapport\\_final-12fev2013\\_itinere.pdf](file:///C:/Users/laura/Desktop/these%20LHSS/biblio/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf)]

### **Méthodologie**

16. Action sociale. Le registre français du social et médico-social. Annuaire Lits Halte soins Santé. Marmande;2009-2019[Page web consulté le 10/06/2019 : <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/lits-halte-soins-sante--l-h-s-s---180/rgn-aquitaine.html>]
17. B. Glaser et A. Strauss, *The discovery of grounded theory : Stratégies for qualitative research*, Chicago, Aldine, 1967.
18. A. Blanchet et A. Gotman. *L'entretien*, 2<sup>ème</sup> édition. Malakoff : Armand Colin ;2007.

### **Résultats**

19. Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM). Art. D. 312-176-3.-I, code de l'action sociale et des familles. JORF. 13 janvier 2016.

### **Discussion**

20. Fourcade S., Vinquant J-P., Salomon J. et autres. Instruction interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2018 des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques: appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et «Un chez soi d'abord». Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité.15 août 2018 ;(2018/7):1-16. [page web consultée le 07/05/2019 :[https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-07/ste\\_20180007\\_0000\\_0031.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-07/ste_20180007_0000_0031.pdf)]
21. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Engagement n°4 : vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité. 12 septembre 2018. [page web consultée le 7/05/2019 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/les-5-engagements-de-la-strategie-pauvrete/article/engagement-no-4-vers-des-droits-sociaux-plus-accessibles-plus-equitables-et>]

22. Tregoat JJ.(directeur général de l'action sociale). Circulaire DGAS/SD.1A no 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé ». 7 février 2006. [page web consultée le 7/05/2019 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-03/a0030038.htm>]
23. De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. Insee Première, avril 2003, n°893
24. Collectif. Les personnes sans domicile. Médecins du Monde et ORS Midi Pyrénées. Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Paris, octobre 2008, pp. 137-146
25. H. Revil H., Bailly S., Sarisson A. Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CAPAM de la troisième vague de généralisation des PFIDASS. Observatoire des non-recours aux droits et services. Juillet 2018. [page web consultée le 8/05/2019 : [https://odenore.msh-alpes.fr/documents/diagnostic descriptif du renoncement aux soins - vague 3 - version 2.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/diagnostic_descriptif_du_renoncement_aux_soins_-_vague_3_-_version_2.pdf)]
26. Vojinovitch N. Étude des conditions permettant un parcours de soins coordonné à des personnes en situation de précarité hébergées à la Halte Santé et présentant une maladie chronique. [thèse de doctorat en médecine]Toulouse : Université Paul Sabatier ;2018. [page web consultée le 8/05/2019 :<http://thesesante.ups-tlse.fr/2284/1/2018TOU31089.pdf>]
27. Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Guide méthodologique. Octobre 2012 [page web consultée le 8/05/2019 : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf) ]
28. Ninacs WA. Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec. Faculté des sciences sociales, Université Laval Québec [thèse de philosophie]. 2002. [page web consultée le 28/05/2019 : [http://lacle.coop/docs/ninacs\\_these.pdf](http://lacle.coop/docs/ninacs_these.pdf)]].
29. Le Bossé Y. De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. Nouvelles pratiques sociales. 2003 ;16(2) :30-51.
30. Dalmon C., Guillot E., Rodrigues A. et autres. Cancer du col et précarité, accès aux soins diagnostic et traitement. Bulletin du cancer- société française du cancer.Octobre 2009 ;96(10) :961-969.
31. Ministère de la santé. Parcours de soins coordonné loi du 13 août 2004.
32. ARS. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z. 2016 relative à l'assurance maladie.
33. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis. ARS 2012-2016. [page web consultée le 28/05/2019 : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS\\_PRAPS\\_PRS\\_Aquitaine.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS_PRAPS_PRS_Aquitaine.pdf)]].
34. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Octobre 2017. [page web consultée le 05/06/2019 : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la mediation en sante pour les personnes eloignees des systemes de preve....pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf)]
35. Chobeaux F. L'accès aux soins en accueils à bas seuil d'exigence. Le Carnet PSY. 2011 ;7(156):40-41. [Page web consultée le 28/05/2019 : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2011-7-page-40.htm>]

36. Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine. Annexe 1 : Cahier des charges. Création de 15 lits d'accueil médicalisés sur le territoire de santé de Charente Maritime ou de Gironde. [page web consultée le 30/05/2019 : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CDC AAP LAM D17 D33 10 2017.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CDC_AAP_LAM_D17_D33_10_2017.pdf)]
37. Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM). JORF n°0010 du 13 janvier 2016 texte n° 24. Code de l'action sociale et des familles. [page web consultée le 30/05/2019 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031824723&categorieLien=id>]].

# ANNEXES

## Guide d'entretien

### **I. Introduction :**

#### **- Présentation**

Je suis médecin généraliste remplaçante. J'ai fait mes études de médecine à l'université de Bordeaux.

Lors de nos enseignements, nous avons peu d'information sur les populations précaires. J'ai participé à un enseignement optionnel sur la santé précarité avec le Dr Adam.

J'ai fait un stage à médecin du monde à Bordeaux où on recevait surtout des migrants en consultation de médecine générale.

Par la suite, j'ai fait un stage aux LHSS de Bordeaux avec le Dr Adam. J'ai participé aux entretiens médicaux ainsi qu'aux réunions de services me faisant découvrir des cas très complexes. Le caractère social et leur précarité bloquaient toutes prises en charges médicales correctes.

On a constaté que les LHSS, au terme de leurs 10 ans ont été une grande innovation, qui est sûrement améliorable et incomplète. Un bilan s'impose.

#### **- Thèse**

J'ai donc décidé de réaliser une thèse sur ces populations précaires en se demandant comment pouvait-on innover dans leur prise en charge.

On a recherché qui étaient les plus à même de répondre à ces questions.

Avec le Dr Adam, nous avons décidé de nous appuyer sur l'expérience des différents acteurs médico-sociaux des centres LHSS de Nouvelle Aquitaine. Il nous a semblé que ces personnes auraient un point de vu intéressant sur la prise en charge de ces populations qu'ils côtoient au quotidien. Peut-être ont-ils même des projets innovants.

#### **- Méthode**

Analyse descriptive avec les rapports d'activité : remarques/ constats intéressants qui émergent.

Repérer des axes d'innovations.

Entretien semi dirigé pour faire émerger des grands thèmes de santé à développer : analyse qualitative de ses entretiens

### **II. Histoire de la personne et du centre**

**Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel qui vous a mené à cet emploi ?**

**Histoire du centre :**

**Quel est votre rôle au sein des LHSS ?**

**Evolution du centre et des projets en 10 ans ?**

Les LHSS ont été une grande innovation médico-sociale depuis 10 ans. Quel bilan en faites-vous ?

Quels sont les difficultés rencontrées ?

### III. Questions

1. De cette expérience sur les LHSS, quels seraient selon vous les axes à développer pour améliorer la prise en charge de ces patients en situation précaires ?

...

Exemples donnés si la personne n'avait pas d'idées face à cette question générale :

- Les LAM sont-elles une solution dans votre région ?
- Equipes mobile (modèle des équipes mobiles de soins palliatifs ou *des camions distribution resto du cœur...*)
- RCP précarité
- Développement des PASS
- Développement des dispensaires
- HAD
- Télémédecine

2. Je vais vous proposer 3 grandes idées qui sont ressorties des rapports d'activité et des différentes discussions : (*pas forcément citée en fonction des discussions précédentes*)

#### A. Organiser des soins sur les lieux d'hébergement (CHRS, maison relais, CAU) :

- IDE coordonnatrice sur ces structures
- Contractualiser avec des médecins généralistes de proximité qui viendraient sur place
- Développement d'un système d'HAD

#### B. Favoriser l'accès au soin de ses populations précaires :

- Par le développement des PASS ou autres dispensaires
- Optimiser l'accès aux médecins libéraux

#### C. Améliorer le diagnostic et la prise en charge de ces patients complexes, polyopathologiques qui nécessitent des soins pluridisciplinaires (addicto, psy, kiné, médecins, spécialistes, ophtalmo, dentiste...)

- Intérêt des RCP « cas complexes » que certains centres ont développés
- Equipes mobiles. Exemple des équipes de soins palliatifs qui passent au domicile, aide les prescripteurs et les paramédicaux, conseils de prise en charge globale

#### D. Développer des lieux de répit

### IV. Conclusion :

Reprendre les principaux points développés.

Avez-vous des remarques autres à faire que vous pensez qu'il serait intéressant de développer ?

Point sur le rendez-vous, choses à améliorer dans l'entretien. Remerciements

# SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# RESUME

Les inégalités sociales en santé sont marquées en France puisque la mortalité et la morbidité sont toujours importantes dans cette population de grands précaires et des sans-abris. Face à ce constat, les Lits Haltes Soins Santé (LHSS) ont été créés en 2005 pour assurer la prise en charge médicale et sociale de patients sans abris en grande précarité dont l'état de santé ne nécessite pas l'hospitalisation mais qui ont besoin d'un logement pour réaliser les soins.

L'objectif de l'étude est de décrire les pratiques innovantes proposées par les acteurs des LHSS de Nouvelle Aquitaine, au terme de plus de 10 ans d'expérience, pour améliorer la santé des patients en grande précarité.

Il s'agit d'une analyse quantitative descriptive transversale et rétrospective de leur pratique à travers les rapports d'activités de 9 des 11 centres de la région, complétée d'une analyse qualitative par entretiens semi-directifs de 13 professionnels de ces structures visant à comprendre comment leur fonctionnement innovant améliore la santé des grands précaires. Le codage réalisé à l'aide de N Vivo 12 a permis de définir des thèmes regroupant les grands axes proposés par ces acteurs.

Les principaux résultats ont montré un bilan positif à l'unanimité avec un fonctionnement efficient mais qui nécessite des améliorations notamment augmenter leur capacité d'accueil et développer des Lits d'Accueil Médicalisés pour gérer les pathologies chroniques et lourdes.

L'étude montre que c'est un lieu qui permet la sécurisation et l'émancipation de la personne en grande précarité vis-à-vis de son parcours social et médical en l'emmenant vers le droit commun mais aussi un lieu de savoirs et d'innovation qui en fait un repère essentiel sur le territoire médico-social pour la prise en charge des cas complexes.

Ils ont un rôle indispensable pour la santé des sans-abris et pour la gestion de ces patients de manière plus coordonnée avec une approche de prise en charge globale efficace et prometteuse.

**RESUME :**

Les inégalités sociales en santé sont marquées en France puisque la mortalité et la morbidité sont toujours importantes dans cette population de grands précaires et des sans-abris. Face à ce constat, les Lits Haltes Soins Santé (LHSS) ont été créés en 2005 pour assurer la prise en charge médicale et sociale de patients sans abris en grande précarité dont l'état de santé ne nécessite pas l'hospitalisation mais qui ont besoin d'un logement pour réaliser les soins.

L'objectif de l'étude est de décrire les pratiques innovantes proposées par les acteurs des LHSS de Nouvelle Aquitaine, au terme de plus de 10 ans d'expérience, pour améliorer la santé des patients en grande précarité. Il s'agit d'une analyse quantitative descriptive transversale et rétrospective de leur pratique à travers les rapports d'activités de 9 des 11 centres de la région, complétée d'une analyse qualitative par entretiens semi-directifs de 13 professionnels de ces structures visant à comprendre comment leur fonctionnement innovant améliore la santé des grands précaires. Le codage réalisé à l'aide de N Vivo 12 a permis de définir des thèmes regroupant les grands axes proposés par ces acteurs.

Les principaux résultats ont montré un bilan positif à l'unanimité avec un fonctionnement efficace mais qui nécessite des améliorations notamment augmenter leur capacité d'accueil et développer des Lits d'Accueil Médicalisés pour gérer les pathologies chroniques et lourdes. L'étude montre que c'est un lieu qui permet la sécurisation et l'émancipation de la personne en grande précarité vis-à-vis de son parcours social et médical en l'emmenant vers le droit commun mais aussi un lieu de savoirs et d'innovation qui en fait un repère essentiel sur le territoire médico-social pour la prise en charge des cas complexes.

Ils ont un rôle indispensable pour la santé des sans-abris et pour la gestion de ces patients de manière plus coordonnée avec une approche de prise en charge globale efficace et prometteuse.

**RESUME en ANGLAIS :**

***Medico-social innovation in healthcare of patients in precarious state. Interest of Care and Health Halt Beds of Nouvelle Aquitaine.***

Social inequalities in healthcare are important in France as morbidity and mortality are high among the homeless population. Given this situation, the « Care and Health Halt Beds » (LHSS) have been created in 2005 to bring medical and social care to homeless or vulnerable patients whom don't require hospitalization but need housing to achieve care.

The objective of this study is to describe innovative practices of the LHSS specialized workers in Nouvelle Aquitaine, after ten years of experience, to improve healthcare of patients in high insecurity. This is a descriptive cross-sectional and retrospective analysis of their practices, extracted from the activity reports of 9 out of 11 regional centres. To understand how their innovative work improves people's healthcare in precarious state, this study is supplemented by a qualitative analysis of semi-directives interviews from 13 professionals of these structures. N vivo 12 software was used to identify major themes proposed by the interviewees.

The main results showed a unanimous positive assessment for everybody and a proper functioning but also a need of improvements like increasing the current capacity and delivering medical beds for patients with chronic diseases. The study shows that the LHSS are a secure place that enhance emancipation of precarious people with medical and social history by guiding them to the common law. It is also a place where knowledge and innovation take place which helps stabilising the medical and social community to take care of difficult patients.

Their role is essential for the health of the homeless and their management using a more coordinated, efficient and promising care.

**DISCIPLINE : Médecine Générale**

**MOTS-CLES : LHSS, Précarité, Santé, Sans-abris, Innovation médico-sociale, Nouvelle Aquitaine.**

**UNIVERSITE DE BORDEAUX – UFR DES SCIENCES MEDICALES**