



HAL
open science

Activité des lits halte soins santé de Banyuls-sur-Mer de 2017 à 2019 : confrontation au cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé

Caroline Chan-Sun

► To cite this version:

Caroline Chan-Sun. Activité des lits halte soins santé de Banyuls-sur-Mer de 2017 à 2019 : confrontation au cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02965547

HAL Id: dumas-02965547

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02965547>

Submitted on 13 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE
Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Caroline CHAN-SUN

le 15 septembre 2020

TITRE

**ACTIVITÉ DES LITS HALTE SOINS SANTÉ
DE BANYULS-SUR-MER DE 2017 À 2019 :
CONFRONTATION AU CAHIER DES CHARGES
DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ**

Directeur de thèse : Dr Pierre FRANCES

JURY

Président : Pr Eric BACCINO

Assesseurs : Pr Georges-Philippe PAGEAUX
Dr Yves-Marie PERS
Dr Pierre FRANCES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE
Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Caroline CHAN-SUN

le 15 septembre 2020

TITRE

**ACTIVITÉ DES LITS HALTE SOINS SANTÉ
DE BANYULS-SUR-MER DE 2017 À 2019 :
CONFRONTATION AU CAHIER DES CHARGES
DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ**

Directeur de thèse : Dr Pierre FRANCES

JURY

Président : Pr Eric BACCINO

Assesseurs : Pr Georges-Philippe PAGEAUX
Dr Yves-Marie PERS
Dr Pierre FRANCES

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIÉ Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophtalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire



STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

Je remercie Pr Baccino, Pr Pageaux et Dr Pers de me faire l'honneur de faire partie du jury.

Un immense merci au Dr Francès pour ton accompagnement.

Un grand merci à Maria et à toute l'équipe des LHSS de Banyuls-sur-mer pour leur précieuse aide.

Merci à mes parents et ma famille.

Une pensée pour mes grands-parents pour nous avoir assuré un avenir meilleur.

Merci à tous ceux qui m'ont soutenue durant ces longues années d'étude.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	17
I. INTRODUCTION	19
I.A) Précarité et inégalités sociales de santé	20
I.B) Les personnes sans domicile fixe	25
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	31
II.A) Type d'étude.....	32
II.B) Recueil des données	32
II.C) Eléments pertinents du cahier des charges défini par l'ARS.....	33
II.D) Méthode d'analyse des résultats.....	35
III. RÉSULTATS	36
III.A) Caractéristiques des patients accueillis	38
III.B) Caractéristiques de la structure des LHSS de Banyuls-sur-mer.....	55
IV. DISCUSSION	57
IV.A) Le cahier des charges a-t-il été respecté ?	58
IV.B) Résultats principaux	59
IV.C) Analyse des résultats et hypothèses	60
IV.D) Forces et faiblesses de l'étude	68
IV.E) Comparaison avec d'autres LHSS	69
IV.F) Perspectives d'avenir et pistes d'amélioration	72
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES	82
SERMENT	106
PERMIS D'IMPRIMER	107
RÉSUMÉ	108

ABRÉVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'État

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

AVDL : Accompagnement vers et dans le logement

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

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CHUSI : Centre d'Hébergement d'Urgence avec Soins Infirmiers

CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse

CMG : Collège de la Médecine Générale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CREAI : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Information, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EDP : Échantillon Démographique Permanent

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité

FAM : Foyer d'Accueil Spécialisé

IML: Intermédiation locative

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LAM : Lits d'Accueil Médicalisé

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAO : Module d'Action et d'Orientation

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et au Soins

PUMa : Protection Universelle Maladie

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAO : Service d'Accueil et d'Orientation

SDF : Sans Domicile Fixe

SMIT : Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

I. INTRODUCTION

« Guérissez quelquefois gratuitement en ayant comme seul espoir la reconnaissance et l'estime des autres. Si l'occasion se présente, secourez l'indigent et l'étranger car, si vous aimez les Hommes, vous aimerez votre Art. », Hippocrate (IV^e siècle av. J. -C.)

Santé et précarité sont abordés par plusieurs textes fondamentaux. Dès le IV^e siècle avant Jésus-Christ, les soins à apporter à l'indigent ont fait l'objet d'une des recommandations d'Hippocrate, un des pères de la médecine. Le serment d'Hippocrate s'inspire de l'oeuvre d'Hippocrate, et sert à rappeler aux nouveaux médecins qu'ils sont liés à des obligations légales, mais aussi morales et éthiques. Après multiples façonnages de ce serment au fil des siècles, ce commandement persiste dans sa version moderne :

« Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. »

La volonté de permettre l'accès aux soins à tous, même aux plus démunis, est profondément ancrée dans l'histoire de la médecine. De la même façon, notre système de santé actuel a pour vocation de protéger chaque assuré, y compris les plus fragiles, les pauvres, les personnes en situation de précarité, quelle que soit leur origine ou leur appartenance sociale.

Mais en pratique, les médecins généralistes, consultés en premier recours et représentant 90 à 95% des contacts de la population avec le corps médical, sont confrontés à la réalité des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins.

I.A) Précarité et inégalités sociales de santé

La **précarité** définit la condition qui résulte d' « absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même. ». La précarité peut être évaluée par le score EPICES (Annexe 1). Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

L'INSEE définit la **pauvreté** comme un « état de manque en termes de biens (économique et de ressources de santé) ou de position sociale, telle que la personne est incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société. »

Le seuil de pauvreté monétaire est fixé par l'INSEE à 60% du niveau de vie médian. Ce seuil s'établit en 2017 à 1041 euros/mois. En France métropolitaine en 2017, 8,9 millions de personnes vivaient en dessous de ce seuil, soit 14,1% de la population.

Les **inégalités sociales de santé** (ISS) sont définies comme l'existence de différences existant dans le domaine de la santé entre les divers groupes sociaux. Elles sont donc en théorie évitables, contrairement aux inégalités de santé qui sont liées à des facteurs non modifiables (âge, sexe, facteurs génétiques par exemple). Elles sont liées à l'inégale répartition des chances au départ. Selon l'INPES, l'équité en santé implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé.

Les catégories socioprofessionnelles sont différenciées en fonction du revenu, de la richesse, du niveau d'instruction, ou encore du pouvoir dont elles disposent dans la société.

Les classes sociales défavorisées subissent une double peine : une moindre espérance de vie et une moindre qualité de vie (incapacités et handicap).

L'espérance de vie se définit comme l'âge moyen au décès pour une génération fictive qui serait soumise toute sa vie aux conditions de mortalité actuelles.

L'espérance de vie à 35 ans d'une catégorie sociale se définit comme le nombre moyen d'année restant à vivre à cet âge, pour une génération fictive de personnes survivantes à 35 ans soumises à chaque âge aux probabilités de décès de cette catégorie sur la période étudiée. (1)

L'espérance de vie sans incapacité se définit comme le nombre d'années sans incapacité qu'il resterait à vivre en moyenne aux individus d'une population ou d'un groupe, si les conditions de vie et de santé du moment continuaient à s'appliquer dans le futur. (2)

L'espérance de vie a progressé sans interruption depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Mais même si ce progrès concerne toutes les classes sociales, les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus (fig. 1 et 2) :

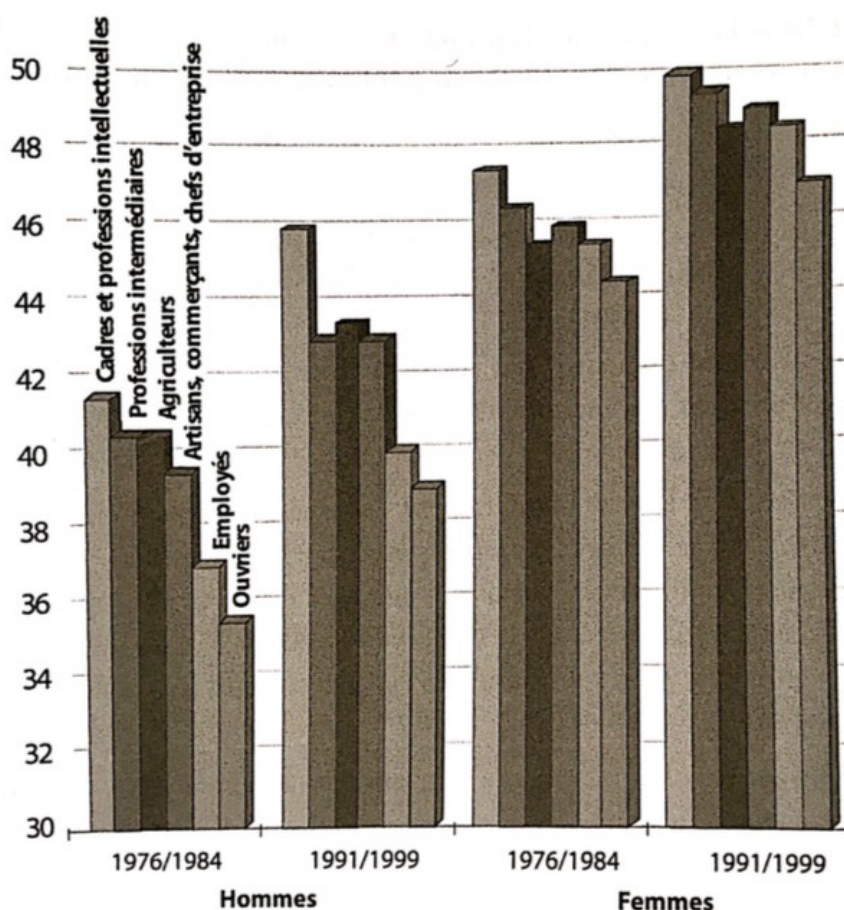


Figure 1 : Espérance de vie à 35 ans des hommes et des femmes en France par catégorie socioprofessionnelle, période 1976-84 et 1991-99 (3)

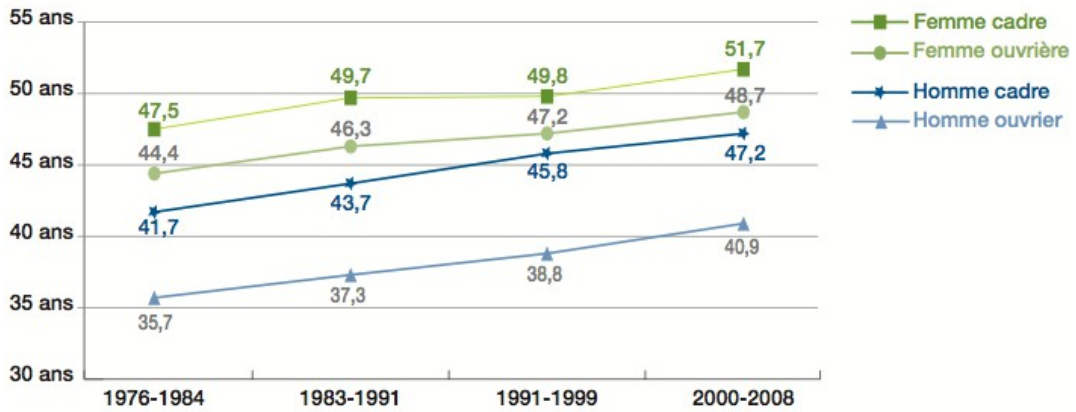


Figure 2 : Espérance de vie à 35 ans, par sexe, pour les cadres et les ouvriers (1)

Les cadres ont également une espérance de vie sans incapacité plus longue que les ouvriers, d'après une étude basée sur l'échantillon démographique permanent (EDP) et l'enquête de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux de 2003 (2) (fig. 3) :

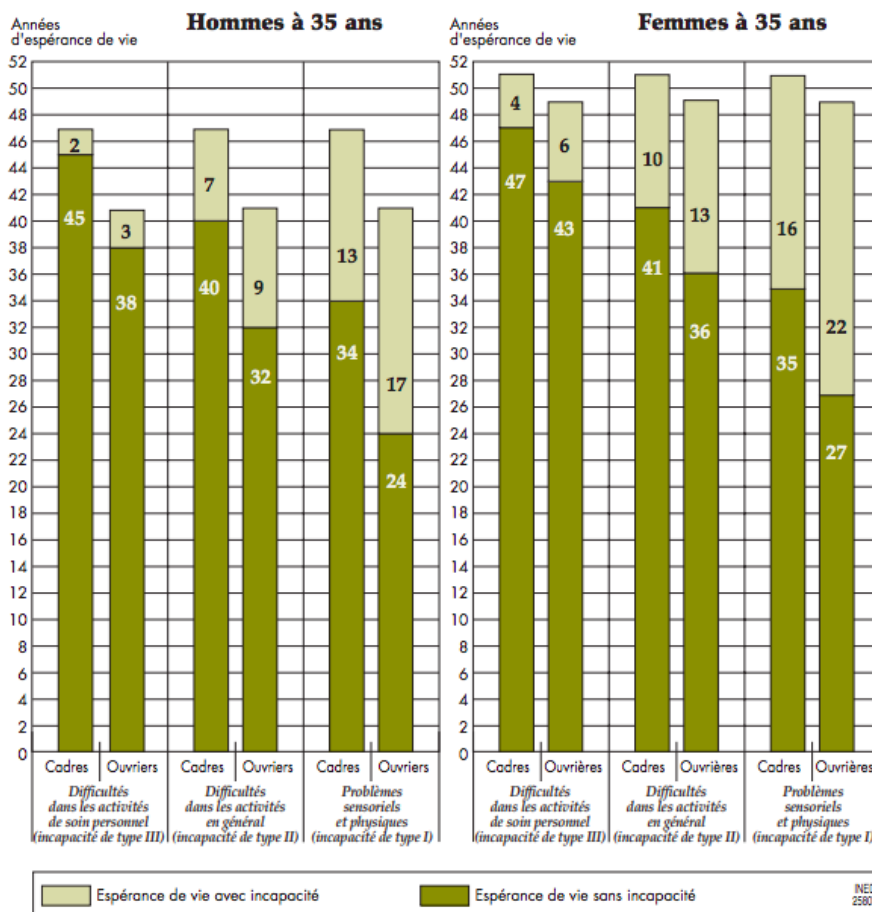


Figure 3 : Espérance de vie à 35 ans avec et sans incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, pour différents indicateurs d'incapacité (2)

Les femmes ouvrières vivent plus longtemps que les hommes cadres. Par contre, leur espérance de vie sans incapacité est plus faible. (2) (fig. 2 et 3)

Comprendre les inégalités sociales de santé...

3 grands mécanismes génèrent les inégalités sociales de santé (3,4) :

- l'environnement au sens large (éducation, emploi, conditions de travail, revenus, logement, histoire de vie)
- le comportement des individus défavorable à leur santé, qui est accentué par le manque d'éducation ou d'information
- les difficultés d'accès aux soins : géophysiques, financières, inaccessibilité fonctionnelle, lourdeur des démarches administratives, culturelles, psychosociales, politiques.

Les difficultés d'accès aux soins d'ordre géophysique sont liées à l'éloignement géographique d'une personne par rapport à une offre de soins, la désertification médicale, mais aussi parfois le manque d'équipements adaptés générant une entrave physique (pour les handicapés par exemple).

L'inaccessibilité fonctionnelle désigne par exemple le refus de soins par certains professionnels de santé des patients ayant l'AME ou la CMU (5), ou encore la sectorisation en psychiatrie qui n'est pas adaptée à l'accueil des personnes sans domicile fixe.

Le manque d'accessibilité financière aux soins peut s'expliquer, outre les dépassements d'honoraires, par le fait que la sécurité sociale a opéré un désengagement progressif en médecine de ville et pour les patients ne souffrant pas d'une affection de longue durée (ALD). Seules les pathologies lourdes nécessitant une prise en charge au titre de l'ALD ou une hospitalisation sont bien couvertes par la sécurité sociale. Quant aux soins courants que nécessite la plupart des français, ils doivent être pris en charge davantage par les assurances complémentaires. Ce transfert de charges depuis la sécurité sociale vers les complémentaires pour les soins courants est un facteur aggravant des inégalités sociales de santé. Cela s'explique par le fait que le monde des assurances est régi par la concurrence. En effet les assureurs visent une clientèle rentable, donc jeune et rarement malade. (3)

Sur le plan culturel, les valeurs et croyances de certaines personnes peuvent également être incompatibles avec certaines pratiques de soins (par exemple, le refus de la transfusion par les témoins de Jéhovah).

Mais l'état de santé peut aussi influencer sur l'appartenance à une classe sociale : une mauvaise santé peut empêcher la poursuite d'études ou la conservation d'un emploi, et peut entraver certaines évolutions tout au long d'une carrière professionnelle. (1)

...pour agir

Connaissant ces facteurs contributifs, le médecin peut devenir acteur de la réduction des inégalités sociales de santé.

Tout d'abord, il peut repérer les difficultés sociales d'un patient, grâce à 7 informations à recueillir, selon le Collège de la médecine générale et l'INPES (6) :

- le sexe
- l'âge
- l'adresse
- le statut par rapport à l'emploi
- la profession
- le type de couverture sociale
- les capacités de compréhension du langage écrit.

L'adresse permet de repérer une situation de précarité vis-à-vis du logement si elle est uniquement administrative par exemple, et de rechercher des facteurs de risque liés à l'environnement intérieur tels que le plomb ou les moisissures. Le statut par rapport à l'emploi et la profession permettent de préciser la stabilité économique du patient pour éventuellement lui faire bénéficier du tiers payant, mais aussi de repérer puis d'agir sur les facteurs de risques professionnels. La connaissance du type de couverture sociale permet de prévenir des difficultés d'accès aux soins pour raisons financières. Les capacités de compréhension du langage écrit sont nécessaires à la compréhension d'une ordonnance écrite, c'est pourquoi il est utile de s'en assurer afin d'adapter les modes de transmission d'informations. C'est un facteur limitant dans l'évolution du patient dans son parcours de soins. Il est important de poser spécifiquement la question de l'illettrisme, car ce sujet n'est en général pas abordé spontanément par le patient.

Le recueil de ces données doit se faire en toute bienveillance, et avec tact, afin d'éviter les questions qui pourraient être à l'origine d'une stigmatisation relative à leur condition sociale (7). Il faut aussi respecter un éventuel refus de réponse. Ce n'est qu'au travers d'une relation de confiance avec le patient que le médecin pourra l'aider à surmonter les obstacles identifiés sur le chemin de l'accès aux soins, et à améliorer son autonomie vis-à-vis de sa santé.

Les patients en situation de précarité attendraient des professionnels de santé des compétences biomédicales et relationnelles, mais aussi la prise en compte des aspects matériels, économiques et de l'accessibilité aux soins. (7)

Comme nous venons de le voir, déterminer les conditions de logement permet d'appréhender et d'anticiper certaines formes d'inégalités sociales de santé. Le mal-logement ou l'absence de logement sont des marqueurs forts de grande précarité. L'absence de logement est un déterminant de la santé qui a un impact négatif certain. Alors que l'espérance de vie dans la population générale française est de 82,5 ans, celle d'une personne SDF serait d'environ 48,7 ans. Ce chiffre a été obtenu à partir de la moyenne des âges au décès de 683 personnes SDF ou anciennement SDF signalés en France en 2018 au Collectif Les Morts de la Rue (8).

Le fait d'être sans chez soi constitue un facteur de mortalité prématurée indépendant de tout autre facteur social défavorable. (9-12)

I.B) Les personnes sans domicile fixe

L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 reconnaît le droit au logement comme un droit universel au niveau international :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

Plus récemment, la loi Besson institue le droit au logement en 1990 en affirmant que « garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la Nation ».

Selon la définition de l'INSEE, les personnes sans domicile un jour donné sont toutes celles qui, la nuit précédente, ont eu recours à un service d'hébergement ou ont dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation. Ces services d'hébergement peuvent fournir des places dans des structures collectives, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires. Ces hébergements peuvent être proposés pour des durées différentes : d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les lieux non prévus pour l'habitation sont les suivants : cave, parking fermé, grenier, cabane, voiture, wagon, bateau, usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, parties communes d'un immeuble d'habitation, ruine, chantier, grotte, tente, métro, gare, couloirs d'un centre commercial, rue, pont, parking extérieur, jardin public, terrain vague, voie ferrée.

En France, il existerait 3,8 millions de mal logés selon le rapport de 2015 de la Fondation Abbé Pierre. Selon la dernière évaluation des SDF par l'INSEE en 2012, leur nombre est estimé à 141 500 personnes en France, un chiffre en progression de 50% en 11 ans. (13) Mais il est difficile de connaître de manière suffisamment précise leur nombre, car les SDF sont une population réfractaire au recensement classique.

C'est une population hétérogène : des hommes seuls surtout, mais aussi des femmes fuyant les violences conjugales, majoritairement âgés de 20 à 40 ans, français ou étrangers, des sortants de prison ou d'hôpitaux, des travailleurs saisonniers (vendanges, hôtellerie), des réfugiés politiques. (14) Selon une étude de l'INSEE à ce sujet en 2012, les femmes représenteraient 40% des SDF. La proportion de femmes diminue lorsque l'âge augmente : 48% parmi les 18-29 ans, 31% parmi les plus de 50 ans. Il y aurait une tendance à la féminisation et au rajeunissement de la population SDF.

Comment expliquer le phénomène de sans-abrisme ? Le rapport de 2005 de la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) distingue des facteurs structurels, institutionnels, et individuels. Parmi les facteurs structurels, on retrouve en premier lieu la difficulté d'accès à un logement décent (coût

élevé du marché du logement, nombre insuffisant de logements sociaux), la restructuration du marché du travail et ses conséquences en termes de chômage et de précarisation des statuts d'emploi, le durcissement des règles relatives au droit de séjour des étrangers. Les facteurs institutionnels comprennent la capacité limitée des services d'hébergement d'urgence et de réinsertion, l'inadéquation des dispositifs aux besoins des personnes (par exemple, pour les familles, les handicapés, les personnes dépendantes, etc). Parmi les facteurs individuels, on peut citer une absence de soutien familial, une origine modeste, des violences au sein de la famille quand elle a existé, un déracinement géographique souvent entretenu par l'exercice de professions itinérantes, un enchaînement d'événements de vie négatifs (tels que l'orphelinat, un placement en institution ou famille d'accueil, un divorce, un séjour en prison, ...), des problèmes d'addictions. Les fragilités individuelles d'ordre psychologique peuvent être un facteur causal, mais aussi une conséquence de la vie à la rue. (14)

Quels sont les moyens d'assistance existant auxquels peuvent faire appel les personnes sans domicile fixe, et quelles sont leurs limites ?

Les dispositifs d'urgence sociale (15)

Le 115 est un numéro d'urgence gratuit accessible 24h/24 et 7 jours/7, permettant de solliciter le SAMU social. Près de 90% des gestionnaires 115 sont des associations. Ce service permet de renseigner et d'orienter vers les services proposés par département. Ces services concernent non seulement l'hébergement d'urgence, mais aussi ceux relevant de l'insertion sociale. Le 115 joue un rôle de régulation en recueillant et en diffusant quotidiennement les informations relatives aux places d'hébergement disponibles. Il doit donc connaître finement les modalités de fonctionnement des structures d'accueil et d'hébergement, leurs capacités et leurs limites. Le 115 peut parfois mobiliser une équipe mobile en fonction des territoires, par exemple lorsque quelqu'un leur signale une personne à la rue en difficulté. Mais le 115 est souvent saturé, l'attente avant d'avoir quelqu'un au téléphone peut être de plusieurs heures.

Les centres d'hébergement d'urgence (CHU) accueillent de manière inconditionnelle sur le plan administratif les personnes SDF pour la nuit. Le nombre de place est souvent augmenté durant la période hivernale. Malgré cela, les places restent limitées et insuffisantes. De plus, les personnes n'ont pas le droit d'y rester pendant la journée, elles doivent quitter les lieux le matin. Cela favorise le maintien dans l'exclusion. Ces horaires imposés sont souvent incompatibles avec l'inversion du rythme nyctéméral que présentent souvent les personnes SDF. L'insécurité régnant dans la rue les oblige parfois à rester en éveil la nuit afin de prévenir les risques de vol, et à préférer dormir en journée dans l'espace public à la vue de tous, ce qui serait plus sécurisant. Malgré la clause de l'accueil inconditionnel, certains CHU estiment que l'état d'ébriété est un motif suffisant pour refuser l'accueil de certaines personnes. Or, la dépendance à l'alcool, très fréquente dans cette population, expose au risque de delirium tremens voire de crise d'épilepsie et de décès, lorsque le sevrage est trop brutal. Les CHU ne proposent en général pas de traitement préventif du delirium tremens. L'alcool est également utilisé par certains comme

somnifère. Pour certaines personnes SDF, un autre inconvénient des CHU est que les chiens n'y sont pas admis.

Les **Centres d'Hébergements et de Réinsertion Sociale** (CHRS) offre un hébergement limité dans le temps avec pour objectif la réinsertion sociale.

Les **Services d'Accueil et d'Orientation** (SAO) sont des services d'accueil inconditionnel, d'orientation et d'hébergement d'urgence, dont l'objectif est, au-delà de fournir des solutions de première urgence, de favoriser l'insertion et la stabilisation des personnes, en synergie avec les partenaires locaux et notamment les CHRS.

Les **Accueils de jour** sont des lieux d'accueil inconditionnel, anonyme, gratuit, ouverts en journée, visant à répondre à des besoins élémentaires et à permettre l'accès aux droits fondamentaux : prendre une collation, une douche, laver son linge, avoir accès à des permanences médicales, disposer d'une adresse administrative nécessaire à certaines démarches, accéder à internet, trouver une écoute ou des conseils, etc. Ils permettent de prendre le relais des centres d'hébergement qui ferment tôt le matin et qui rouvrent leurs portes en début de soirée.

Les logements non médicalisés, à moyen et long termes

Il s'agit, avec différents niveaux d'autonomie dans le logement, des maisons relais, des foyers de jeunes travailleurs, des logements en intermédiation locative (IML), ...

Les dispositifs d'accès aux soins :

Les **Permanences d'Accès aux Soins de Santé** (PASS) sont des dispositifs médico-sociaux de prise en charge des personnes démunies. Elles sont implantées dans les hôpitaux publics, afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques (radiologie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie, etc). Elles sont destinées essentiellement aux personnes sans couverture sociale, et à celles qui n'ont pas les moyens de faire l'avance des frais. Elles sont ouvertes sur des horaires limités (9h – 17h), ce qui limite l'accès aux personnes SDF qui n'ont pas forcément le rythme de vie compatible. Les PASS sont trop peu nombreuses, car elles ne sont pas obligatoires au sein des hôpitaux publics. Leur présence et leur développement dépend de l'implication des dirigeants d'hôpitaux. Le budget qui leur est accordé peut parfois être en inadéquation avec l'absence de logique productiviste et la complexité de l'accompagnement médico-social à fournir. Les PASS pourraient disposer de plus d'interprètes professionnels, car elles accueillent beaucoup d'étrangers sans ressource. Les PASS constituent une ressource assez peu connue des patients, mais aussi des médecins de ville, car il n'y a pas d'obligation d'information de l'existence d'une PASS dans l'enceinte de l'hôpital. (3)

Les **PASS mobiles** sont des dispositifs complémentaires aux PASS « fixes », dont l'objectif est d'aller vers des personnes isolées géographiquement, ou qui sont incapables d'entreprendre une démarche de soins par leur propre initiative du fait de leur grande marginalisation.

Les **Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité** (EMPP) ont pour cible toutes les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant des pathologies psychiatriques ou en situation de souffrance psychique, pas seulement les personnes SDF. Elles vont à la rencontre de ce public et travaillent en réseau et en partenariat avec le secteur social. Certaines équipes rapportent le manque de moyens humains vis à vis de l'ampleur de leur tâche et des nombreux besoins dans leur large cadre d'intervention. Un autre problème est celui du refus de prise en charge de certaines personnes SDF par des services de psychiatrie ou centre médico-psychologique, car elles ne sont pas de leur secteur. Mais comment peuvent-elles l'être lorsqu'elles n'ont pas de domicile ? De plus, les EMPP ont rarement un médecin généraliste dans leur équipe. De ce fait, elles peuvent se sentir démunies lorsque le patient présente des comorbidités somatiques non négligeables, ce qui est souvent le cas. Elles sont confrontées à la carence de places d'hébergement adaptées aux comorbidités psychiatriques, addictives et somatiques de leur public cible.

Les **Lits Halte Soins Santé** (LHSS) sont des structures médico-sociales prenant en charge des personnes sans domicile nécessitant un soin d'une pathologie aiguë ne relevant pas de l'hospitalisation et incompatible avec la vie à la rue, pour une durée prévisionnelle maximale de 2 mois. Les LHSS assurent un accompagnement social également. Ils n'ont pas vocation à garder les patients sur un long terme.

Les **Lits d'Accueil Médicalisés** (LAM) sont des structures médico-sociales qui accueillent des personnes sans domicile atteintes de pathologies lourdes, 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. Les LAM dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés quotidiennement, et élaborent avec la personne un projet de vie et un accompagnement social. Contrairement aux LHSS, dans les LAM la durée de séjour n'est pas limitée, et une infirmière est présente 24h/24. (16)

Les **Maisons d'Accueil Spécialisé** (MAS) et les **Foyers d'Accueil Médicalisé** (FAM) sont des structures d'hébergement et de soins accueillant des adultes dont le handicap les rend inaptes à réaliser seuls les actes de la vie quotidienne et qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants. Les usagers des FAM sont plus autonomes physiquement et intellectuellement.

Les **Appartements de Coordination Thérapeutique** (ACT) hébergent à titre temporaire des personnes sans domicile porteuses de pathologie(s) chronique(s) en situation de fragilité psychologique, et ayant un double projet : celui du soin et celui de l'insertion sociale. Les ACT assurent le suivi et la coordination des soins, ainsi que l'accompagnement dans les démarches d'insertion sociale. La durée de séjour est définie avec la personne hébergée et l'équipe pluridisciplinaire sur la base de chaque projet individuel. Les ACT peuvent souvent accueillir les personnes accompagnantes. Le résident est redevable d'un forfait journalier dont le montant ne doit pas dépasser 10% du forfait journalier hospitalier de droit commun, soit 2 euros/jour.

Les couvertures sociales

La PUMa , **Protection Universelle Maladie** est accessible à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, y compris les étrangers en situation régulière. La PUMa a remplacé la CMU de base (Couverture Maladie Universelle) depuis le 01/01/2016.

La CSS, **Complémentaire Santé Solidaire**, est une complémentaire santé gratuite, attribuée sous certaines conditions : résider en France depuis au moins 3 mois, être en situation régulière, et disposer de ressources inférieures à un plafond défini en fonction de chaque foyer. La CSS a remplacé la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) et l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) depuis le 01/11/2019.

L'AME, **Aide Médicale de l'État**, est à destination des personnes en situation irrégulière, ayant une résidence stable en France depuis au moins 3 mois, et sous conditions de ressources. L'AME est attribuée automatiquement et sans condition aux mineurs enfants de personnes en situation irrégulière, même si leurs parents dépassent le plafond des ressources, ou ne bénéficient pas encore de l'AME.

Malheureusement ces différentes couvertures maladies ne suffisent pas à couvrir certains dépassements d'honoraires pratiqués par de nombreux spécialistes. Les plus vulnérables manquent de connaissance sur l'existence même, et les conditions d'accès à ces ressources. 20% des personnes relevant de la PUMa n'en feraient pas la demande. D'autre part, certains professionnels de santé refusent les soins aux patients présentant un de ces types de couvertures sociales ci-dessus. (5)

Ces différents dispositifs d'assistance aux personnes sans abri ne sont pas parfaits. Il convient de bien identifier leurs limites, leur adéquation avec les besoins parfois liés à la non demande de ce public en marge, et d'évaluer la pertinence de leur organisation théorique face la réalité du terrain.

Du point de vue de l'État, l'évaluation des politiques publiques est un principe constitutionnel depuis la loi du 23 juillet 2008. Cela consiste à apprécier les besoins collectifs, décrire le déroulement d'actions ou dispositifs mis en place pour répondre à ces besoins, comparer les résultats obtenus aux objectifs fixés, pour enfin proposer des améliorations de pratiques.

C'est dans l'esprit de cette démarche d'évaluation que nous allons nous intéresser aux Lits Halte Soins Santé de Banyuls-sur-mer.

Les lits halte soins santé de Banyuls-sur-mer sont gérés par l'association « Solidarité Pyrénées ». Cette association propose diverses prestations en faveur des personnes démunies dans le département 66 :

- à Perpignan : un accueil de jour, un centre d'hébergement d'urgence et d'insertion, un restaurant d'insertion

- à Céret : un accueil de jour, un centre d'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale
- à Banyuls-sur-mer : un centre d'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale, un service de Lits Halte Soins Santé
- sur l'ensemble du département : une équipe mobile de rue, un dispositif d'intermédiation locative notamment pour les personnes réfugiées, un service dédié aux gens du voyage, un service de lutte contre la cabanisation et l'habitat indigne.

L'objectif principal de cette étude était de décrire l'activité des Lits Halte Soins Santé de Banyuls-sur-mer de 2017 à 2019, afin de déterminer si le cahier des charges défini par l'Agence Régionale de Santé est respecté.

L'objectif secondaire de cette étude était, en cas de non respect du cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé, de décrire les facteurs y ayant contribué.

L'hypothèse de recherche était que les lits halte soins santé de Banyuls-sur-mer ne peuvent pas respecter le cahier des charges pour la totalité des patients vus durant la période 2017 à 2019.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.A) Type d'étude

Une étude observationnelle descriptive transversale rétrospective monocentrique a été réalisée sur la période des années 2017, 2018 et 2019, au sein des lits halte soins santé de Banyuls-sur-mer.

II.B) Recueil des données

Les données collectées concernent l'activité des lits halte soins santé de Banyuls-sur-mer, commune rurale d'environ 5 000 habitants, située dans les Pyrénées Orientales, à 40 kilomètres de Perpignan.

Elles sont issues des rapports d'activité de ces LHSS édités annuellement, ainsi que des dossiers au format papier tenus par l'équipe médicale et paramédicale de tous les patients sans domicile fixe ayant séjourné au moins 1 nuitée dans ces LHSS entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2019.

Les critères d'admission aux LHSS de Banyuls-sur-mer étaient : personnes majeures, sans domicile fixe ou ayant un logement non adapté à la pathologie actuelle, aptes à la vie en collectivité et autonomes dans les actes de la vie courante, quelle que soit leur situation administrative, présentant une pathologie aiguë ou une exacerbation d'une pathologie chronique incompatible avec leur situation vis-à-vis du logement actuel, et ne nécessitant pas d'hospitalisation ni de surveillance paramédicale 24h/24.

Les données concernent les patients admis au sein des LHSS, d'une part :

- âge
- sexe
- service orienteur
- motif d'admission
- régime de couverture sociale
- nationalité
- durée de séjour
- motif de sortie
- destination de sortie.

Les données concernant la structure, d'autre part :

- statut
- organisation en termes matériels et en personnels
- partenariats avec d'autres dispositifs ou professionnels de santé
- les critères d'admission
- le nombre de demande d'admission
- le nombre et le motif de refus des demandes d'admission.

II.C) Éléments pertinents du cahier des charges défini par l'Agence Régionale de Santé

Les données recueillies ont été ensuite comparées au cahier des charges défini par l'Agence Régionale de Santé (Annexe 2), afin de déterminer si il a été respecté.

Nous avons choisi de nous concentrer sur les points pertinents de ce cahier des charges. Ces éléments pertinents ont été choisis en fonction de leur importance pour le bon fonctionnement de la structure et le bien des personnes accueillies, de leur caractère obligatoire, de leur visée incitative. Les éléments précisant la liberté de la structure LHSS pour gérer certains aspects entourant l'hébergement n'ont pas été jugés utiles à être relevés ici dans le cadre de cette étude, puisque le but de l'étude est de déterminer si le cahier des charges est respecté.

Les éléments pertinents du cahier des charges sont classés en 2 catégories : ceux liés aux patients d'une part, et ceux liés à la structure d'autre part.

Points pertinents du cahier des charges de l'ARS liés aux patients accueillis en LHSS:

1. « En l'absence de domicile, les lits halte soins santé permettent aux personnes de « garder la chambre », de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

Public accueilli : toute personne ne disposant pas de domicile dont la pathologie ou l'état général, somatique et/ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes handicapées, personnes âgées). »

2. « (Les LHSS) constituent une modalité de prise en charge (...) de personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative. »
3. « Les LHSS doivent être mixtes. »
4. « Les LHSS ne doivent pas être dédiés à un type de pathologie donnée. »

5. « Les personnes accueillies sont libres de quitter, quand elles le souhaitent, la structure LHSS. »
 6. « Le travail en réseau doit permettre d'élaborer des parcours de sortie vers une structure ou une prise en charge adaptée à la situation de la personne. »
- « Avec le concours des personnels sanitaires et en collaboration avec l'utilisateur, (les personnels sociaux) élaborent une solution d'aval tant sanitaire que sociale qui assure une continuité des soins et un accompagnement. »
7. « La durée prévisionnelle de séjour est inférieure à deux mois. »

Points pertinents du cahier des charges de l'ARS liés à la structure des LHSS :

8. « Les lits halte soins santé constituent une structure médico-sociale au sens de l'article L. 312-1-9° du code de l'action sociale et des familles. »
9. « Intégrés dans un dispositif sanitaire, médico-social ou social, les conditions de l'accueil sont conformes à celles de ce dispositif. »
10. « Dans la mesure où l'accueil en LHSS constitue une situation transitoire, seule la personne concernée est accueillie. »
11. « En cas de nécessité d'une prise en charge hospitalière, l'admission ne peut être prononcée. »
12. « L'accueil en chambre individuelle doit, pour des raisons sanitaires, être privilégié. »
13. « Le non respect du règlement de fonctionnement du dispositif, qui définit les droits de la personne accueillie et ses obligations au regard des règles de vie collective, peut entraîner l'éviction de la personne de la structure d'accueil. »
14. « Les LHSS sont ouverts 24h/24 et 365 jours par an. »
15. « En fonction des besoins, des soins plus spécialisés seront dispensés par des psychologues, kinésithérapeutes, sages-femmes... dans les conditions prévues par les conventions, contrats ou protocoles établis avec les partenaires des secteurs publics, privés et les réseaux existants. »
16. « La structure doit disposer de la présence quotidienne de travailleurs sociaux. »
17. « Des partenariats sont instaurés, un travail en réseau est mis en œuvre. »
18. « Il est indispensable que les personnels amenés à travailler auprès des personnes accueillies dans les LHSS reçoivent une sensibilisation préalable et que leur soit proposée une formation continue adaptée à ce type de prise en charge. »
19. « Cette équipe comprend obligatoirement au moins un médecin et une infirmière. »
20. « Une présence infirmière est indispensable tous les jours. »
21. « Le nombre de lits ne doit pas excéder 30. »

22. « Inclus dans une structure pré existante, ces lits ne doivent pas représenter plus de 15% de l'ensemble des lits de cette structure, sans jamais dépasser le nombre de 30. »
23. « Les LHSS sont gérés par une personne morale publique ou privée. »
24. « Un règlement de fonctionnement, adapté à la population accueillie, doit clairement indiquer les droits et devoirs des personnes accueillies et des personnes intervenantes, les règles de vie et de fonctionnement du dispositif. »

II.D) Méthode d'analyse des résultats

La saisie des données anonymisées a été effectuée sur un fichier Classeur d'OpenOffice.

A partir de ces données, des statistiques (effectifs, pourcentages, moyenne, médiane, écart-type) concernant la population hébergée ont été réalisées, ainsi que pour tous les aspects qui entourent cet hébergement.

III. RÉSULTATS

Le taux d'occupation était de 93,47% en 2017, 94,20% en 2018, et 103,65% en 2019. Il est arrivé que ce taux soit supérieur à 100%, car il est calculé sur la base du nombre de lits financés par l'ARS qui est de 6, alors qu'en réalité les LHSS de Banyuls-sur-mer ont une capacité d'accueil de 7 lits.

37 patients figuraient dans le rapport d'activité de l'année 2017.

58 patients figuraient dans le rapport d'activité de l'année 2018.

46 patients figuraient dans le rapport d'activité de l'année 2019.

En réalité, 6 patients étaient les mêmes sur les rapports d'activité de 2017 et 2018, car leur séjour s'étalait à cheval sur les années 2017 et 2018. Il en était de même pour 7 patients dont les séjours étaient à cheval sur les années 2018 et 2019.

Nous n'avons compté qu'une seule fois ces patients puisqu'il s'agissait du même séjour avec évidemment les mêmes caractéristiques, en les comptabilisant pour l'année correspondant à leur date d'entrée dans les LHSS.

Entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2019, il est arrivé que certains patients séjournent à plusieurs reprises dans les LHSS.

Chaque séjour a été comptabilisé individuellement, puisque, même si il s'agissait du même patient, les caractéristiques de chaque séjour sont différentes en termes de motif d'admission, durée de séjour, motif de sortie et destination de sortie.

Le nombre de séjours inclus dans l'étude était donc de :

37 séjours en 2017,

52 séjours en 2018,

39 séjours en 2019.

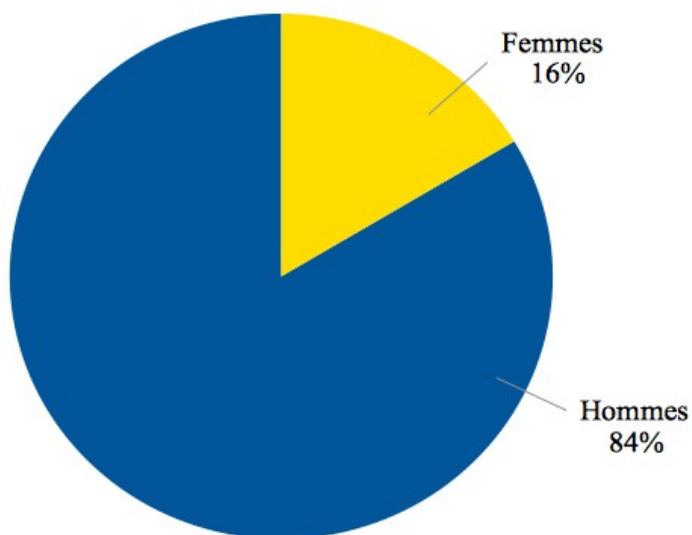
Donc 128 séjours ont été pris en compte au total sur la période étudiée.

III.A) Caractéristiques des patients accueillis

III.A.1) Sexe des patients accueillis

Tableau 1

	2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de dossiers inclus	37	29%	52	40%	39	31%	128	100%
Sexe								
Homme	30	81%	45	87%	32	82%	107	84%
Femme	7	19%	7	13%	7	18%	21	16%



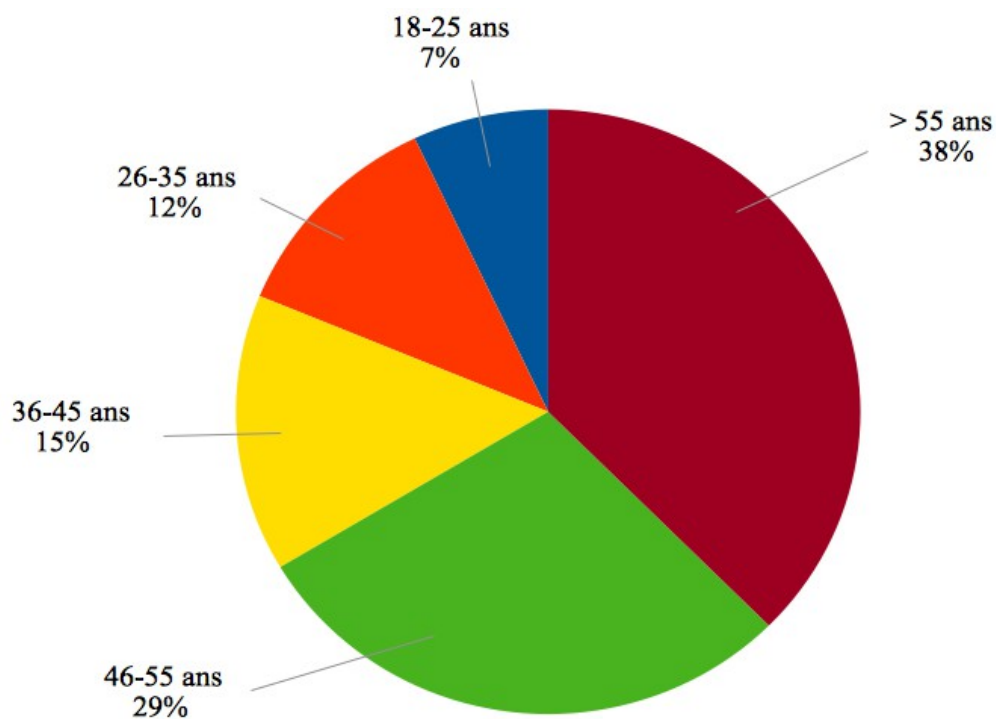
Répartition en fonction du sexe

Diagramme 1

III.A.2) Âge des patients accueillis

Tableau 2

	2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de dossiers inclus	37	29%	52	40%	39	31%	128	100%
Age								
18-25 ans	2	5%	7	13%	0	0%	9	7%
26-35 ans	3	8%	9	17%	3	8%	15	12%
36-45 ans	7	19%	7	13%	5	13%	19	15%
46-55 ans	12	32%	13	25%	12	31%	37	29%
> 55 ans	13	35%	16	31%	19	49%	48	38%



Répartition en fonction de l'âge

Diagramme 2

L'âge minimum était 20 ans. L'âge maximum était 78 ans.

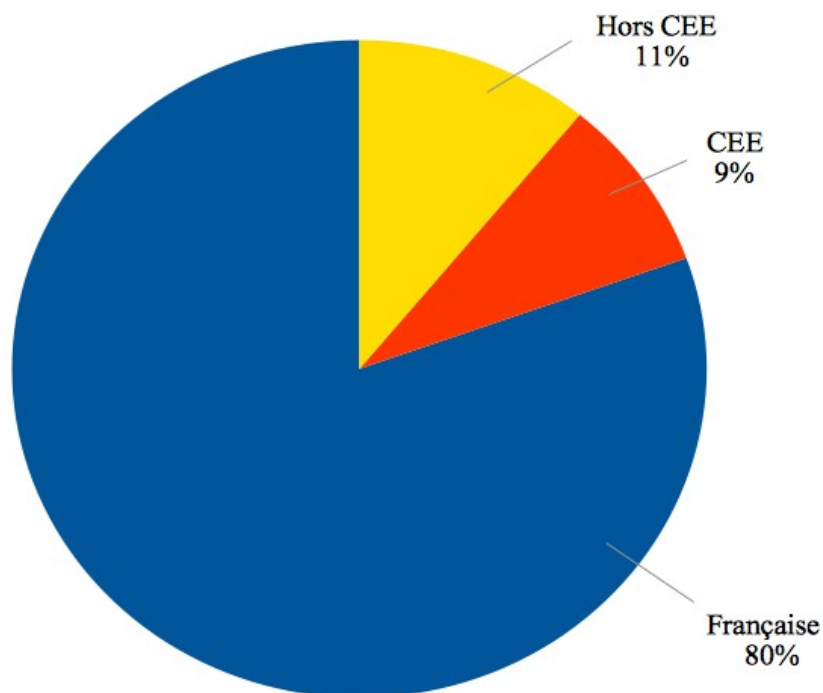
La moyenne d'âge était de 50 ans. L'écart-type était de 14 ans.

La médiane des âges était de 51 ans.

III.A.3) Nationalité des patients accueillis

Tableau 3

	2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de dossiers inclus	37	29%	52	40%	39	31%	128	100%
Nationalité								
Française	29	78%	45	87%	29	74%	103	80%
CEE	3	8%	4	8%	4	10%	11	9%
Hors CEE	5	14%	3	6%	6	15%	14	11%



Répartition en fonction de la nationalité

Diagramme 3

III.A.4) Services ayant adressé les patients

Tableau 4

	2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de dossiers inclus	37	29%	52	40%	39	31%	128	100%
Service orienteur								
Etape solidarité	19	51%	18	35%	14	36%	51	40%
CHRS/CHU de Perpignan	5	14%	11	21%	4	10%	20	16%
SMIT	1	2%	1	2%	7	18%	9	7%
Centre de convalescence	3	8%	4	8%	1	3%	8	6%
Hôpital Saint Jean (Perpignan)	3	8%			4	10%	7	5%
Médiateur de rue	1	2%	3	6%	1	3%	5	4%
Maison relais			3	6%	2	5%	5	4%
Médecin généraliste			2	4%	2	5%	4	3%
Clinique du pré (Théza)	1	2%	2	4%			3	2%
Clinique du Roussillon			2	4%			2	2%
CAARUD Ascode	1	2%	1	2%			2	2%
IML					2	5%	2	2%
DDCS	2	5%					2	2%
ADV L					1	3%	1	1%
Clinique du Vallespir			1	2%			1	1%
Clinique St Pierre			1	2%			1	1%
Hôpital de Montpellier			1	2%			1	1%
Hôpital de Bordeaux	1	2%					1	1%
Famille d'accueil jeunes réfugiés			1	2%			1	1%
Boutique solidarité					1	3%	1	1%
UNAPEI			1	2%			1	1%

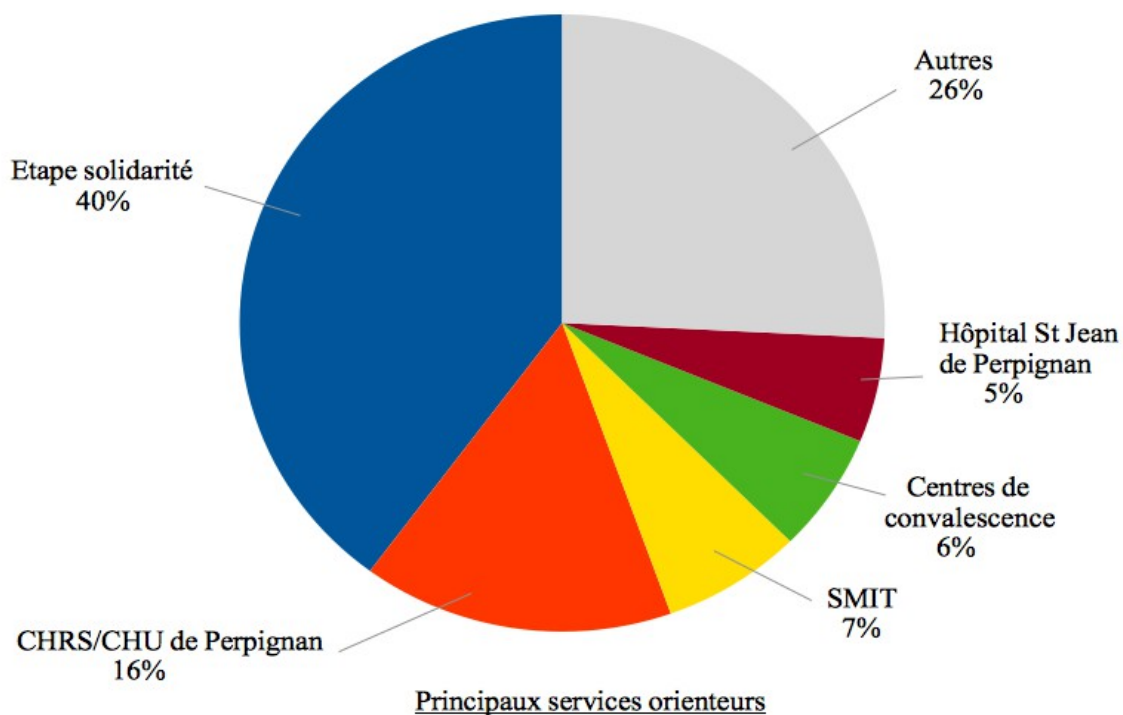
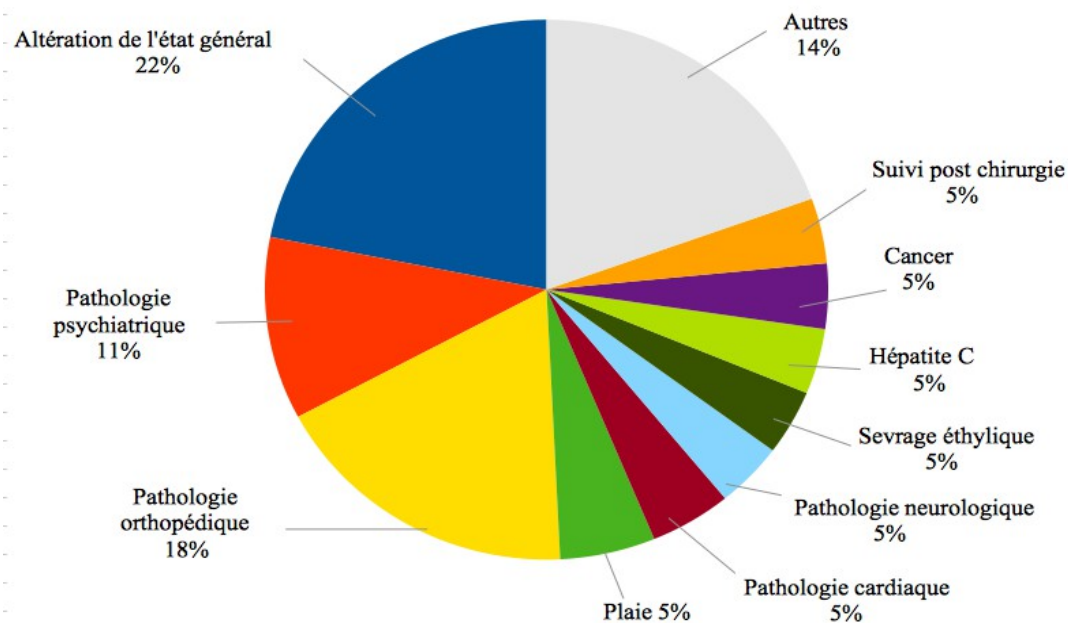


Diagramme 4

III.A.5) Pathologies justifiant l'admission

Tableau 5

	2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de dossiers inclus	37	29%	52	40%	39	31%	128	100%
Pathologie d'admission								
Altération de l'état général	12	32%	9	17%	7	18%	28	22%
Pathologie orthopédique	8	22%	9	17%	6	15%	23	18%
Pathologie psychiatrique	4	11%	8	15%	2	5%	14	11%
Plaie	4	11%	3	6%			7	5%
Pathologie cardiaque	1	2%			5	13%	6	5%
Pathologie neurologique			5	9%			5	5%
Sevrage éthylique			5	9%			5	5%
Hépatite C	3	8%	1	2%	1	3%	5	5%
Cancer	2	5%	1	2%	2	5%	5	5%
Suivi post chirurgie			3	6%	2	5%	5	5%
Pathologie dermatologique			1	2%	3	8%	4	3%
Diabète	1	2%			3	8%	4	3%
VIH					3	8%	3	2%
Suivi de traitement			1	2%	2	5%	3	2%
Tuberculose			2	4%			2	1%
Dépression	2	5%					2	1%
Pathologie respiratoire			1	2%	1	3%	2	1%
Problème dentaire			2	4%			2	1%
Grossesse à risque			1	2%			1	0,5%
Pathologie gastroentérologique					1	3%	1	0,5%
Pathologie néphrologique					1	3%	1	0,5%



Principales pathologies justifiant l'admission

Diagramme 5

III.A.6) Couverture sociale des patients à l'entrée et à la sortie

Tableau 6

Couverture sociale	A l'entrée	A la sortie
Absence d'assurance maladie	12	4
Absence de mutuelle	53	35
Droits d'assurance maladie en cours	9	1
Dossier mutuelle en cours	3	0
Régime général d'assurance maladie	51	54
CMU	49	51
AME	4	9
ALD	39	81
Mutuelle	23	28
CMUc	66	81

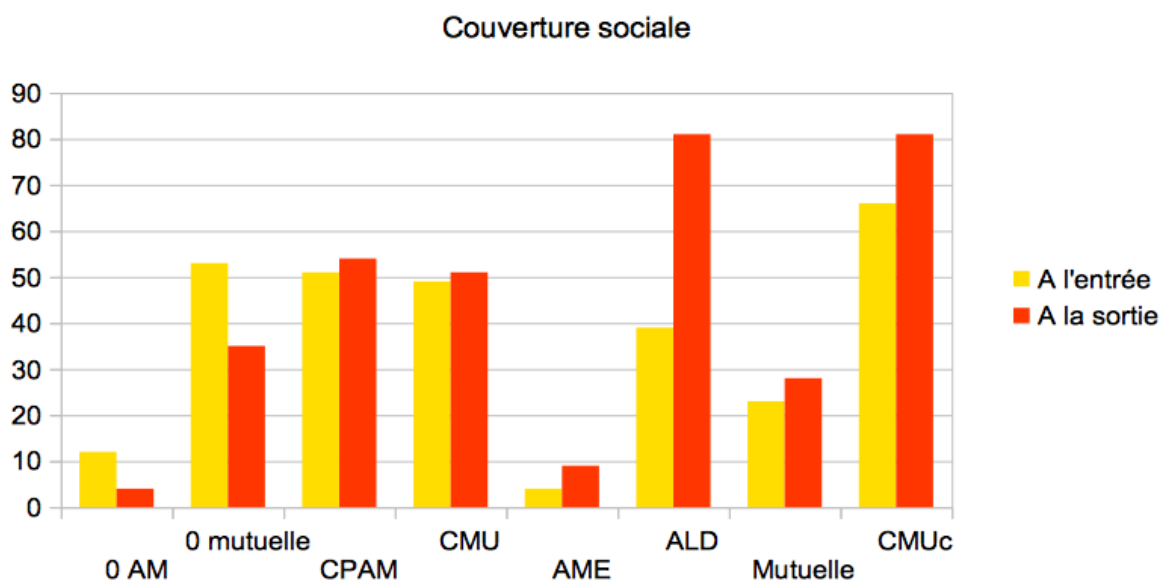


Diagramme 6

4 patients n'avaient pas d'assurance maladie à leur sortie des LHSS.

III.A.7) Motif de sortie des patients

Tableau 7

	2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de dossiers inclus	37	29%	52	40%	39	31%	128	100%
Motif de sortie								
Fin du contrat de soins	8	22%	26	50%	21	53%	55	43%
Non respect du règlement	4	11%	9	17%	5	13%	18	14%
A la demande du patient	10	27%	6	12%	5	13%	21	16%
Orientation vers centre de soins	4	11%	5	10%	4	10%	13	10%
Orientation vers hébergement	11	30%	6	12%	4	10%	21	16%

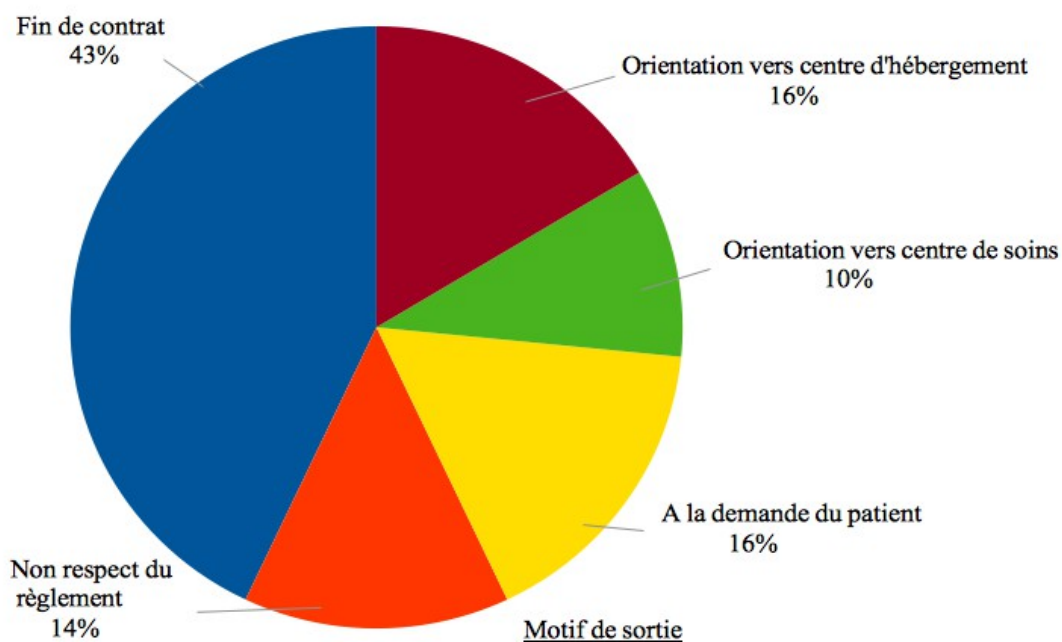


Diagramme 7

III.A.8) Destination de sortie des patients

Tableau 8

	2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de dossiers inclus	37	29%	52	40%	39	31%	128	100%
Destination de sortie								
Rue/Squatt/115	14	38%	5	9%	16	41%	35	27%
Domicile	5	14%	12	23%	4	10%	21	16 %
EHPAD/Foyer logement	3	8%	3	6%	3	8%	9	7%
Centre d'hébergement	10	27%	19	37%	5	13%	34	26%
Centre de soins	5	14%	8	15%	4	10%	17	13%
Inconnu			5	9%	7	18%	12	9%

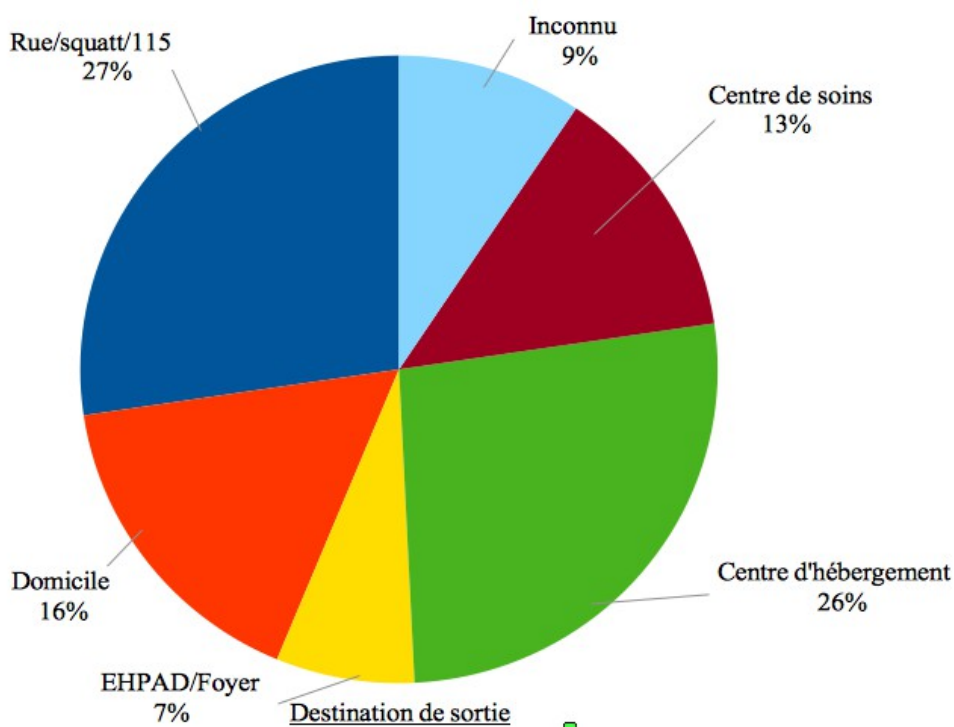


Diagramme 8

Pour 36% des patients, la destination de sortie était la rue ou était inconnue.

III.A.9) Durée de séjour des patients

Tableau 9

	2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de dossiers inclus	37	29%	52	40%	39	31%	128	100%

Durée de séjour	2017		2018		2019		Total	
< 15 jours	5	14%	11	21%	8	21%	24	19%
15 jours à 1 mois	5	14%	11	21%	5	13%	21	16%
1 à 2 mois	9	24%	16	31%	14	36%	39	30%
> 2 mois	18	49%	14	27%	12	31%	44	34%

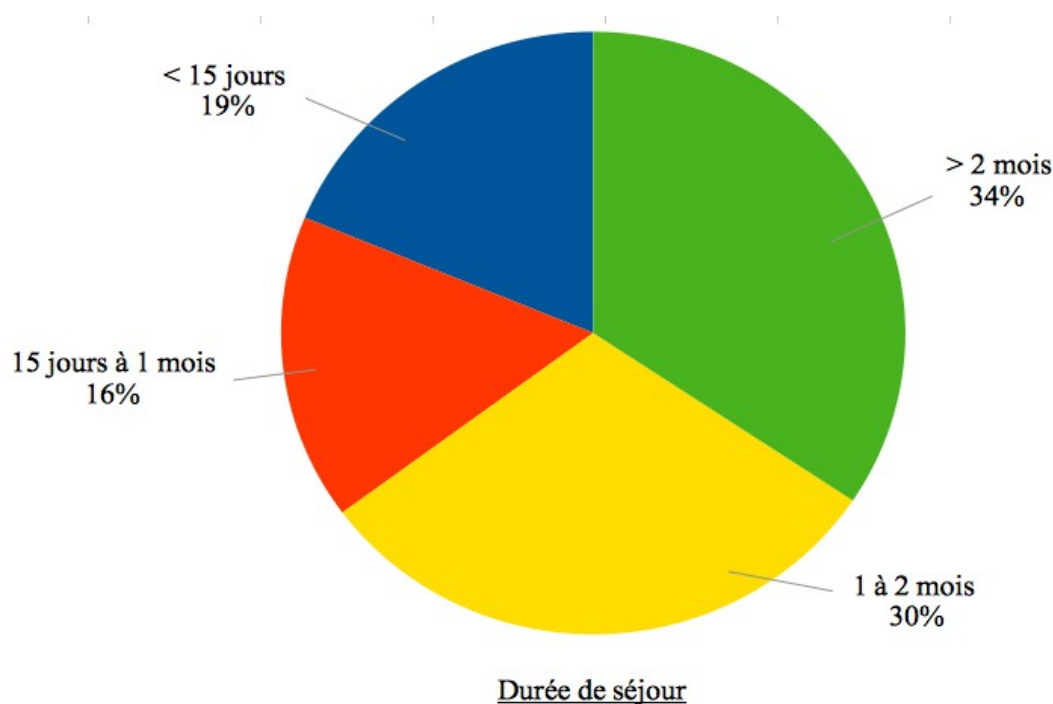


Diagramme 9

La durée de séjour la plus faible était d'une nuitée.

La durée de séjour la plus longue était de 334 nuitées (soit plus de 11 mois).

La moyenne des durées de séjour était de 54 nuitées. L'écart-type était de 50 nuitées.

La médiane de la durée de séjour était de 46,5 nuitées.

Durée de séjour	2-3 mois	3-4 mois	4-5 mois	5-6 mois	6-7 mois	7-8 mois	8-9 mois	> 9 mois	Total
N	25	7	6	1	2	1	1	1	44

Tableau 10 : Durées de séjour supérieures à 2 mois

Les causes évoquées de l'allongement de la durée de séjour (plusieurs causes peuvent être évoquées pour un même séjour) sont :

- la lourdeur des pathologies présentées par le patient (à 16 reprises)
- la longueur des démarches sociales notamment concernant la recherche d'une solution de sortie en terme d'hébergement (à 14 reprises)
- les longs délais de rendez-vous médicaux avec des spécialistes (à 8 reprises)
- le manque de coopération du patient (à 6 reprises)
- la durée protocolaire de 4 mois pour le traitement de l'hépatite C (à 5 reprises)

III.A.9 – a) Durée de séjour et sexe

Tableau 11

	Durée de séjour < 2 mois	Durée de séjour > 2 mois	TOTAL
Sexe			
Homme	69	38	107
Femme	15	6	21
TOTAL	84	44	128

La proportion d'hommes ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 35%.

La proportion de femmes ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 28%.

III.A.9 – b) Durée de séjour et âge

Tableau 12

	Durée de séjour < 2 mois	Durée de séjour > 2 mois	TOTAL
Age			
18-25 ans	5	4	9
26-35 ans	13	2	15
36-45 ans	13	6	19
46-55 ans	23	14	37
> 55 ans	30	18	48
TOTAL	84	44	128

La proportion des patients âgés de 18 à 25 ans ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 44%.

La proportion des patients âgés de 26 à 35 ans ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 13%.

La proportion des patients âgés de 36 à 45 ans ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 32%.

La proportion des patients âgés de 46 à 55 ans ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 38%.

La proportion des patients âgés de plus de 55 ans ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 38%.

III.A.9 – c) Durée de séjour et nationalité

Tableau 13

	Durée de séjour < 2 mois	Durée de séjour > 2 mois	TOTAL
Nationalité			
Française	70	33	103
CEE	6	5	11
Hors CEE	8	6	14
TOTAL	84	44	128

La proportion de patients de nationalité française ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 32%.

La proportion de patients de nationalité européenne (hors française) ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 45%.

La proportion de patients de nationalité hors CEE ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 43%.

III.A.9 – d) Durée de séjour et service orienteur

Tableau 14

	Durée de séjour < 2 mois	Durée de séjour > 2 mois	TOTAL
Service orienteur			
Etape solidarité	33	18	51
CHRS/CHU de Perpignan	13	7	20
SMIT	5	4	9
Centre de convalescence	7	1	8
Hôpital Saint Jean (Perpignan)	3	4	7
Médiateur de rue	3	2	5
Maison relais	4	1	5
Médecin généraliste	1	3	4
Clinique du pré (Théza)	2	1	3
Clinique du Roussillon	2	0	2
CAARUD Ascode	2	0	2
IML	1	1	2
DDCS	2	0	2
ADV L	1	0	1
Clinique du Vallespir	1	0	1
Clinique St Pierre	1	0	1
Hôpital de Montpellier	1	0	1
Hôpital de Bordeaux	0	1	1
Famille d'accueil jeunes réfugiés	1	0	1
Boutique solidarité	0	1	1
UNAPEI	1	0	1
TOTAL	84	44	128

La proportion de patients orientés par Etape Solidarité ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 35%.

La proportion de patients orientés par le CHRS/CHU de Perpignan ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 35%.

La proportion de patients orientés par le SMIT de Perpignan ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 44%.

La proportion de patients orientés par un centre de convalescence ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 12%.

La proportion de patients orientés par l'hôpital de Perpignan ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 57%.

III.A.9 – e) Durée de séjour et pathologie justifiant l'admission

Tableau 15

	Durée de séjour < 2 mois	Durée de séjour > 2 mois	TOTAL
Pathologie d'admission			
Altération de l'état général	17	11	28
Pathologie orthopédique	17	6	23
Pathologie psychiatrique	9	5	14
Plaie	4	3	7
Pathologie cardiaque	4	2	6
Pathologie neurologique	5	0	5
Sevrage éthylique	5	0	5
Hépatite C	0	5	5
Cancer	1	4	5
Suivi post chirurgie	2	3	5
Pathologie dermatologique	4	0	4
Diabète	3	1	4
VIH	1	2	3
Suivi de traitement	2	1	3
Tuberculose	2	0	2
Dépression	2	0	2
Pathologie respiratoire	2	0	2
Problème dentaire	2	0	2
Grossesse à risque	1	0	1
Pathologie gastroentérologique	0	1	1
Pathologie néphrologique	1	0	1
TOTAL	84	44	128

La proportion de patients admis pour altération de l'état général ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 39%.

La proportion de patients admis pour une pathologie orthopédique ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 26%.

La proportion de patients admis pour une pathologie psychiatrique ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 35%.

La proportion de patients admis pour une plaie ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 43%.

La proportion de patients admis pour une pathologie cardiaque ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 33%.

La proportion de patients admis pour une pathologie neurologique ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 0%.

La proportion de patients admis pour un sevrage éthylique ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 0%.

La proportion de patients admis pour altération de l'état général ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 39%.

La proportion de patients admis pour une hépatite C ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 100%.

La proportion de patients admis pour un cancer ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 80%.

La proportion de patients admis pour un suivi post chirurgie ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 60%.

III.A.9 – f) Durée de séjour et couverture sociale

Tableau 16

	Durée de séjour < 2 mois	Durée de séjour > 2 mois	TOTAL
Couverture sociale			
Absence	5	2	7
CMU	7	1	8
CMU et CMUc / ALD	46	27	73
AME	2	5	7
CPAM	6	2	8
CPAM et mutuelle	18	7	25
TOTAL	84	44	128

La proportion de patients n'ayant pas de couverture sociale et ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 29%.

La proportion de patients bénéficiant de la CMU et ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 13%.

La proportion de patients bénéficiant de la CMU et de la CMUc, ou d'une ALD, et ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 37%.

La proportion de patients bénéficiant de l'AME et ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 71%.

La proportion de patients bénéficiant de la CPAM seule et ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 25%.

La proportion de patients bénéficiant de la CPAM avec mutuelle, et ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 28%.

III.A.9 – g) Durée de séjour et motif de sortie

Tableau 17

	Durée de séjour < 2 mois	Durée de séjour > 2 mois	TOTAL
Motif de sortie			
Fin du contrat de soins	28	26	54
Non respect du règlement	18	2	20
A la demande du patient	15	5	20
Orientation vers centre de soins	10	3	13
Orientation vers hébergement	13	8	21
TOTAL	84	44	128

La proportion de patients sortis pour fin de contrat de soins ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 48%.

La proportion de patients sortis pour non respect du règlement ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 10%.

La proportion de patients sortis à leur demande ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 25%.

La proportion de patients sortis pour orientation vers un centre de soins ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 23%.

La proportion de patients sortis pour orientation vers un hébergement ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 38%.

III.A.9 – h) Durée de séjour et destination de sortie

Tableau 18

	Durée de séjour < 2 mois	Durée de séjour > 2 mois	TOTAL
Destination de sortie			
Rue/Squatt/115	23	12	35
Domicile	13	8	21
EHPAD/Foyer logement	6	3	9
Centre d'hébergement	21	13	34
Centre de soins	11	6	17
Inconnu	10	2	12
TOTAL	84	44	128

La proportion de patients sortis vers la rue/squatt/115 ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 34%.

La proportion de patients sortis vers un domicile ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 38%.

La proportion de patients sortis vers un EHPAD ou un foyer logement ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 33%.

La proportion de patients sortis vers un centre d'hébergement ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 38%.

La proportion de patients sortis vers un centre de soins ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 35%.

La proportion de patients sortis vers une destination inconnue ayant une durée de séjour supérieure à 2 mois était de 16%.

III.B) Caractéristiques de la structure des LHSS de Banyuls-sur-mer

Les LHSS de Banyuls-sur-mer sont gérés par l'association « Solidarité Pyrénées » et constituent effectivement une structure médico sociale :

- médicale et paramédicale d'une part, grâce à une équipe constituée d'un médecin généraliste qui effectue les consultations initiales et assure le suivi des patients au moins une à deux fois par semaine, d'une infirmière à temps plein, ainsi que de deux aide-soignants à temps plein ;
- socio-éducative d'autre part, du fait de l'intégration des LHSS dans une structure porteuse, celle du CHRS (27 places) et du CHU (12 places) « Saint-Joseph », avec qui ils partagent les ressources en terme d'éducateurs et d'accompagnement social pour aider les patients à avancer dans leurs démarches administratives et à trouver une solution de logement durable.

La demande d'admission est clairement séparée en deux volets : un volet social et un volet médical (Annexe 3).

Les usagers des LHSS signent à leur entrée un contrat de séjour (Annexe 4) les engageant notamment à respecter un règlement de fonctionnement (Annexe 5). Ce règlement précise des règles de respect du cadre de vie en collectivité en préservant la quiétude de chacun, de se conformer aux mesures affichées dans l'établissement, l'interdiction formelle de toute forme de violence, d'usage d'alcool, psychotropes, tabac, sous peine d'exclusion de l'établissement.

En raison de cette particularité de partage des lieux de vie entre les usagers des LHSS et le public hébergé au CHRS/CHU composé majoritairement de familles et d'environ 40% de mineurs, l'exclusion de l'établissement, conformément aux conditions citées dans le règlement, est strictement appliqué, en cas de comportement inadapté ou incompatible avec la présence d'enfants habitant dans la même structure.

Les LHSS de Banyuls-sur-mer sont effectivement ouverts 24h/24 et 365 jours par an. Il existe une veille de nuit et de week-end, assurée par du personnel administratif et paramédical.

Les LHSS disposent de 7 lits répartis comme suit : 1 lit en chambre individuelle, et 6 lits en 3 chambres doubles.

Les 7 lits des LHSS représentent donc 15% de l'ensemble des lits de la structure [LHSS + CHRS + CHU].

Dans 100% des cas, seule la personne concernée a été accueillie au sein des LHSS. Les animaux et les personnes accompagnantes n'y sont pas admis.

Les demandes d'admission des patients ayant une situation médicale jugée trop lourde relevant d'une hospitalisation n'ont pas été acceptées.

Afin d'organiser la prise en charge de cette population démunie, des conventions ont été signées entre les LHSS de Banyuls-sur-mer et des acteurs importants, comme par exemple une des pharmacies de Banyuls-sur-mer, un laboratoire d'analyses médicales, le cabinet infirmier libéral de Banyuls-sur-mer, les centres hospitaliers de Perpignan et de Thuir, le centre de lutte anti tuberculeuse, des associations d'insertion sociale ou vers le logement.

Les personnels des LHSS ont bénéficié de formations continues, entre autres concernant la gestion de violences et l'inclusion sociale.

IV. DISCUSSION

IV.A) Le cahier des charges a-t-il été respecté ?

Au vu des critères d'admission des LHSS de Banyuls-sur-mer, et des tableaux et diagrammes 3 et 6, **les points n°1 et 2 du cahier des charges de l'ARS ont été respectés :**

1. « *En l'absence de domicile, les lits halte soins santé permettent aux personnes de « garder la chambre », de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.*

Public accueilli : toute personne ne disposant pas de domicile dont la pathologie ou l'état général, somatique et/ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes handicapées, personnes âgées). »

2. « *(Les LHSS) constituent une modalité de prise en charge (...) de personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative. »*

Selon le tableau et diagramme 1, **le point n°3 du cahier des charges de l'ARS a été respecté :**

3. « *Les LHSS doivent être mixtes. »*

Selon le tableau et diagramme 5, **le point n°4 du cahier des charges de l'ARS a été respecté :**

4. « *Les LHSS ne doivent pas être dédiés à un type de pathologie donnée. »*

Selon le tableau et diagramme 7, **le point n°5 du cahier des charges de l'ARS a été respecté :**

5. « *Les personnes accueillies sont libres de quitter, quand elles le souhaitent, la structure LHSS. »*

Selon les tableaux et diagrammes 6 et 8, **le point n°6 du cahier des charges de l'ARS n'a pas été respecté :**

6. « *Le travail en réseau doit permettre d'élaborer des parcours de sortie vers une structure ou une prise en charge adaptée à la situation de la personne. »*

« *Avec le concours des personnels sanitaires et en collaboration avec l'utilisateur, (les personnels sociaux) élaborent une solution d'aval tant sanitaire que sociale qui assure une continuité des soins et un accompagnement. »*

Selon les tableaux 9 et 10 et le diagramme 9, **le point n°7 du cahier des charges de l'ARS n'a pas été respecté :**

7. « *La durée prévisionnelle de séjour est inférieure à deux mois. »*

Au vu des caractéristiques de la structure des LHSS de Banyuls-sur-mer vus en III.B), **les points n°8 à n°24 du cahier des charges de l'ARS ont été respectés.**

IV.B) Résultats principaux

Cette étude a montré que les Lits Halte Soins Santé de Banyuls-sur-mer n'ont pas respecté le cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé pour les années 2017 à 2019, concernant ces 2 points clés :

6. « Le travail en réseau doit permettre d'élaborer des parcours de sortie vers une structure ou une prise en charge adaptée à la situation de la personne. »

« Avec le concours des personnels sanitaires et en collaboration avec l'usager, (les personnels sociaux) élaborent une solution d'aval tant sanitaire que sociale qui assure une continuité des soins et un accompagnement. »

7. « La durée prévisionnelle de séjour est inférieure à deux mois. ».

En effet, sur la période étudiée, la destination de sortie des patients était la rue ou était inconnue dans 36% des cas, 4 patients sont sortis des LHSS sans assurance maladie, et la durée de séjour dépassait 2 mois pour 34% des séjours.

Les facteurs identifiés ayant contribué au non respect de ces deux points-clés sont :

- la lenteur des démarches sociales en vue de l'obtention d'un logement,
- la saturation des dispositifs dédiés au logement pour le public accueilli (maison relai, appartement thérapeutique, EHPAD, ...),
- la lourdeur de certaines pathologies, tant somatiques que psychiatriques, nécessitant des soins longs ou fastidieux,
- la complexité de l'exploration clinique et paraclinique d'un symptôme, qui n'est pas aidée par de longs délais de RDV avec des médecins spécialistes ou pour des examens radiologiques,
- une durée protocolaire de 4 mois pour le traitement et la surveillance de l'hépatite C,
- le manque de coopération de la personne.

L'étude a donc répondu à ses objectifs principal et secondaire.

IV. C) Analyse des résultats et hypothèses

IV.C.1) Sexe

Selon le tableau et diagramme 1, la très grande majorité des personnes accueillies était de sexe masculin. Les femmes n'ont représenté que 16% des personnes admises, alors qu'elles constituent 38% de la population sans domicile fixe en France, selon l'étude de l'INSEE de 2012. (13)

La part des femmes sans domicile fixe est moins importante que celle des hommes. Les femmes représentent une population particulièrement vulnérable dans l'univers de la rue. Elles peuvent être prises en charge de manière plus sensible par les services sociaux et les associations, en particulier lorsqu'elles sont accompagnées d'enfants. L'enfant peut donc, pendant un certain temps, protéger leur mère de la rue. En tant que mère, elles peuvent profiter d'aides sociales, telle que l'allocation de parent isolé. D'autre part, les femmes sont moins souvent en rupture avec leur famille que les hommes. La préservation de ces liens permet aux femmes de recourir à la solidarité familiale pour une solution d'hébergement. Les femmes bénéficient davantage que les hommes d'un hébergement stable, c'est-à-dire d'un hébergement que l'on ne doit pas quitter au petit matin : chambre d'hôtel ou logement payé par une association par exemple. Par ailleurs, la prostitution pourrait attirer un certain nombre de femmes qui pourraient se retrouver à la rue. (14)

Comparativement aux hommes, tous ces facteurs pourraient expliquer que les femmes soient non seulement protégées de la vie à la rue, mais aussi que celles se retrouvant sans domicile fixe soient moins susceptibles de présenter des pathologies nécessitant un recours aux LHSS, d'où leur faible proportion observée au sein de la structure.

IV.C.2) Âge

Selon le tableau et diagramme 2, la tranche d'âge la plus représentée a été celle des plus de 55 ans (38%), après celle des 46-55 ans (29%). Ce résultat montre que les personnes SDF prises en charge sont une population vieillissante. Selon une étude de l'INSEE de 2012 sur les personnes SDF ayant eu recours aux services d'aide en France, 25% d'entre ont plus de 50 ans, 49% ont entre 30 et 49 ans, 26% ont entre 18 et 29 ans. (13) Il peut paraître normal que les personnes qui auraient le plus besoin d'avoir recours aux LHSS sont les plus vulnérables donc les plus âgées, d'autant plus que le vieillissement et toutes les pathologies qui l'accompagnent sont prématurés chez les SDF.

IV.C.3) Services orienteurs

Selon le tableau et diagramme 4, « Etape Solidarité » est le CHRS de la ville de Céret, ville de 7000 habitants. Il a été le service orienteur le plus représenté (40%). Ce site est un centre de recrutement particulier, car il est situé en zone rurale et de désertification médicale rurale importante. De plus, les personnes en situation de précarité ont en général peu de moyens de se déplacer sur de longues distances pour accéder à l'offre de soins qui est davantage présente dans les grandes villes. L'accès aux soins dans cette région est donc particulièrement difficile pour les personnes en situation de grande précarité. C'est pourquoi les consultations gratuites assurées à « Etape Solidarité » tous les 15 jours par le médecin généraliste des LHSS de Banyuls-sur-mer sont très attendues par les usagers de ce centre. Les patients SDF en zone rurale sont particulièrement désocialisés. Le besoin d'assistance en ruralité est donc particulièrement important.

Dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), l'Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon a mis en place le financement d'une infirmière à temps partiel pour le CHRS. Celle-ci a intégré la structure en 2016 et y effectue plus de 300 consultations par an. Elle se rend disponible pour une écoute bienveillante, ce qui permet aux usagers du CHRS de se confier. Ainsi, ces moments de dialogue en confiance sont autant d'occasions de repérer les personnes à qui une prise en charge par les LHSS pourrait être profitable.

De plus, elle joue un rôle coordonnateur essentiel : développer des relations privilégiées avec des acteurs de santé locaux (les pharmaciens, le laboratoire d'analyses médicales, les professionnels de la clinique de Céret), servir d'interface entre les usagers du CHRS et les services sociaux afin de permettre aux patients en situation de grande précarité d'accéder à leurs droits de santé, appuyer les prises de rendez-vous urgents auprès de médecins libéraux.

Elle a également un rôle très important en terme de prévention. Elle fait intervenir, en fonction des besoins rencontrés, les associations. Elle pratique le dépistage des IST, des infections liées à la toxicomanie, de la tuberculose via le Centre de lutte antituberculeuse (CLAT). Elle peut aussi orienter les patients qu'elle rencontre vers des structures adaptées à leurs pathologies, comme l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), le Module d'action et d'orientation (MAO), ou le Centre médico-psychologique (CMP) en cas de troubles psychiatriques.

Un service orienteur qui pourrait être plus représenté ici serait les services d'urgences générales. Le rapport d'évaluation du dispositif LHSS de 2013 en France montre que les urgences sont le service qui a, de loin, le plus souvent recours au dispositif LHSS. (17)

Les urgences représentent souvent pour les personnes SDF un des premiers contacts avec le système de soins pour plusieurs raisons. Ces personnes ont souvent recours au système de soins plus tardivement que le reste de la population, donc lorsque leur pathologie se présente à un stade plus évolué et plus grave. Il est rare que ces personnes ont un médecin traitant qui aurait pu prodiguer, anticiper, ou coordonner des soins, et ainsi éviter le recours aux urgences. Les patients en situation de grande précarité ont peu accès à la médecine de ville à cause de plusieurs facteurs : difficulté de s'adapter à la contrainte d'une heure de rendez-vous, rareté des plages de consultation sans rendez-vous, dépassements d'honoraires, absence de pratique du tiers payant, refus de certains

professionnels d'accueillir des patients ayant certaines couvertures sociales, etc. (18) Pour ces différentes raisons, les services d'urgence seraient susceptibles d'accueillir des personnes SDF présentant une pathologie aiguë et en demande de soins, et qui pour certaines d'entre elles ne nécessiteraient pas d'hospitalisation, mais des soins qui seraient prodigués à domicile si elles en avaient un. Il n'existe en général pas d'assistante sociale de nuit aux urgences, qui pourrait aider à orienter ce type de patients vers les LHSS. Ces patients qui seraient hospitalisés, faute de pouvoir bénéficier de soins à domicile, pourraient être pris en charge en LHSS. Cela serait possible si le dispositif était davantage connu des professionnels de santé, si il pouvait jouir de plus de moyens et de lits, mais aussi de davantage de structures d'aval permettant une sortie plus rapide des patients lorsque le volet médical de la prise en charge est terminé.

Pour autant, la structure ne pratique pas de prosélytisme, comme le témoigne la nature très diverse et variée des autres services orienteurs (60%).

IV.C.4) Pathologies justifiant l'admission

Selon le tableau et diagramme 5, les pathologies d'admission les plus importantes sont l'altération de l'état général (22%), les pathologies orthopédiques (18%) et psychiatriques (11%).

La fréquence du motif de l'altération de l'état général peut s'expliquer par la dureté des conditions de vie à la rue, notamment les intempéries (froid, ou chaleur avec risque de déshydratation), le manque de sommeil de qualité, les difficultés liées à l'alimentation avec des risques de carences, les difficultés d'accès aux moyens d'hygiène, les agressions, avec leurs conséquences ou décompensations psychiatriques (troubles de l'humeur à type de dépression par exemple). L'altération de l'état général peut aussi mener à diagnostiquer de nombreuses causes somatiques, parmi lesquelles on peut citer les maladies infectieuses surtout liées à la promiscuité et la toxicomanie (tuberculose, VIH, hépatites, gale, etc), des insuffisances d'organes souvent liées aux addictions à l'alcool ou au tabac (insuffisance cardiaque, emphysème pulmonaire, insuffisance hépatocellulaire, etc). Il faut aussi prendre en compte le vieillissement prématuré spécifique à la population des SDF, et toutes les pathologies dont la fréquence augmente avec l'âge et susceptibles d'altérer l'état général.

Les pathologies traumatiques seraient un motif courant de consultation aux urgences chez les personnes SDF. Elles sont plus à risque de traumatismes physiques, qu'ils soient volontaires ou involontaires, par hétéro agression ou auto agression, d'autant plus lorsque ces personnes sont atteintes de pathologies psychiatriques et addictives. (19) De plus, l'errance et la déambulation permanente aggravent les problèmes ostéoarticulaires, principalement au niveau des membres inférieurs.

Les pathologies psychiatriques sont fréquentes chez les personnes SDF. Selon une étude réalisée en 2009, un tiers des personnes sans logement ayant fréquenté des services d'aides en Île de France seraient atteintes de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire

de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur et de troubles anxieux. La prévalence des troubles psychotiques est dix fois plus importante que dans la population générale. Deux tiers des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont eu recours à des soins psychiatriques au cours de leur vie, mais la majorité d'entre elles n'est plus suivie. De même, la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives, dont l'alcool, concerne près de trois personnes sur dix. Le risque suicidaire est estimé à 13%. Dans la tranche d'âge des 18-25 ans, les troubles psychiatriques atteignent 40% avec 17% d'état psychotiques. (20) Or, les troubles psychotiques toucheraient seulement 2,7% de la population générale. (21) De plus, les personnes atteintes de pathologie psychiatrique seraient davantage victimes de violences que dans la population générale, d'autant plus si elles sont sans domicile fixe. (22) Les femmes SDF seraient davantage victimes d'agressions sexuelles, d'autant plus si elles sont atteintes des troubles psychiatriques. (23)

	Fazel et al., 2009	SAMENTA (Laporte et al., 2009)	SMPG (Roelandt et al., 2007) Hommes-Femmes
Dépendance alcoolique	34 %	21 %	7 % - 1,5 %
Dépendance à d'autres drogues	24 %	17 %	4 % - 1 %
Troubles psychotiques	13 %	13 %	3,1 % - 2,5 %
Troubles dépressifs	11 %	20 %	9 % - 13 %
Trouble anxieux généralisé	-	4 %	11 % - 15 %

Prévalence des troubles mentaux en population générale (Roelandt et al., 2007) et au sein des populations SDF (Fazel et al., 2009 ; Laporte et al., 2009) (3)

IV.C.5) Couverture sociale

Selon le tableau et diagramme 6, les couvertures sociales des usagers sont améliorées à leur sortie des LHSS, surtout en termes d'obtention d'ALD, d'assurance maladie de base, de complémentaire santé (mutuelle ou CMU complémentaire), et d'AME. Néanmoins, 4 personnes sur les 128 séjours étudiés n'avaient aucune couverture sociale à leur sortie des LHSS. En effet, il arrive que certains patients ne soient pas coopérants, ou aient perdu leurs papiers de base. Il est difficile dans ces cas de faire aboutir des démarches en ce sens, d'autant plus lorsque leur passage au sein des LHSS est court.

IV.C.6) Motifs de sortie

Selon le tableau et diagramme 7, le non respect du règlement a représenté 14% des motifs de sortie des patients. Les personnes SDF, notamment celles présentes au sein des LHSS, présentent très souvent des troubles psychiatriques et des problèmes d'addiction. En ce sens, elles ne peuvent parfois pas répondre aux attentes de la structure en termes de respect des règles. La difficulté à laquelle sont confrontés les LHSS de Banyuls-sur-mer est qu'ils sont intégrés dans un établissement regroupant également un Centre d'Hébergement d'Urgence (de 12 places) et un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (de 27 places). Ces derniers sont amenés à prendre en charge des situations familiales complexes, en se basant sur un accompagnement socio-éducatif global qui dépasse le cadre classique de l'accompagnement en urgence. 50% du public accueilli dans ce CHU et CHRS sont des femmes isolées avec enfant(s). La cohabitation entre les résidents des LHSS et les résidents du CHRS peut se révéler difficile. C'est pourquoi toute forme de violence ou comportement inadapté des usagers des LHSS en contact direct avec la population vulnérable du CHRS est strictement sanctionné par une expulsion de la structure. Néanmoins, ces sorties pour motif disciplinaire ont pour risque d'aggraver la situation d'exclusion dans laquelle ces personnes se trouvent déjà, et de provoquer une rupture de soins et de suivi.

IV.C.7) Destination de sortie et durée de séjour

Selon le tableau et diagramme 8, pour 38% des patients, la destination de sortie n'était pas satisfaisante : rue/squatt/115 pour 27% d'entre eux, inconnue pour 11% d'entre eux. Le faible nombre et la saturation des dispositifs d'hébergement adaptés au handicap et aux ressources de chaque personne, ainsi que la lourdeur des démarches administratives y contribuent.

Selon le tableau et diagramme 9, la durée de séjour dépassait 2 mois dans 34% des cas.

Facteurs semblant associés à un allongement ou un raccourcissement des durées de séjour (tableaux 11 à 18)

Les patients adressés par un centre de convalescence sont moins susceptibles de dépasser la durée de séjour maximale de 2 mois que ceux adressés par l'hôpital de Peprignan. Ces chiffres sont à interpréter avec prudence en raison du faible effectif pour chaque catégorie de patients. Mais cette tendance pourrait s'expliquer par le fait que les patients sortant de centre de convalescence y seraient déjà relativement stabilisés, et que les démarches sociales seraient souvent plus avancées, grâce à un travail social plus efficace permis par une durée de séjour en moyenne plus longue en centre de convalescence qu'en hospitalisation conventionnelle.

100% des patients admis pour hépatite C avaient une durée de séjour supérieure à 2 mois. En effet, dans les cas les plus simples, la durée du traitement de l'hépatite C est fixée à 8 semaines pour le Maviret (association d'un inhibiteur de la protéine NS5A et d'un inhibiteur de la protéase NS3/NS4A), et à 12 semaines pour l'Eplclusa (association d'un

inhibiteur de l'ARN polymérase et d'un inhibiteur de la protéine NS5A). De plus, pour le Maviret, cette durée peut aller jusqu'à 16 semaines en fonction des antécédents du patient et du génotype du virus. Les effets secondaires tels que l'asthénie, les céphalées, les nausées, les diarrhées, sont à surveiller et à prendre en charge tout au long du traitement. La surveillance biologique par PCR de l'ARN du virus de l'hépatite C s'effectue à 12 semaines après la fin du traitement. Une étude, réalisée parmi les patients vus par des médecins généralistes et des praticiens hospitaliers engagés dans le réseau Ville-Hôpital spécialisé dans la prise en charge de personnes toxicomanes ou infectées par le VIH, suggère que le principal obstacle à la réalisation complète de la prise en charge et du traitement de l'hépatite C était un état physique précaire surtout lors d'une co-infection par le VIH (24). L'asthénie, effet secondaire fréquent du traitement de l'hépatite C, rend nécessaire le repos particulièrement chez la population fragilisée des LHSS.

Les cancers apparaîtraient comme un motif d'admission associé à une durée de séjour supérieure à 2 mois. Cela pourrait être expliqué par la lourdeur de ce type de pathologie, du nombre important d'examen complémentaires à effectuer lors du bilan d'extension et pré thérapeutique (d'autant plus que les délais d'obtention de ces RDV peuvent être de plusieurs semaines), et de la lourdeur et l'étalement dans le temps des traitements envisagés (chirurgie, chimiothérapie, séance de radiothérapie, ...).

Il n'est pas aisé de trouver en moins de 2 mois des solutions :

- à la fois en termes de santé, de réinsertion sociale, de logement, de couverture sociale
- qui soient également adaptées à la personnalité et à la polyopathie somatique et psychiatrique de chaque patient
- dans un contexte de sans-abrisme avec toute la complexité des mécanismes qui y ont contribué et qui en découlent.

Soins et social : une difficile coordination

Les LHSS sont une structure médico-sociale. Cela suggère que deux missions, celle du soin médical et celle de l'accompagnement social, doivent faire partie de la prise en charge des usagers de la structure. Or, elles ont chacune leur temporalité propre. Il arrive que l'objectif médical est atteint alors que les démarches sociales n'ont pas encore abouti, et vice versa.

À l'origine des Lits Halte Soins Santé

Les ancêtres des Lits Halte Soins Santé sont les Centres d'Hébergement d'Urgence avec Soins Infirmiers (CHUSI), aussi appelés « lits infirmiers ».

Ils ont été créés en 1993 par le docteur Xavier Emmanuelli, fondateur du Samu social de Paris, pour répondre à une demande de soins de personnes vivant à la rue, présentant des problèmes de santé ne relevant pas de l'hospitalisation, mais qu'on ne peut soigner ni à la rue, ni dans les centres d'hébergement d'urgence.

Les affections relevant de ces lits infirmiers étaient par exemple une asthénie nécessitant du repos, un épisode infectieux passager (virose, bronchite, ...), des affections dermatologiques (plaie, parasitoses, ...), des pathologies orthopédiques traumatologiques essentiellement.

Le séjour dans les lits infirmiers ne devait pas excéder une quinzaine de jours. Le but était en effet de retrouver un équilibre acceptable de l'état de santé et une autonomie suffisante, et non de guérir totalement. L'idée de faire sortir le patient le plus rapidement de ce dispositif de soins exceptionnel vers des structures de droit commun était également motivée par une crainte de stigmatisation de la personne.

Le but originel de l'ancêtre des LHSS était donc avant tout médical, davantage que social, car il devait permettre la prodigation de soins infirmiers, en plus de la mission d'hébergement simple confiée aux Centres d'Hébergement d'Urgence.

La notion d'accompagnement social est apparue plus clairement lors de la pérennisation des CHUSI sous l'appellation Lits Halte Soins Santé, avec le décret 2006-556 du 17 mai 2006 (Annexe 6) relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures LHSS.

En effet, le soin s'inscrit dans une démarche globale dont l'aspect social ne peut être mis de côté.

Le soin social, indissociable du soin médical

Social et santé sont intimement liés, comme le suggère l'existence d'inégalités sociales de santé. Le volet social est nécessaire à une prise en charge globale pérenne. Il est assuré par les éducateurs et l'assistante sociale. Les différents aspects du volet social en LHSS sont l'accès à ses droits notamment en termes d'assurance maladie, l'obtention d'un logement à la sortie adapté aux moyens financiers et au niveau de dépendance du patient, l'accompagnement vers une formation professionnelle ou un emploi.

Humainement, il ne semble pas raisonnable de mettre en centre d'hébergement d'urgence simple ou de laisser à la rue certaines personnes particulièrement vulnérables. C'est pourquoi il arrive que le séjour en LHSS se prolonge lorsqu'on sent qu'une démarche d'obtention de logement peut porter ses fruits dans un futur très proche. Il est alors judicieux de s'assurer que la personne concernée reste joignable et que son état de santé ne se dégrade pas à nouveau à la rue, pour qu'elle puisse intégrer son logement au moment opportun.

La durée de séjour maximale fixée par le cahier des charges à 2 mois serait davantage compatible avec la temporalité de soins ne nécessitant pas hospitalisation, que celle d'une réinsertion sociale solidement amorcée et durable. Bien souvent, le social embolise l'action médicale. Le rapport du CREAL sur la couverture des besoins en santé des personnes en situation de précarité par les LHSS de Bourgogne-Franche-Comté de 2019 propose de supprimer la mention de la durée de séjour dans le cahier des charges des LHSS. (25)

En pratique...

Lors d'échanges autour des pratiques et retours d'expériences entre travailleurs dans les LHSS d'Occitanie, il est entendu que le problème médical devrait en théorie primer sur le problème social. Le problème social, lorsque le problème médical aigu a été stabilisé, ne devrait donc pas justifier à lui seul la prolongation d'un séjour au delà de 2 mois. Il ne s'agit pas là de se soumettre à une quelconque politique de réduction des durées moyennes de séjour, qui ne s'appliquent pas aux LHSS, mais plutôt de faire bénéficier du dispositif à un maximum de personnes.

Serait-il moins inéthique de renvoyer à la rue une personne A pour laquelle une solution de logement adaptée n'a pas encore été trouvée et dont le problème médical aigu est stabilisé, afin de pouvoir accueillir une personne B pouvant prétendre à une prise en charge par les LHSS ; ou bien de laisser à la rue la personne B souffrant d'une pathologie aiguë éligible aux LHSS, afin de pouvoir continuer à héberger la personne A ?

C'est une question éthique à laquelle l'équipe médico-sociale des LHSS, avec leur conscience morale, professionnelle, ainsi que leurs qualités compassionnelles, est confrontée au quotidien. Il faut y répondre, en pratique, faire des choix. La longue liste des patients en attente de pouvoir insérer les LHSS témoigne de l'impossibilité de pouvoir accueillir tous ceux qui en ont besoin.

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle des plus de 55 ans. En considérant que cet âge administratif chez les SDF sous-estime grandement leur âge physiologique, il faut prendre en compte les problèmes de perte d'autonomie dont ils souffrent. Pour les personnes devenues dépendantes, les solutions de logement s'amenuisent. Une orientation en appartement autonome, en maison relais ou en foyer logement nécessite une autonomie suffisante. Les EHPAD, qui pourraient être une solution pour ce type de patients, sont souvent réticentes à les accueillir pour plusieurs raisons. Les EHPAD peuvent estimer que ces patients sont trop « jeunes » par rapport à la moyenne d'âge de leurs résidents (85 ans). Ils peuvent également craindre la gestion des troubles du comportement et des conduites addictives qui sont des pathologies fréquentes chez les SDF. De plus, les EHPAD peuvent rechercher une sécurité financière qui est difficile à garantir au travers de ces patients avec souvent très peu de ressources lorsqu'ils ne sont pas sous curatelle.

Même si les destinations de sortie de certains usagers des LHSS (la rue, le squatt ou le 115), ne peuvent pas répondre à un objectif social décent, il se crée souvent durant leur séjour des liens, des relations de confiance, des prises de contacts intéressantes, ou une meilleure connaissance du réseau de soins et d'aide sociale. Tout cela pourrait contribuer à rendre les conditions à une réinscription sociale meilleures que ce qu'elles ne l'étaient à l'entrée des personnes dans le dispositif LHSS. Selon les questionnaires de satisfaction soumis aux patients à leur sortie des LHSS de Banyuls-sur-mer, 83% d'entre eux se sentent mieux à la fin de leur séjour.

IV.D) Forces et faiblesses de l'étude

IV.D.1) Forces

Une des forces de cette étude est son originalité. En effet, les LHSS constituent un dispositif relativement récent, car ils ont été mis en place en 2006. Pour cette raison, les études et publications à ce sujet sont peu nombreuses, en particulier dans le domaine de l'analyse quantitative.

Ce travail se veut utile. L'analyse des raisons du non respect du cahier des charges, en termes de durée de séjour et de prise en charge sociale, peut avoir des répercussions rapides sur la pratique de l'équipe médico-sociale, et peut aussi mettre en exergue des pistes d'amélioration aussi bien au sein des LHSS que dans l'organisation générale des soins en France.

La tenue des dossiers médicaux des patients était réalisée selon une trame standardisée, ce qui limite les oublis d'information. Cela a permis une collecte de données quasiment complète.

IV.D.2) Faiblesses

Le niveau de preuve scientifique d'une étude épidémiologique descriptive comme la nôtre est faible (niveau 4), selon la grille de la Haute Autorité de Santé.

Parmi les faiblesses de cette étude, on peut aussi relever son caractère monocentrique, sa courte durée (3 ans), et le faible échantillon. L'effectif est très faible dans certains sous-groupes, ce qui limite l'interprétation des résultats. Cela ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des LHSS de France, ni à l'ensemble des personnes SDF de France.

On peut également discuter de la méthode de choix des éléments-clés qui ont été retenus dans le cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé. Le texte intégral de celui-ci se trouve intégralement en Annexe 2, afin de laisser au lecteur le soin de juger par lui-même de la pertinence du choix de ces points-clés.

Pour 11% des patients, la destination de sortie n'a pas été précisée, du fait du refus par certains patients de passer par le 115 et de la méconnaissance par la personne elle-même de son mode d'hébergement du soir le jour de leur sortie (parfois hébergement chez des amis, ou squatt, ou retour à la rue), ou du refus de la personne de nous communiquer l'information.

IV.E) Comparaison avec d'autres LHSS

Les difficultés rencontrées par les LHSS de Banyuls-sur-mer sont globalement superposables à celles rencontrées par les autres LHSS d'Occitanie et de France.

En Occitanie (26)

En 2018, le taux moyen d'admission sur l'ensemble des LHSS d'Occitanie était de 35,8%. La première raison des refus était l'absence de place disponible (64%), suivie d'une absence de justification sanitaire au séjour en LHSS (13%), et d'une situation médicale trop lourde (11%). La durée de séjour dépassait 2 mois dans 35% des cas, dont 29% entre 2 et 6 mois. Les 3 principales raisons de cet allongement de durée de séjour étaient : l'absence de solution de sortie (19%), un problème lié à la pathologie (18%), et un projet en attente pour une personne en voie d'insertion (17%). Les personnes accueillies étaient des hommes dans 80% des cas. 69% des patients avaient plus de 40 ans. 18% des patients avaient plus de 60 ans. Les principaux motifs d'admission étaient une altération de l'état général (19%), une prise en charge post-chirurgie (18%), une décompensation aiguë de pathologie somatique chronique (12%), et une pathologie traumatologique (11%). En revanche, les décompensations aiguës d'une pathologie psychiatrique ne représentaient que 3% des admissions. Dans 50% des cas, les patients sortaient des LHSS dans des conditions précaires : vers une structure d'hébergement d'urgence (31%) ou vers la rue (19%).

Le rapport d'évaluation du dispositif LHSS en France de 2013 (17)

Ce rapport montre que la durée de séjour dépasse 2 mois dans 33% des cas. De plus, 55% des structures ayant répondu à l'enquête présentaient une durée moyenne de séjour supérieure à 60 jours.

Les principales raisons évoquées de l'allongement de la durée de séjour étaient :

- la lourdeur de la pathologie d'admission dans 53% des cas
- la fragilité de l'état général nécessitant un repos prolongé et une capacité d'autonomie trop faible dans 18% des cas
- l'absence de solution de sortie (manque d'hébergements adaptés) ou un projet d'insertion en attente dans 17% des cas.

En croisant l'objectif du séjour et la durée moyenne des séjours : La durée moyenne des séjours la plus élevée concernent les personnes accueillies durant l'intercure d'un traitement ou la durée d'un traitement lourd, soit 93 jours ; Viennent ensuite les séjours dont l'objectif est l'accueil pour repos sans problème sanitaire aigu (86 jours) ou la nécessité d'explorer un problème sanitaire mal identifié (82 jours) ; La durée moyenne de séjour est beaucoup plus courte pour les personnes accueillies pour convalescence suite à une pathologie aiguë (70 jours).

En croisant les pathologies d'admission et la durée moyenne des séjours : les séjours les plus longs concernent les décompensations de pathologies psychiatriques (102 jours), les personnes souffrant de dénutrition et d'épuisement (87 jours) et les personnes souffrant

de pathologies chronique connue sans décompensation (78 jours). Les séjours les plus courts sont ceux des patients accueillis en post-chirurgie (72,5 jours), suite à un passage en traumatologie (67 jours) ou en gynéco-obstétrique (59 jours). On note également que les durées de séjour sont plus longues pour des patients qui, en dehors du principal motif d'admission, souffrent d'un mauvais état dentaire ou d'un mauvais état nutritionnel.

Les sorties se réalisent en majorité vers la rue (22%) et les structures d'hébergement d'urgence (25%). Donc 47% des patient retrouvent des conditions de vie très précaires à la sortie du LHSS. Seulement 3,9% des patients sortis ont une solution en établissement social et médico-social.

Les enquêtes menées lors des études de terrain montrent que si la remise à la rue est difficile à admettre par les personnels, elle est pratiquée afin de conserver au dispositif son rôle d'établissement médico-social d'accueil temporaire et de ne pas le transformer en dispositif d'hébergement. L'objectif premier est de stabiliser voire de guérir la pathologie aiguë à l'origine de l'admission, et non des pathologies sous-jacentes. Le volet social nécessite souvent un temps d'intervention beaucoup plus long que les deux mois préconisés par le cahier des charges. La prise en charge sociale consiste donc plutôt à initier la démarche, même si elle n'est pas finalisée.

Les effets de la prise en charge sociale les plus visibles durant le séjour en LHSS sont l'accès à une couverture sociale et aux soins, ainsi que l'accès aux droits sociaux. En revanche, l'accès à un hébergement ou un logement et le rétablissement des liens sociaux et familiaux sont moins évidents.

Selon ce rapport, 79% des patients accueillis étaient des hommes. 44% des patients accueillis avaient plus de 50 ans. Ce constat d'une population vieillissante renvoie à la question de l'accès aux établissements spécialisés tels que les EHPAD et les LAM, dont la capacité d'accueil est trop restreinte.

Ce rapport précise que les gestionnaires sont attentifs à l'aptitude des personnes à cohabiter, respecter le règlement intérieur de l'établissement, et vivre en harmonie avec les usagers de la structure qui ne renferme souvent pas seulement des LHSS, mais aussi des CHRS ou CHU.

Autre exemple :

Le rapport d'activité 2017 du réseau santé solidarité de Lille métropole montre que les LHSS sont saturés en permanence, et que le nombre de refus augmente d'année en année. La durée moyenne de séjour était de 120 jours. L'allongement de la durée moyenne de séjour s'explique par l'accueil de patients présentant des pathologies lourdes, de longue durée, pour lesquels la sortie ne peut parfois être envisagée qu'à la condition de trouver une solution de logement stable. Certaines pathologies nécessitent un traitement long et une observance importante, comme la tuberculose. De plus, les LHSS de Nord – Pas de Calais effectuent souvent un bilan plus large par rapport à la pathologie, notamment pour les patients avec des pathologies chroniques mal suivies. Ils soulignent la nécessité d'augmenter le nombre de lits de LHSS, mais aussi celui de structures médico-sociales pouvant accueillir des personnes ayant un handicap ou une pathologie chronique invalidante telles que les Lits d'Accueil Médicalisés, les Foyers d'Accueil Médicalisés, les Maisons d'Accueil Spécialisés, les EHPAD. Pour certains patients, ce type d'accueil

pourrait être définitif lorsqu'il n'est plus possible pour eux d'envisager une vie dans un logement seul sans l'aide d'une tierce personne.

Les services hospitaliers et les centres de soins de suite et réadaptation sont soucieux de réduire leur durée moyenne de séjour pour des raisons budgétaires. En augmentant le nombre de solutions de sortie pour les personnes sans domicile, ces établissements pourraient être moins réticentes à les prendre en charge. En évitant le retour à la rue de ces personnes, on évite aussi une rupture dans le soin médical et social et une nouvelle détérioration de l'état de santé et des ressources psychologiques nécessaires à la réinsertion sociale. Ce rapport souligne le problème des personnes vieillissantes, trop jeunes pour entrer en maison de retraite, et pour autant en très mauvaise santé, et trop âgées pour rester à la rue ou en hébergement d'urgence fermé en journée.

IV.F) Perspectives d'avenir et pistes d'amélioration

Faciliter les démarches sociales

Le problème médical doit rester prioritaire par rapport au problème social, afin de respecter au mieux la durée de séjour maximale. Mais cela devrait se faire en toute humanité et conscience morale. Pour ces personnes accueillies aux LHSS se trouvant dans l'urgence de satisfaire des besoins et droits fondamentaux, il est particulièrement important de faciliter, simplifier, accélérer les démarches sociales concernant l'obtention d'un logement adapté et l'accès à leurs droits de couverture sociale de base. Cela pourrait s'envisager par la simplification des démarches administratives, mais aussi, concernant l'obtention d'un logement, par le financement de plus de dispositifs de logement adaptés à ce public. En effet, les places en appartement thérapeutique, en maison relais, en EHPAD, etc, sont rares. Il est également important que les EHPAD prennent en compte la spécificité du vieillissement prématuré chez les personnes SDF. Par exemple, en plus du nombre de place limité, le placement en EHPAD se heurte à plusieurs difficultés liées à la complexité de la constitution des dossiers d'admission. L'absence de certains documents, tels que l'avis d'imposition ou une domiciliation exigée par certains conseils généraux, peut bloquer la procédure d'admission. Le financement de l'EHPAD nécessite souvent de faire appel à l'aide sociale. Cela implique, pour les personnes ayant des enfants, de renouer les liens avec leur famille avec qui ils n'ont souvent plus de relation, afin de juger de leur solvabilité. La mise sous curatelle peut être une solution pour une garantie de paiement. Ces différentes contraintes ne facilitent pas l'entrée en institution. (27,28)

La difficulté d'accès à des logements ordinaires peut aussi être liée à des délais d'ouverture de droits pour bénéficier de ressources, telles que l'AAH ou un titre de séjour. (25)

Les délais d'ouverture ou de renouvellement des droits sont, selon les contextes, longs. En attendant qu'ils deviennent effectifs, des solutions d'attente doivent être trouvées (par exemple, l'obtention de médicaments via la PASS).

Le manque de maîtrise de la langue française constitue un obstacle aux démarches sociales parfois complexes. Le recours à des traducteurs, pour informer le patient et obtenir son consentement après information, est onéreux.

La complexité des démarches, administratives ou non, permettant l'accès aux soins défavorise les personnes les plus fragiles. Une mauvaise connaissance des critères d'éligibilité aux couvertures sociales destinées aux plus démunis est également un frein à l'accès aux soins. Cela peut engendrer des surcoûts : le retard d'accès aux soins et aux actions de prévention risque d'entraîner une aggravation de l'état du patient, et donc les coûts liés aux soins plus importants alors nécessaires. Or, une couverture assurantielle complète du coût des soins augmente le recours aux soins, mais aussi l'état de santé des plus pauvres. (29) La continuité des soins n'est possible qu'en cas de protection maladie intégrale avec dispense d'avance des frais. Sans protection complémentaire, les usagers financièrement démunis ne peuvent se soigner,. Ils interrompent les soins à la réception de la facture relative aux premiers soins délivrés. La répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés sont incompatibles avec la « gratuité ». (30)

Comme le propose le rapport du CREAL sur la couverture des besoins en santé des personnes en situation de précarité par les LHSS de Bourgogne-Franche-Comté de 2019, il serait intéressant de mettre en place un dossier unique d'admission en LHSS et les LAM à échelle régionale voire nationale. Cela permettrait d'éviter aux services orienteurs une étape lourde et chronophage. (25)

La facilitation des démarches sociales pourrait également passer par l'élaboration de fiches de liaison entre les soignants des urgences (infirmières et médecins) et l'assistante sociale des urgences, afin de favoriser le lien avec les acteurs d'une prise en charge médico-sociale au long cours y compris le médecin traitant. Ces fiches de liaison permettraient d'assurer une continuité de prise en charge en dehors des horaires habituels de travail de l'assistante sociale et des PASS.

En tant qu'acteurs centraux du premier recours, les médecins généralistes ont un rôle clé dans la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale. Or, les trois quarts des praticiens ont déclaré éprouver plus de difficultés pour la prise en charge de leurs patients en situation de vulnérabilité sociale que leurs autres patients, selon une enquête de la DREES de 2018. Parmi ces principales difficultés, les médecins généralistes citent la surcharge de travail administratif.

Développer davantage de lits LHSS et LAM

Les LHSS de Banyuls-sur-mer se voient contraints de refuser un grand nombre de patients éligibles par manque de place. Environ la moitié des demandes d'admission en LHSS a été refusée pour les motifs suivants : manque de place disponible (pour environ les $\frac{3}{4}$ des cas), situation médicale jugée trop lourde pour une prise en charge en LHSS, et refus du patient. De plus, le maillage des LHSS en France n'est pas très uniforme. (31) (Fig. 4)

Une volonté politique de réduire les durées moyennes de séjour pousse parfois certains services hospitaliers à utiliser les LHSS comme solution de sortie pour des patients porteurs de pathologies parfois très lourdes pouvant progressivement altérer leur autonomie. La population accueillie est vieillissante. Selon l'étude de l'INSEE de 2012, « les personnes de 60 ans et plus sont trois fois plus nombreuses qu'en 2001 » (13). L'avancée en âge s'accompagne généralement d'un état de santé plus dégradé à l'origine d'une potentielle perte d'autonomie et de handicap. De plus, les patients sans domicile fixe ont souvent un âge physiologique plus avancé que leur âge administratif. Les pathologies qu'ils développent se voient souvent à un stade plus sévère que dans la population générale. Pour certains patients, la lourdeur de leur poly-pathologie chronique et le handicap qui l'accompagne ne permettent pas en toute conscience morale de les renvoyer à la rue, même après stabilisation d'un de leur problème de santé aigu. Or, les LHSS n'ont pas pour vocation d'accueillir ces personnes au long cours. Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) seraient une solution adaptée pour ce type de patient. La durée de séjour n'y est pas limitée. Les LAM se rapprochent d'un fonctionnement hospitalier du fait de la présence d'une infirmière 24h/24 y compris le week-end, mais leur nombre est actuellement très insuffisant. Leur répartition sur le territoire français est très inhomogène. (32) (Fig. 5) Le financement de nouveaux Lits d'Accueil Médicalisés serait une piste intéressante pour augmenter les chances de sortie des LHSS vers une structure adaptée.

Une étude descriptive en LHSS et centre d'accueil d'urgence de Bordeaux réalisée en de 2013 à 2016 souligne la lourdeur des pathologies de certaines personnes SDF, qui nécessitent parfois des soins palliatifs voire une démarche de limitation de soins. Cette étude met en évidence le peu d'évaluation palliative précoce rendue difficile du fait de la mauvaise qualité du suivi médical, et suggère de privilégier l'hébergement en fin de vie en situation palliative dans des structures extra-hospitalières. (33) Cela pourrait s'envisager dans les LAM. Le rapport « Fin de vie et précarité » de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) retient que les structures sanitaires sont mal adaptées à l'accompagnement en fin de vie des personnes en situation de précarité, qu'elles ne coordonnent pas assez leurs actions et leurs informations. Le rapport constate que les services d'urgence des hôpitaux sont trop souvent sollicités comme l'unique solution et ne sont pas adaptés à l'accueil de patients sans domicile en fin de vie, et qu'il y a lieu de développer les « lits d'accueil médicalisés ». (34)

Le rapport d'évaluation du dispositif LHSS de 2013 retrouve un nombre de demandes par lit significativement supérieur au nombre de personnes effectivement accueillies, principalement à cause d'une capacité d'accueil insuffisante : 7,71 demandes par lit contre 4,54 personnes accueillies. (17) Ce rapport soulève aussi le problème du manque de structures adaptées aux personnes sans domicile fixe après leur séjour en LHSS une fois leur pathologie aiguë résolue, qu'il s'agisse de structures d'hébergement ou d'établissements spécialisés pour personnes âgées ou handicapées. Ainsi les LHSS assurent parfois le rôle de Maisons d'Accueil Spécialisé ou d'EHPAD selon le rapport Girard sur la santé des personnes sans chez soi (35), et ne répondent pas à leur objectif initiale qui est de donner une réponse sanitaire à des pathologies qui seraient traitées à domicile si la personne disposait de ce chez soi. Un tiers des refus ont pour cause l'absence de lit disponible.

De plus, un certain nombre de patients sans domicile fixe sont hospitalisés, faute de pouvoir leur prodiguer des soins à domicile. Une hospitalisation coûte en moyenne 1370 euros/jour dans un service de médecine. Les LHSS coûtent 115,10 euros/lit/jour. Les LAM coûtent 204,50 euros/lit/jour. Compte tenu de cela, le développement de davantage de lits de LHSS et LAM pourrait permettre de réduire le nombre d'hospitalisations inutiles, et donc également le coût pour la collectivité.

Il serait intéressant d'organiser des LHSS à destination des femmes sans domicile. Elles sont fréquemment victimes de violences notamment sexuelles. La non mixité et la proposition de chambres individuelles pourraient leur offrir un cadre plus sécurisant. Les résultats de l'enquête INSEE de 2012 montre qu'un tiers des personnes sans domicile, ayant eu recours aux services d'hébergement ou de restauration dans les agglomérations d'au moins 20 000 habitants, sont des femmes, avec une forte progression constatée depuis 10 ans. La moitié d'entre elles étaient accompagnées d'enfant. (13) Il sera probablement intéressant de prendre en compte cette évolution dans la perspective d'accueil des femmes, en particulier l'accueil mère-enfant au sein des LHSS. Le rapport d'évaluation du dispositif LHSS de 2013 relève que l'impossibilité d'accueillir un tiers, en particulier les enfants de mères isolées, est une vraie difficulté pour les structures. (17) Plusieurs cas de refus de soins ont été rapportés par les responsables des structures, principalement motivés par le refus de séparation. Selon ce rapport, 70% des structures LHSS sont dans l'impossibilité d'accueillir les enfants des femmes susceptibles d'être prises en charge en LHSS.

Lits halte soins santé (LHSS)

Nombre de places par département par million d'habitants

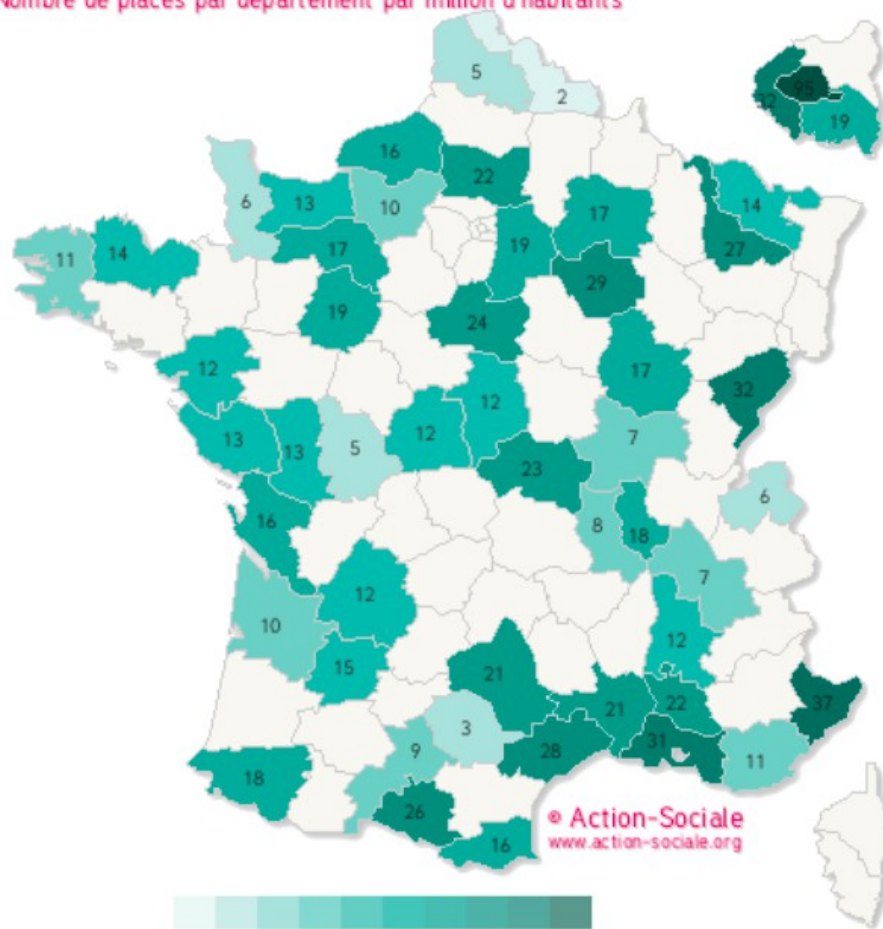


Figure 4 : Répartition des LHSS au sein des différents départements (31)

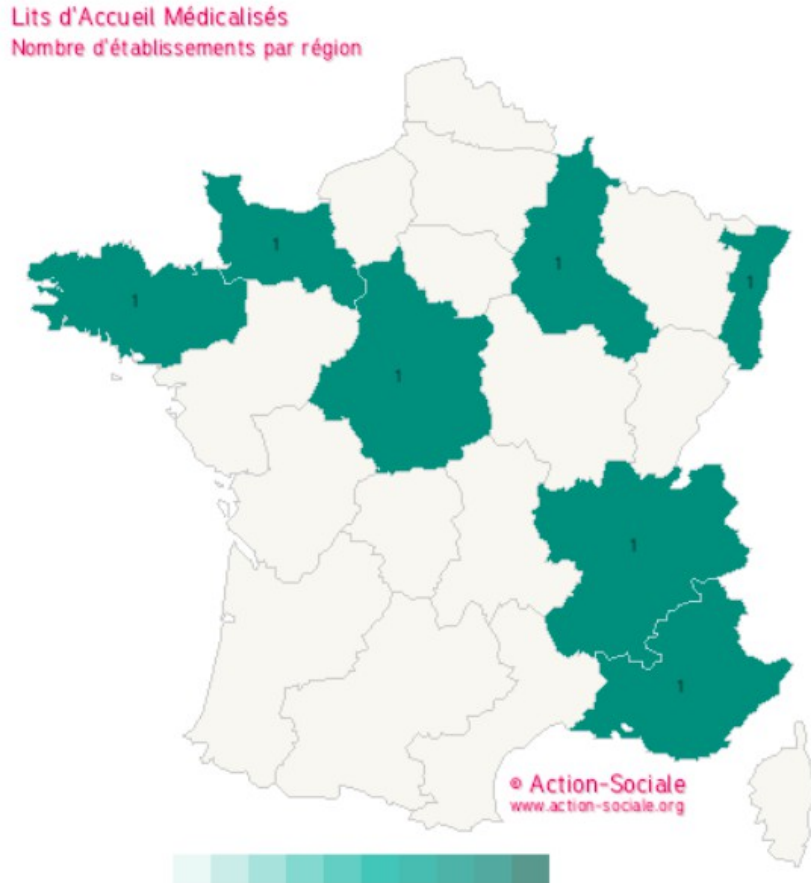


Figure 5 : Répartition des Lits d'Accueil Médicalisés en France (32)

Faire connaître les LHSS

Les LHSS demeurent inconnus d'un grand nombre de professionnels de santé. Ils méritent pourtant une bien meilleure publicité. Tout patient en situation de précarité devrait pouvoir trouver, à l'aide de son médecin, une solution en accord avec son handicap médico-social, d'autant plus que les assistantes sociales restent peu nombreuses et peu accessibles en urgence. Tous les médecins et acteurs de soins devraient avoir une meilleure information sur l'existence des LHSS et leurs critères d'admission : notamment les médecins généralistes le plus souvent sollicités en premier recours par les patients avec ou sans domicile, les médecins urgentistes confrontés de plus en plus à l'exercice d'une médecine générale du fait d'une démographie médicale de ville en baisse, d'autant plus qu'ils ne peuvent pas être conseillés par une assistante sociale la nuit.

Le rapport d'évaluation du dispositif LHSS de 2013 montre que les demandes inadaptées à une prise en charge en LHSS (pathologie trop lourde, absence de motif sanitaire) correspondent à 50% des motifs de refus de demandes d'admission en LHSS. Cela traduit chez les organismes orienteurs le manque d'information et de compréhension du dispositif LHSS, ou le manque de recours à d'autres solutions. (17)

Former les professionnels de santé à la précarité

En France, l'approche de la santé comme un service public, de manière globale, en intégrant la lutte contre les inégalités sociales de santé et l'accessibilité universelle aux soins, doit se traduire dans l'enseignement. La question des inégalités sociales de santé apparaît dans le référentiel métier et compétence de la médecine générale. (36) Il semble important d'intégrer à la formation théorique et pratique de base des professionnels de santé les particularités de repérage et de prise en charge, ainsi que l'ensemble des ressources potentielles pour les personnes en situation de grande précarité, dès le premier et le second cycle des études médicales. Les formations post universitaires basées sur le volontariat ont leurs limites. Une thèse de médecine générale de 2012 s'est intéressée à la formation en santé précarité des futurs médecins. Sur 35 universités métropolitaines interrogées, seulement 8 (23%) délivraient une formation obligatoire dans le champ de la précarité au cours du cursus commun, et 21 (60%) en délivrait en tant que formation optionnelle. De plus, lorsque la formation obligatoire existe, elle intervient sur un volume horaire de 1,9 heures, essentiellement en première année. (18) Selon une enquête de la DREES de 2018 ; un médecin généraliste sur deux ne se sent pas assez formé à la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale, surtout sur les possibilités d'intervention des travailleurs sociaux et sur l'accès aux droits. (37) Dans le cadre du développement professionnel continu, l'offre de formation doit s'étoffer et le Diplôme Universitaire « Santé Précarité » doit être valorisé.

De plus, il serait intéressant que l'on fournisse aux professionnels de santé, après leur installation dans un territoire donné, un annuaire médico-social loco-régional régulièrement mis à jour. (38)

Augmenter la démographie médicale

La diminution des durées de séjour en LHSS pourrait également être obtenue par le raccourcissement des délais de rendez-vous avec des médecins spécialistes. Cela pourrait passer par une volonté politique suffisante en faveur d'une augmentation de la démographie médicale pour toutes les spécialités.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *Insee Première*, octobre 2011, n° 1372 : 4 p.
2. Cambois E, Laborde C, Robine JM, « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». *Population et Sociétés*, 2008 ; 441 : 1-4
3. Adam C, Faucherre, Vincent, Micheletti, Pierre, Pascal, Gérard. La santé des populations vulnérables. Ellipses. 2017.
4. Denantes M, Chevillard M, Renard JF, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer* 2009;85:22-6.
5. Desprès C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Paris, DIES, mai 2006.
6. Collège de la Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? 2014. [cité 4 mai 2020]. https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/doc_iss_02_04-1.pdf
7. Mazalovic K, Villedary M, Beis JN, Faure R, Charra C, Zabawa C. Les attentes des patients en situation de précarité vis-à-vis des professionnels de santé. *Exercer* 2017;137:388-94.
8. Collectif les Morts De la Rue. Dénombrer et décrire la mortalité des personnes SDF en 2018. 2019.
9. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 1 juin 2009;38(3):877-83.
10. Hwang SW. Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*. 26 avr 2000;283(16):2152.
11. Nordentoft M. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*. 10 juill 2003;327(7406):81-0.
12. Cheung AM. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *Canadian Medical Association Journal*. 13 avr 2004;170(8):1243-7.
13. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455 [Internet]. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
14. Zeneidi-Henry D. Les SDF et la ville: géographie du savoir-survivre. Rosny-sous-Bois: Bréal; 2002. 288 p.
15. Emmanuelli X. L'action du Samu social. *Laennec*. 2007;55(4):37.
16. Les Lits d'accueil médicalisés (LAM). [cité 4 mai 2020]. <http://www.cnle.gouv.fr/Les-Lits-d-accueil-medicalises-LAM.html>

17. Picon E, Sannino N, Minet B, Henocq AC, Seigneur R. Evaluation du dispositif Lits Haltes soins Santé (LHSS). Itinéraire Conseil 2013. [cité 4 mai 2020].http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf.
18. Adam C. Point de vue d'un médecin généraliste engagé sur l'accès aux droits. Regards. 2014;N°46(2):51.
19. Hammig B, Jozkowski K, Jones C. Injury-related Visits and Comorbid Conditions Among Homeless Persons Presenting to Emergency Departments. Cunningham RM, éditeur. Acad Emerg Med. Avr 2014;21(4):449-55.
20. Laporte A. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile de France. [cité 4 mai 2020].
https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_Sementa_2010.pdf.
21. DRASS PACA. La santé mentale en population générale : image et réalité. 2009.
22. Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. Mars 2009;119(3):180-91.
23. Goodman LA, Dutton MA, Harris M. Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of physical and sexual assault. American Journal of Orthopsychiatry. 1995;65(4):468-78.
24. Bentata M, Aubert JP, Bouée S, Compagnon C, Elghozi B, Livrozet JM, et al. Identification des freins au dépistage et à la prise en charge des patients infectés par le virus de l'hépatite C : Étude Gymkhana 1, France, 9 au 12 décembre 2002. INVS, éditeur. Bull Épidémiologique Hebd. 2005;43:215-6.
25. CREAI Bourgogne-Franche-Comté. La couverture des besoins en santé des personnes en situation de précarité par les lits halte soins santé en Bourgogne-Franche-Comté. 2019
26. Astorg M., Sudérie G. Lits halte soins santé en Occitanie. Bilan 2018. Toulouse : CREAI-ORS Occitanie, déc 2019, 38 p. [cité 4 mai 2020]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.creaiors-occitanie.fr>
27. Observatoire Régional de Santé de La Réunion. Les personnes sans domicile fixe usagères des services d'aide à La Réunion. 2010.
28. DGCS - Enquête sur les parcours des personnes accueillies en LHSS et LAM EY – Rapport final – Octobre 2018
29. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. 2012;8.
30. COMEDE. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels. 2008.

31. Les lits halte soins santé. [cité 4 mai 2020]. <http://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/lits-halte-soins-sante--l-h-s---180/Repartition/capdepartementspop.html>
32. Les lits d'accueil médicalisés. [cité 4 mai 2020]. <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/lits-d-accueil-medicalises--l-a-m--213/Repartition.html>
33. Mathe A, Adam C, Burucoa B. Fin de vie et précarité : étude descriptive en Lits Halte Soins Santé (LHSS) et en Centre d'Accueil d'Urgence (CAU). *Revue internationale de soins palliatifs*. 2017;32(3):79.
34. Schaerer R, Poirier F. Compte rendu d'actualités. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2015;N° 121(2):127.
35. 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. :237.
36. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
37. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/prise-en-charge-des-patients-en-situation-de-vulnerabilite-sociale-opinions-et>
38. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Sante Publique*. 31 déc 2015;Vol. 27(5):679-90.

ANNEXES

ANNEXE 1

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions

$$\text{EPICES} = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$$

Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

ANNEXE 2

Lits halte soins santé

Cahier des charges

Préambule

En 1993, ont été installés, à titre expérimental, des « lits infirmiers », chargés d'accueillir des personnes sans domicile dont l'état de santé ne justifie pas ou plus d'hospitalisation, mais nécessite une prise en charge sanitaire et sociale et/ou du repos, ce que le dispositif d'hébergement classique, à fortiori la vie à la rue, ne permettent pas.

Le Comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 a décidé (fiche 21) de « développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe » et indiquait comme l'une des modalités de cette mesure « 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 5 ans.

1 – Définition

Les lits halte soins santé constituent une structure médico-sociale au sens de l'article L. 312-1-9° du code de l'action sociale et des familles.

En l'absence de domicile, les lits halte soins santé permettent aux personnes de « garder la chambre », de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

Ils constituent une modalité de prise en charge globale, en un lieu spécifique ou non, de personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative. Cette structure articule fortement une dimension sociale et une dimension de soins et de prévention, et ne se substitue à aucune catégorie de structure sanitaire, médico-sociale ou sociale existante.

Les lits halte soins santé ne doivent pas être dédiés à un type de pathologie donnée.

2 – Implantation

Les lits halte soins santé sont soit regroupés en un lieu unique soit, en fonction des besoins et moyens locaux, dispersés dans différents sites, que ces derniers soient ou non exclusivement dédiés à cette activité.

3 - Public accueilli

Toute personne ne disposant pas de domicile dont la pathologie ou l'état général, somatique et/ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes handicapées, personnes âgées).

Lorsqu'ils sont regroupés sur un site unique, les lits halte soins santé doivent être mixtes et accueillir tous types de public. Intégrés dans un dispositif sanitaire, médico-social ou social, les conditions de l'accueil sont conformes à celles de ce dispositif.

Dans la mesure où l'accueil en lit halte soins santé constitue une situation transitoire, seule la personne concernée est accueillie, le droit de visite devant être garanti. Cependant, en l'absence de solution alternative et afin d'éviter des séparations, les accompagnants (conjoint, compagnon, enfant ...) peuvent, à titre exceptionnel, être également accueillis.

Il convient également de prévoir, dans la mesure du possible, un mode d'accueil des animaux accompagnant. L'entretien de l'animal est alors à la charge du maître.

4 - Admission – régulation

4-1 Admission

L'admission est prononcée, sur demande de la personne, par le directeur responsable de la structure lits halte soins santé, après avis d'un médecin de cette structure. Celui-ci évalue et identifie le besoin sanitaire de la personne, la pertinence médicale de l'admission de celle-ci dans la structure. En cas de nécessité d'une prise en charge hospitalière, l'admission ne peut être prononcée.

Lors de l'admission de la personne, un document individuel de prise en charge est établi conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles et au décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004.

4-2 Régulation

La régulation des places disponibles doit être organisée, en fonction du contexte local, dans le cadre du dispositif de veille sociale.

Un protocole est établi entre la régulation et le responsable du lieu où se trouvent le ou les lits halte soins santé, afin que soient définies les règles d'orientation, de régulation et d'accueil.

5 - Durée du séjour

La durée prévisionnelle du séjour est inférieure à deux mois.

6 – Sortie

La sortie du dispositif d'une personne accueillie est soumise à avis médical, pris après concertation de l'équipe sanitaire et sociale qui suit la personne.

Le travail en réseau doit permettre d'élaborer des parcours de sortie vers une structure ou une prise en charge adaptée à la situation de la personne.

Toutefois, les personnes accueillies sont libres de quitter, quand elles le souhaitent, la structure lits halte soins santé, sans formalité particulière.

Le non-respect du règlement de fonctionnement du dispositif, qui définit les droits de la personne accueillie et ses obligations au regard des règles de vie collective, peut entraîner l'éviction de la personne de la structure d'accueil.

7 - Services offerts

Les lits halte soins santé sont ouverts 24h/24 et 365 jours par an.

7-1 Hébergement

Un hébergement classique avec accueil, restauration, vestiaire, buanderie... , accessible aux personnes handicapées est offert. L'accueil en chambre individuelle doit, pour des raisons sanitaires, être privilégié.

7-2 Soins

En fonction du nombre de lits, les professionnels de santé assureront une présence permanente ou ponctuelle (en cas d'urgence, il est fait recours au 15).

L'organisation des soins est coordonnée par un personnel de santé.

7-2-1 Soins médicaux

Le médecin établit le diagnostic, les prescriptions et le suivi des soins et s'assure de leur continuité à la sortie du dispositif. Il décide si le traitement prescrit est administré par le personnel soignant ou si la personne gère seule son traitement. Il assure l'évaluation des besoins en santé et des freins à l'accès aux soins, adaptant, en fonction des besoins, l'orientation et la prise en charge. Il réalise, en lien avec les personnels sanitaires et sociaux, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique et effectue toute démarche contribuant à l'accès à des soins, non délivrés par la structure lits halte soins santé (prise de rendez-vous, accompagnement ...). Pour cela, ils s'appuient pour tout ou partie sur les conventions ou les contrats ou les protocoles établis avec les partenaires des secteurs public, privé et les réseaux existants.

7-2-2 Examens nécessaires au diagnostic et au suivi thérapeutique

La réalisation d'exams, prescrits par le médecin à des fins diagnostiques et/ou de suivi thérapeutique, tels par exemple les radios, les analyses de laboratoires..., est organisée (prise de rendez-vous, accompagnement...) à partir de la structure lits halte soins santé et entrepris pour tout ou partie en externe suivant les conventions ou les contrats ou les protocoles établis avec les partenaires des secteurs public, privé et les réseaux existants.

7-2-3 Soins paramédicaux

Sous contrôle médical, des soins infirmiers sont réalisés quotidiennement par des infirmier(e)s et des aides-soignant(e)s. Ces personnels participent à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique.

En fonction des besoins, des soins plus spécialisés seront dispensés par des psychologues, kinésithérapeutes, sages-femmes... dans les conditions prévues par les conventions, contrats ou protocoles établis avec les partenaires des secteurs public, privé et les réseaux existants.

7-2-4 Produits pharmaceutiques

Les médicaments et consommables (produits ou objets) en vente libre nécessaires aux soins infirmiers sont fournis aux personnes accueillies. Ils sont achetés en officine ou, en grande quantité, auprès d'un grossiste ou d'un laboratoire.

Pour les médicaments ou consommables (produits ou objets) soumis à prescription médicale, des ordonnances nominatives sont réalisées par le praticien et exécutées par n'importe quel pharmacien d'officine ou, pour les médicaments à réserve hospitalière, par une pharmacie à usage intérieur.

Suivant la décision médicale, soit la personne, « comme à la maison » gère son traitement (avec éventuellement l'aide de l'infirmier(e) et/ou du travailleur social), soit le traitement est administré par le personnel soignant.

Conformément aux articles L.5126-1 L.5126-5 et L. 5126-6 du code de la santé publique, les besoins pharmaceutiques des lits halte soins santé ne justifiant pas l'existence d'une pharmacie à usage intérieur, les médicaments, produits ou objets destinés aux soins urgents peuvent être détenus et dispensés sous la responsabilité d'un médecin attaché à la structure ou d'un pharmacien ayant passé convention avec celle-ci.

7-3 Accompagnement social et animation

La structure doit disposer de la présence quotidienne de travailleurs sociaux.

Les personnels sociaux doivent travailler avec les personnels médicaux et le cas échéant, avec les référents sociaux antérieurs. Des partenariats sont instaurés, un travail en réseau mis en oeuvre.

Le premier rôle des personnels sociaux consiste à aider les personnes prises en charge à accéder à leurs droits. Avec le concours des personnels sanitaires et en collaboration avec l'usager, ils élaborent une solution d'aval tant sanitaire que sociale qui assure une continuité des soins et un

accompagnement.

Outre des entretiens et un suivi individuel, des activités de journée sont proposées afin d'établir une convivialité et des liens sociaux.

8 – Personnels

Il est indispensable que les personnels amenés à travailler auprès des personnes accueillies dans les lits halte soins santé reçoivent une sensibilisation préalable et que leur soit proposée une formation continue adaptée à ce type de prise en charge.

Le volume des prestations des personnels administratifs et techniques, sanitaires et sociaux, que les lits halte soins santé soient en structure autonome ou intégrés à un autre dispositif sanitaire, médicosocial ou social, est proportionnel au nombre de lits.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de personnels salariés ou d'intervenants extérieurs administratifs et techniques, sanitaires et sociaux, mis à disposition ou de professionnels libéraux rémunérés par la structure, et dont les prestations sont formalisées par contrat, convention ou protocole. Cette équipe comprend obligatoirement au moins un médecin et une infirmière.

8-1 Le responsable des lits halte soins santé

Il doit être à plein temps pour des structures autonomes de 30 lits.

8-2 Le régulateur

Le régulateur est chargé de trouver, à la demande du médecin ayant donné un avis favorable à l'admission de la personne, une place au sein du parc qu'il gère.

Le poste de régulateur peut dépendre du 115 ou de tout autre organisme impliqué dans la veille sociale.

8-3 Le (la) maître(sse) de maison et le personnel assurant l'hébergement

Pour les lits halte soins santé intégrés dans une autre structure d'hébergement, les prestations de lingerie, restauration, entretien des locaux... sont assurées par la structure. Pour les autres, ces prestations sont organisées et gérées par un(e) maître(sse) de maison, qui s'appuie sur du personnel (auxiliaire de vie) salarié ou d'un prestataire qui assure l'entretien et l'hygiène des locaux, du linge et du matériel d'hébergement, réceptionne les livraisons, sert les repas...

8-4 Le personnel soignant

8-4-1 Les personnels médicaux

Chargés du diagnostic, de la prescription des soins et du suivi des patients, ils doivent pouvoir s'appuyer sur un réseau de médecins spécialistes (en fonction des pathologies), de centres de radiologie, de laboratoires d'analyse, de pharmacies, relevant du secteur public ou privé. Ils sont notamment chargés d'organiser, avec les partenaires concernés, les modalités de recours à un (ou des) services hospitaliers (consultations voire hospitalisation) pour répondre à des besoins spécifiques, des aggravations ou des complications.

Ils sont hospitaliers, libéraux ou salariés.

8-4-2 Les personnels paramédicaux

Une présence infirmière est indispensable tous les jours.

Les soins infirmiers sont assurés par des infirmier(e)s diplômé(e)s exerçant soit en libéral (contrat, actes ponctuels) soit en salarié du secteur public ou privé.

Des personnels paramédicaux spécialisés, exerçant soit en libéral soit en salarié, interviennent en fonction des besoins.

8-4-3 Les pharmaciens

Il peut être envisagé d'employer à temps partiel un pharmacien. Cependant, une convention, un protocole avec un pharmacien d'officine ou une PUI hospitalière est suffisante pour assurer la délivrance des médicaments, voire l'approvisionnement en consommables.

9 - Organisation et fonctionnement

Le nombre de lits, sur un même site, ne doit pas excéder 30.

Inclus dans une structure préexistante, ces lits ne doivent pas représenter plus de 15 % de l'ensemble des lits de cette structure, sans jamais dépasser le nombre de 30.

Les lits halte soins santé sont gérés par une personne morale publique ou privée.

Le budget de la structure lit halte soins santé est indépendant de tout autre.

Dans tous les cas, il sera recherché, pour son fonctionnement, une mutualisation et une optimisation des moyens humains et matériels. A cette fin, il peut être fait appel à des interventions extérieures individuelles, associatives ou institutionnelles.

Le partenariat entre la structure lit halte soins santé et les intervenants extérieurs (hôpitaux, pharmacies, libéraux, réseaux, associations...), doit être formalisé (convention, contrat, protocole...).

Dans la zone géographique d'implantation, il est fait obligation réciproque à la structure lit halte soins santé et aux établissements de santé (généralistes et ayant une activité spécifique de psychiatrie) d'établir entre eux une convention. Celle-ci précise les conditions de mise en oeuvre des interventions des professionnels de santé des établissements de santé au sein de la structure lit halte soins santé.

Elle indique également les modalités selon lesquelles cette structure peut avoir recours, s'il y a lieu, à des consultations hospitalières et/ou à des hospitalisations pour des personnes accueillies dont l'état sanitaire l'exige, notamment dans les situations d'urgence.

Un projet de fonctionnement doit être élaboré pour créer une synergie entre les acteurs venant d'horizons divers, avec des spécialités diverses, pour construire une culture commune et inclure la participation des personnes accueillies. Ce projet doit inclure d'une part les procédures d'accueil, de sortie, de soins, de fonctionnement (exemple : l'approvisionnement, la gestion et l'administration des médicaments) et d'autre part les modalités de constitution ou d'affiliation à des réseaux sanitaires et sociaux, qui optimisent les actions et prestations fournies, facilitent les prises en charge globales, les sorties du dispositif.

Ce projet, qui est évolutif, doit définir des objectifs quantitatifs et qualitatifs, pouvant être évalués tant par les personnes accueillies que par les personnels et les institutions.

Un règlement de fonctionnement, adapté à la population accueillie, doit clairement indiquer les droits et devoirs des personnes accueillies et des personnes intervenantes, les règles de vie et de fonctionnement du dispositif.

10 – Financement

Le financement des lits halte soins santé est assuré par une dotation globale définie sur la base d'un forfait par lit et par jour. Elle est annuellement réévaluée.

Le forfait couvre : l'hébergement, l'accueil, la restauration, (personnel, consommable, entretien), les consultations médicales (hors consultations de spécialistes), les soins paramédicaux : infirmiers (personnels, dispositifs médicaux et consommables, nursing, hygiène), de kinésithérapie, de sages femmes... les consultations de psychologues, le transport nécessaire à la réalisation de ces soins.

11 – Evaluation

L'évaluation qualitative et quantitative est réalisée conformément aux dispositions de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Elle doit servir tant de rapport d'activité pour les institutions qu'en interne pour définir les objectifs, revoir le projet, le règlement intérieur, faire évoluer les partenariats... Elle sert de support d'adaptation aux besoins locaux, aux possibilités locales, met en évidence des opportunités ou impossibilités susceptibles d'interférer sur le fonctionnement de la structure.

Réalisée suivant une trame standardisée, elle s'enrichit de la participation des personnes accueillies et des intervenants permanents ou ponctuels.

Elle permet d'identifier notamment les personnes reçues, leurs pathologies, leurs besoins sociaux, les aides et difficultés rencontrées pour leur prise en charge, leur sortie de la structure, les réseaux et partenariats constitués et animés, les freins et facilités de fonctionnement de la structure.

ANNEXE AU CAHIER DES CHARGE DES STRUCTURES LITS HALTE SOINS SANTE TRAME D'EVALUATION

(pour l'évaluation qualitative et quantitative annuelle)

La présente trame a pour objet d'aider à la réalisation des évaluations et d'homogénéiser leur rédaction afin d'en faciliter la synthèse.

I/ Présentation de la structure

Bref rappel sur l'objet de la structure, son gestionnaire, le nombre des lits, la situation géographique, le mode de fonctionnement, la date de l'ouverture, le projet d'établissement ... et pour les années suivantes, les évolutions au regard de l'évaluation précédente.

II/ Aspect quantitatif

L'évaluation sexuée indiquera notamment :

le taux de remplissage mensuel des lits,

le nombre de demandes d'admission et de refus et leurs raisons

le nombre de personnes reçues au cours de l'année,

la durée moyenne du séjour,

l'âge moyen des personnes accueillies

le nombre de séjour par personne et les raisons soit des interruptions (hospitalisation par exemple) ou des retours au sein de la structure,

le nombre de personnes ayant quitté la structure et leur devenir (si possible)

les services offerts et leurs évolutions au cours de l'année,

le nombre des personnels en charge de la structure ainsi que leur statut et les ajustements éventuels,

le nombre des personnels en charge de l'hébergement ainsi que leur statut et les ajustements éventuels,

le nombre des personnels en charge des soins ainsi que leur statut et les ajustements éventuels,

le nombre de recours à des structures de soins ou de diagnostics extérieures (laboratoire, pharmacie, spécialistes ...), le nombre de rendez-vous pris, le nombre d'accompagnements réalisés

le nombre éventuel de transports sanitaires mis en oeuvre,

le nombre d'appels des services des urgences (15, pompiers) et/ou de transferts hospitaliers réalisés en urgence,

le nombre des personnels en charge de l'accompagnement social ainsi que leur statut et les ajustements éventuels,

le nombre de formations initiales et continues suivies par les personnels,
la comptabilité globale de la structure et sa comptabilité analytique,
le nombre de personnes accompagnantes reçues, si la structure le permet, et leur durée de séjour,
le nombre de partenariat et l'évolution de ceux-ci
Ces données seront comparées, quand cela sera possible à l'évaluation précédente.

III/ Aspect qualitatif

L'évaluation indiquera notamment :

par qui les personnes ont été adressées à la structure et le rôle du régulateur,

les types de pathologies les plus couramment rencontrées,

l'état physiologique et psychologique des personnes accueillies,

leurs situations administratives et sociales et leurs besoins,

l'évolution sanitaire et sociale au cours des séjours,

la qualité du travail partenarial avec les intervenants extérieurs tant pour l'hébergement que pour

les soins et l'accompagnement social – les difficultés rencontrées – les solutions envisagées,

la mise en oeuvre par l'équipe pluridisciplinaire des objectifs portés dans le projet de fonctionnement

et l'appropriation de ceux-ci – les modifications envisagées et les raisons de celles-ci,

les demandes et attentes des personnes accueillies,

les solutions de sortie des personnes, les difficultés rencontrées, les partenariats développés, les solutions envisagées.

Des enquêtes ou études internes ou externes peuvent enrichir les évaluations qualitatives.

IV/ Conclusions et perspectives

Une rapide conclusion indiquant les objectifs, améliorations, évolutions ou recadrages éventuels permettra de faire le lien d'une évaluation à l'autre.

ANNEXE 3

12, rue St Jean Baptiste 66650 Banyuls sur mer – Tel : 04.68.88.37.69 Fax 04.68.88.56.50



Cavailhes Roux Laurent : Directeur
Médecin régulateur: Dr. Francès Pierre
Maria Fernandez : Infirmière coordinatrice 04.68.88.18,21

DEMANDE D'ADMISSION : VOLET SOCIAL

Rappel: Les Lits Halte Soins Santé mis en place à La MAISON D'ACCUEIL SAINT JOSEPH sont destinés à héberger des personnes en situation de précarité sociale, dont l'état de santé nécessite du repos et des soins s'ils ne relèvent pas ou plus d'une prise en charge hospitalière.

Ces lits ne sont pas destinés à recevoir des patients dont l'hospitalisation n'a pu être prolongée en raison d'un problème de couverture sociale.

La durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder deux mois : elle est conditionnée par l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie.

L'admission est prononcée par le Directeur après avis favorable du médecin régulateur qui fixe la durée du repos.

Merci de remplir de manière détaillée le formulaire des informations sociales préalables à une admission en Lits Halte Soins Santé.

Nom :

Prénom :

Situation familiale :

Date de naissance :

Nationalité :

Titre de séjour :

Dernier lieu de résidence :

Sans domicile depuis le :

Domiciliation postale :

Papiers d'identité : CNI Valide Périmée
Passeport : Valide Périmée

LHSS Saint Joseph – Finess n°66 000 633 9 – Email :ide-bsj@asso-sp.fr



1/5-

DEMANDE D'ADMISSION : VOLET SOCIAL (SUITE)

RESSOURCES :

Montant total :.....

Sans
RSA

Service instructeur:
Validité contrat d'insertion :

Assédict
AAH
Retraite
Autres

Dettes :

Mesure de protection :

Tutelle
Curatelle
Demande en cours : Date :

PROJET SOCIAL EN COURS :

PROJET D'HÉBERGEMENT À L'ISSUE DES SOINS :

TRAVAILLEUR SOCIAL RÉFÉRENT :

COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUE :

DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE :

COUVERTURE SOCIALE :

CMU de base date de validité :
CMU Complémentaire date de validité :
CMU en cours date du dépôt de dossier :
AME date de validité :
Autre :

DEMANDE D'ADMISSION : VOLET MEDICAL

Rappel : Les Lits Halte Soins Santé mis en place à La MAISON D'ACCUEIL SAINT JOSEPH sont destinés à héberger des personnes en situation de précarité sociale, dont l'état de santé nécessite du repos et des soins **s'ils ne relèvent pas ou plus d'une prise en charge hospitalière.**

Ces lits ne doivent en aucun cas pallier le manque de place du dispositif moyen séjour en maison de convalescence, rééducation...

Le séjour est temporaire, il est inférieur à deux mois.

L'admission en LHSS est prononcée par le Directeur après l'avis favorable du médecin LHSS qui fixe la durée du repos.

Merci de remplir de manière détaillée le formulaire des informations médicales préalables à l'admission.

SERVICE DEMANDEUR:

Tel :

MÉDECIN :

Tel :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

DEMANDE D'ADMISSION : VOLET MEDICAL

Problèmes de santé justifiant d'un séjour LHSS :

Antécédents médicaux :

Allergies :

Troubles de comportement :

Toxicomanie / OH :

Traitement et soins en cours : prescriptions précises

Médical

Kiné

Pansements

Régime alimentaire

Merci de rédiger les premières ordonnances nécessaires (traitement, bilans, soins, kiné...)

Prochains rendez-vous (date/heure/médecin) :

-
-
-
-

DEMANDE D'ADMISSION : VOLET MEDICAL (SUITE)

Autonomie vie quotidienne :

Altération des fonctions supérieures : oui non
Aide à la toilette : oui non
Aide au repas : oui non
Continence : oui non

Mobilité, déplacements :

La personne peut-elle prendre les transports en commun : oui non
La personne marche t-elle seule : oui non
-à l'aide d'un déambulateur : oui non
-à l'aide de cannes : oui non

La personne se déplace t-elle en fauteuil roulant : oui non

Porte t-elle :

-un plâtre : oui non Localisation :
-une atelle : oui non Localisation :

Une demande de maison de repos a-t-elle été faite :

non
 oui Nom et adresse de l'établissement :

Durée de séjour envisagée en LHSS :

Perspective médicale et/ou sociale à l'issue du séjour :

Date d'admission souhaitée :

Quand la demande émane d'un service hospitalier, ce dernier s'engage à reprendre le patient dans son service s'il s'avère que l'état de santé de la personne orientée dépasse les compétences soignantes des LHSS.

Signature :

ANNEXE 4



CONTRAT DE SÉJOUR MÉDICAL Lits Halte Soins Santé

En vertu de la loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que du décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », le présent contrat est conclu entre:

D'une part,

L'association Solidarité Pyrénées site Saint Joseph, située au 12 rue Saint Jean Baptiste, à Banyuls/Mer et représentée par :

- ✓ M.CAVAILHES-ROUX Laurent, Directeur administratif et financier,
- ✓ Mme URBAN Sylvie, Directrice pédagogique,

Et d'autre part

Madame/Monsieur.....

Né(e) leà

Il est convenu ce qui suit :

1° Période d'hébergement

Après décision du médecin régulateur du service, votre période d'hébergement est fixée à mois.
Elle pourra être modifiée par le médecin en fonction de l'évolution de votre état de santé.

2° Constitution de votre dossier médical

Afin d'assurer votre suivi médical, vous devez nous fournir :

- Une pièce d'identité,
- L'attestation de Sécurité Sociale et de mutuelle,
- Tous les documents médicaux liés à votre état de santé.

Si vous n'avez pas l'accord du médecin régulateur, vous devez remettre, lors de votre admission, vos médicaments à l'infirmière-coordinatrice du service.

Seul le personnel médical et paramédical a accès à votre dossier.

3° Engagement des parties

Le service des LHSS Saint Joseph s'engage à assurer :

- Votre hébergement le temps de votre accompagnement médical,
- Des prestations de soins et de confort,
- Vos déplacements médicaux si besoin,
- La confidentialité des informations vous concernant,
- La protection de vos données personnelles conformément au règlement n°2016/679, dit Règlement Général de la Protection des Données.

Vous vous engagez à :

- Respecter le règlement de fonctionnement que vous avez lu et signé à votre entrée,
- Effectuer les démarches notifiées dans votre contrat de soin personnalisé,
- Honorer vos entretiens avec ponctualité et rendez-vous médicaux,
- Informer l'infirmière-coordinatrice de tout évènement pouvant avoir des incidences sur votre accompagnement et/ou séjour.

4° La fin de prise en charge

A l'initiative de la personne

Vous êtes libre à tout moment de quitter l'établissement après avoir averti l'équipe médicale et paramédicale pour formaliser votre départ.

A l'initiative du service

- Au terme de ce contrat,
- Pour non-respect de ce contrat et/ou du règlement de fonctionnement.

Fin de prise en charge conjointe

Selon l'avis du médecin régulateur, le suivi médical, mis en œuvre dans ce service, arrive à échéance.

Vous bénéficiez d'une orientation assurant, a minima, votre mise à l'abri.

5° Prolongation d'hébergement

Si votre état de santé l'impose, une prolongation d'hébergement peut être envisagée, après avis médical. Un avenant à ce contrat vous sera proposé.

Le présent contrat prend effet le jour de sa signature.

Fait en double exemplaire à Banyuls/Mer, le

Le médecin

Le patient

La direction

Contrat de soin personnalisé

Nom :	Prénom :
Date et lieu de naissance :	

- Pathologie liée à l'admission en LHSS :
- Traitements :
- Soins infirmiers :
- Rendez-vous extérieurs (spécialistes...) à l'entrée du service :

Afin de progresser dans vos démarches de santé, vous devez mener les actions suivantes dans les temps définis :

Ces actions peuvent être réévaluées par le médecin régulateur au cours de votre accompagnement afin qu'elles soient adaptées à l'évolution de votre situation. Dans ce cas, elles feront l'objet d'un avenant à ce contrat de soin.

Fait en double exemplaire à Banyuls/Mer, le

Le médecin

Le patient

L'infirmière coordinatrice

ANNEXE 5



RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT LITS HALTE SOINS SANTÉ

Vous êtes accueillis dans le service des Lits Halte Soins Santé (LHSS), au sein de l'Association Solidarité Pyrénées, site St Joseph.

C'est un lieu de vie et de repos dans lequel l'équipe s'engage à assurer votre sécurité, la continuité de vos soins et un suivi social. Pour pouvoir vous accompagner le mieux possible, nous vous demandons de bien vouloir respecter les points suivants :

Le contrat de séjour médical et social

- rencontrer le médecin, l'infirmière, les aides soignants et l'éducateur,
- adhérer au contrat de soin, suivre les soins prescrits et prendre ses traitements,
- honorer les consultations externes et internes,
- avoir un comportement adapté à la vie en collectivité,
- adhérer au contrat d'accompagnement social.

Les règles de vie

1) Les repas

Une salle commune équipée est à votre disposition (micro-ondes, plaque de cuisson, frigo collectif...).

Les repas y sont servis à 12h30 et 19h. Nous vous demandons d'être présents, il ne sera pas effectué de deuxième service.

Vous pouvez également profiter de la cuisine pour vous préparer ou agrémenter votre repas ou goûter.

Dans un cadre bien défini, il est possible exceptionnellement, en accord avec l'infirmière coordinatrice du service, de manger en dehors de l'institution.

2) L'organisation spécifique du service

En fonction de votre autonomie et de votre état de santé, vous serez sollicité pour participer aux tâches ménagères du quotidien.

3) L'alcool et les psychotropes

Il est interdit d'introduire, de vendre ou de consommer de l'alcool ainsi que tout produit illicite à l'intérieur de l'établissement. C'est pourquoi, lors de vos sorties de l'établissement,

l'agent d'accueil vous demandera d'ouvrir systématiquement vos sacs, avant de réintégrer le service des LHSS.

Nous vous informons que si votre état n'est pas adapté à la quiétude souhaitée au sein de l'institution, vous ne serez pas autorisé à la réintégrer tant que votre état ne sera pas jugé convenable pour les salariés présents dans la structure.

Pour rappel, vous intégrez un service au sein d'un établissement qui accueille des familles avec enfants et personnes avec des soucis de santé qui ont besoin de calme et repos.

4) La violence

Tout acte de violence physique ou verbale à l'encontre de quiconque présent dans l'établissement est inadmissible et sera sanctionné. Une échelle de sanction est prévue et peut aller jusqu'à l'exclusion définitive.

5) Les armes

L'introduction d'arme, même de défense, est strictement interdite sous peine d'exclusion.

6) Le tabac

Conformément aux dispositions de la loi du 9 juillet 1976, il est rappelé que l'abus de tabac est dangereux pour la santé.

Le décret du 15 novembre 2006 modifie la loi du 10 janvier 1991, plus communément appelée la Loi Evin. Cette loi a pour but de lutter contre les méfaits du tabac et interdit de fumer dans tous espaces publics fermés ou couverts accueillant du public.

Il est donc strictement interdit de fumer dans les locaux de l'établissement et également dans le véhicule de service.

7) Les animaux

Les animaux de compagnie ne seront pas autorisés dans votre chambre.

Vous devez trouver une solution d'accueil le temps de votre séjour dans la structure.

8) Le respect du cadre de vie

Afin de préserver les libertés et la quiétude de chacun, il est demandé :

- d'user avec discrétion des appareils de radio, télévision, tablette... ,
- de respecter les horaires de fermeture de la salle commune (23h45).
- de se conformer aux mesures de sécurité affichées dans l'établissement,
- d'atténuer les bruits et les lumières le soir.
- de respecter les biens et les équipements de l'institution. Chacun demeure responsable du matériel mis à sa disposition.

9) Un comportement respectueux des droits et des libertés d'autrui

- D'une façon générale, nous vous recommandons d'adopter un comportement et une tenue compatible à la vie collective,
- Vous êtes accueillis dans le respect de vos convictions religieuses ou

philosophiques, aucune manifestation ni action de prosélytisme d'ordre politique ou religieux ne peut être toléré dans l'établissement,

- Respect des convictions, de l'origine, de l'histoire, de la personne et du travail de chacun.

Le respect des uns et des autres passe par la politesse et une tenue vestimentaire et d'hygiène correcte. A ce titre, une douche quotidienne est préconisée.

10) La sécurité

- **La sécurité incendie**

La détérioration volontaire des capteurs ou des extincteurs met la vie des occupants en danger. Vous informerez le personnel des dysfonctionnements ou dégradations que vous aurez pu constater.

- **Les vols**

Vous restez à tout moment et en tout état de cause responsable et gardien de vos biens. L'établissement n'est pas équipé pour conserver ni vos objets de valeurs ni vos meubles. Cependant, vous avez à disposition un placard fermé à clé qui permet de sécuriser vos affaires personnelles.

- **Les clefs**

Vous ne pouvez modifier votre serrure ni rajouter de verrou. Toute clé perdue sera facturée.

- **L'agencement des locaux**

L'installation et l'utilisation dans les locaux privatifs de radiateur d'appoint, de plaque chauffante, de four est interdite.

11) Les sorties et les visites

Vous pouvez aller et venir librement dans l'établissement . Cependant pour des raisons d'organisation au sein du service, vous devez être rentrés pour les temps de repas.

Les sorties de l'établissement sont autorisées jusqu'à 21h, du lundi au jeudi. Le vendredi, samedi et veille de jours fériés l'autorisation est jusqu'à 23h. Il vous est demandé d'avoir réintégré le service dès 22h, afin de faciliter le repos de tous les usagers. La cour ne sera plus accessible au-delà de cet horaire.

Les visites sont autorisées, après accord de l'équipe LHSS de 15h à 18h seulement, dans la salle de détente, et pas le week-end ni les jours fériés.

12) Les relations avec le personnel

Il lui est formellement interdit de recevoir de votre part des dons en nature ou en espèces. De même il lui est formellement interdit de vous accorder à titre personnel des dons, des avances ou des prêts.

Le respect est un devoir réciproque. Le personnel gardera avec vous cette attitude. Il se manifestera en particulier par le vouvoiement, le respect de vos convictions, origines, choix, histoire de vie.

13) Les Sanctions

En cas de non respect de ce règlement ou du contrat de séjour, l'équipe sous la

responsabilité de la direction est fondée à procéder à des sanctions.

Le référentiel national des prestations du dispositif « Accueil - Hébergement- Insertion » préconise une gradation des sanctions.

L'exclusion de l'établissement peut être prononcée par l'équipe pluridisciplinaire pour un des motifs suivants (liste non exhaustive):

- Non respect répété et précisé par au moins deux avertissements écrits, du contrat de séjour et/ou du règlement de fonctionnement,
- Acte de violence verbale ou physique à l'encontre de quiconque à l'intérieur de l'établissement,
- Dégradation volontaire des outils de sécurité,
- Vol, que ce soit à l'encontre d'un usager du personnel ou de l'établissement,
- Détention d'arme, d'alcool ou de produit psychotrope illicite,
- Comportement délictueux en interne et infraction à la législation française, entraînant des poursuites judiciaires,
- Fausse déclaration relative aux critères d'accès à l'aide sociale de l'état.

Fait en deux exemplaires

A Banyuls sur Mer, le

La direction,

L'usager,
Signature suivi de la mention lu et accepté

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT

Décret n° 2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé »

NOR : SOCA0610811D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-1 dans sa rédaction issue de l'article 50 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 15 décembre 2005 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 1^{er} mars 2006 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 15 mars 2006,

Décète :

Art. 1^{er}. – A la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ajouté un paragraphe 11 ainsi rédigé :

« Paragraphe 11

« Structures dénommées "lits halte soins santé" »

« *Art. D. 312-176-1.* – Les structures dénommées "lits halte soins santé", mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, assurent, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

« Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social.

« *Art. 312-176-2.* – Les structures dénommées "lits halte soins santé" sont gérées par une personne morale publique ou privée.

« En fonction des besoins et des moyens locaux, les lits halte soins santé peuvent être regroupés en un lieu unique sans excéder le nombre de trente ou être installés, sous la responsabilité du gestionnaire de la structure "lits halte soins santé", dans différents sites, que ces derniers soient ou non exclusivement dédiés à cette activité.

« Lorsque les lits halte soins santé sont installés dans les locaux d'un autre établissement ou service social ou médico-social, ils ne doivent pas représenter plus de 15 % de l'ensemble des places autorisées de cette structure, sans jamais dépasser le nombre de trente.

« Il est cependant possible, sur avis motivé du comité régional d'organisation sociale et médico-sociale, de déroger aux règles de capacités définies aux alinéas précédents.

« *Art. D. 312-176-3.* – Les structures dénommées "lits halte soins santé" disposent de locaux adaptés et d'une équipe pluridisciplinaire composée de personnels administratifs et techniques sanitaires et sociaux. Cette équipe comprend obligatoirement au moins un médecin et une infirmière.

« Les personnels peuvent être des salariés de la structure ou des intervenants extérieurs, mis à disposition, ou des professionnels libéraux rémunérés par la structure, et dont les prestations font l'objet d'un contrat, d'une convention ou d'un protocole.

« Une convention entre la structure dénommée "lits halte soins santé" et les établissements de santé généraux et les établissements de santé ayant une activité spécifique de psychiatrie dans la zone géographique d'implantation précise les conditions de mise en œuvre des interventions des professionnels de santé des

établissements de santé au sein de la structure "lits halte soins santé". Elle indique également les modalités selon lesquelles cette structure peut avoir recours, s'il y a lieu, à des consultations hospitalières ou à des hospitalisations pour des personnes accueillies, dont l'état sanitaire l'exige, notamment dans les situations d'urgence.

« Art. D. 312-176-4. – L'admission est prononcée, sur demande de la personne, par le directeur responsable de la structure "lits halte soins santé", après un avis d'un médecin de cette structure qui en évalue la pertinence médicale. En cas de nécessité d'une prise en charge hospitalière, l'admission ne peut être prononcée.

« La durée prévisionnelle du séjour est inférieure à deux mois.

« La sortie du dispositif d'une personne accueillie est soumise à avis médical, rendu après concertation avec l'équipe sanitaire et sociale mentionnée à l'article D. 312-176-3.

« La régulation des places disponibles doit être organisée, en fonction du contexte local, dans le cadre du dispositif de veille sociale.

« Un protocole est établi entre le dispositif de veille sociale responsable de la régulation et les directeurs responsables des structures "lits halte soins santé", afin que soient définies les règles d'orientation, de régulation et d'accueil. »

Art. 2. – Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé et des solidarités et la ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 17 mai 2006.

DOMINIQUE DE VILLEPIN

Par le Premier ministre :

*Le ministre de l'emploi,
de la cohésion sociale et du logement,*
JEAN-LOUIS BORLOO

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
THIERRY BRETON

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

*La ministre déléguée à la cohésion sociale
et à la parité,*
CATHERINE VAUTRIN

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux(se) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : Les lits halte soins santé (LHSS) sont des structures médico-sociales accueillant des personnes sans domicile nécessitant un soin d'une pathologie aiguë incompatible avec la vie à la rue et ne relevant pas de l'hospitalisation, pour une durée prévisionnelle maximale de 2 mois. Ils sont régis par un cahier des charges défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'objectif principal de l'étude était de décrire l'activité des LHSS de Banyuls-sur-mer de 2017 à 2019, pour déterminer si le cahier des charges est respecté.

Méthode : Une étude observationnelle rétrospective a été réalisée par la collecte des données issues des rapports d'activité et des dossiers des patients accueillis de 2017 à 2019, qui ont été confrontées aux points pertinents du cahier des charges.

Résultats : Le cahier des charges n'est pas respecté sur 2 aspects : 34% des séjours dépassaient 2 mois et 36% des patients n'avaient pas de solution d'hébergement convenable à leur sortie. Les principales raisons sont la complexité des démarches sociales, la saturation et la carence de solutions d'hébergement, la lourdeur de certaines pathologies, de longs délais de rendez-vous avec des spécialistes.

Discussion : Quand la partie médicale est achevée, le séjour doit en théorie prendre fin. Il peut s'allonger car les démarches sociales embolisent l'action médicale. Les difficultés évoquées sont globalement communes aux autres LHSS de France. La simplification des démarches sociales, l'augmentation de lits de LHSS et de lits d'accueil médicalisés, une meilleure connaissance de l'existence de telles structures passant par une meilleure formation des professionnels de santé, seraient des pistes d'amélioration.

Mots-clés : Sans domicile fixe, lits halte soins santé, cahier des charges, agence régionale de santé, précarité