

Direction générale de la Cohésion sociale
Ministère des Solidarités et de la Santé

Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS)

Rapport final
octobre 2018

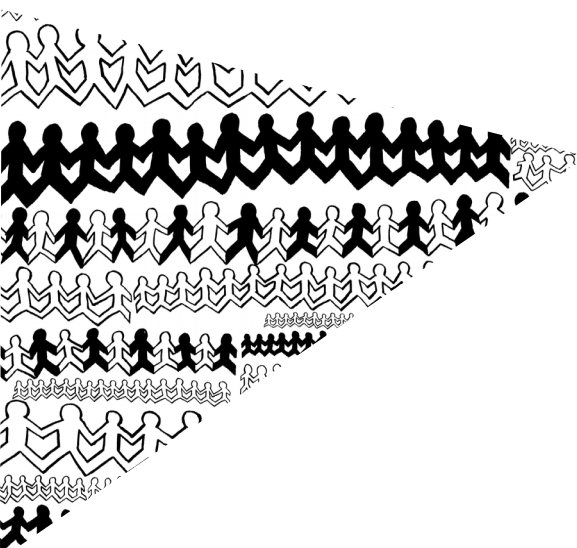


Table des matières

1. Objectifs, périmètre et démarche générale de l'étude.....	3
1.1. Objectifs et périmètre de l'étude.....	3
1.2. Démarche générale et calendrier.....	5
1.3. Méthodologie de l'enquête.....	6
1.4. Enjeux de l'enquête.....	10
2. Eléments de contexte et analyses.....	13
2.1. Les LAM et les LHSS : présentation.....	13
2.2. Pilotage et mise en œuvre des dispositifs dans 3 régions et 3 départements.....	22
2.3. Eléments de connaissance sur les parcours des personnes accueillies et sur les difficultés rencontrées en matière de prise en charge et d'insertion sociale.....	27
3. Réponses aux questions de l'étude : pertinence, cohérence, efficacité et impact de l'intervention des LHSS/LAM au regard des parcours des personnes accueillies.....	48
3.1. Pertinence et cohérence des LAM et des LHSS dans leur environnement.....	50
3.2. Efficacité.....	53
3.3. Impact.....	56
4. Annexes.....	58
4.1. Liste bibliographique.....	58
4.2. Grilles d'analyse.....	60
4.3. Entretiens réalisés.....	67
4.4. Guides d'entretiens.....	67
4.5. Glossaire.....	70

1. Objectifs, périmètre et démarche générale de l'étude

1.1. Objectifs et périmètre de l'étude

Mandat de l'étude

La DGCS a mandaté le cabinet EY pour réaliser une étude destinée à analyser les parcours des personnes accueillies en Lits Halte Soins Santé (LHSS) et en Lits d'Accueil Médicalisés (LAM).

De manière plus spécifique, cette étude vise à identifier le rôle joué par ces structures dans le parcours des personnes, ainsi que leur capacité de réponse à leurs besoins d'insertion sociale, d'hébergement et de soins, en lien avec les autres acteurs de l'accompagnement.

L'insertion sociale, à la fois but et moyen, se définit comme « *le résultat des mécanismes d'intégration par lesquels chaque individu tout au long de sa vie assimile les éléments lui permettant d'occuper une place dans les échanges sociaux* »¹. Pour les personnes malades et souvent très marginalisées accueillies en LAM et/ou en LHSS, **l'insertion passe avant tout par l'accès aux droits et aux soins, à une solution d'hébergement pérenne, et par le réapprentissage de la vie en communauté**. Ce sont sur ces besoins prioritaires que se concentre l'étude.

Ainsi à partir d'une analyse de parcours-types de personnes accueillies en LAM et LHSS, l'enquête a pour finalités :

- ▶ d'identifier les **améliorations nécessaires pour renforcer la plus-value** de chacun des deux dispositifs, en lien avec les partenaires et dispositifs existants dans les territoires, pour répondre aux besoins d'insertion des personnes accueillies ;
- ▶ de co-construire avec les personnes, les structures porteuses, les tutelles et les autres acteurs du parcours, des **pistes d'action concrètes**, tenant compte des dimensions nécessaires à l'insertion sociale réussie des personnes et visant à lever les freins et blocages identifiés sur chacune de ces dimensions.

Périmètre de l'analyse

L'étude part du principe que la prise en charge médicale des personnes sans domicile fixe réalisée par les LHSS et les LAM doit aussi être mise au service du projet de vie, de l'accès à un hébergement pérenne et de la réinsertion sociale des personnes. Dans ce contexte, elle vise à mesurer la **réponse globale aux besoins des personnes** qu'apportent les LAM et les LHSS compte tenu de leurs spécificités, du cadrage réglementaire de leurs missions et des moyens qui leur sont alloués.

En outre, l'efficacité de l'action des LHSS et des LAM en réponse aux besoins d'insertion sociale, d'hébergement et de soins des personnes est à mettre en relation avec les **organisations territoriales, l'organisation et l'action des autres acteurs du parcours**. Si l'étude porte en priorité sur les LAM et LHSS, le champ d'analyse tient compte de l'ensemble des acteurs répondant aux missions d'hébergement, de soin et d'insertion sociale, particulièrement les structures d'amont et d'aval.

Enfin, sur un plan géographique, l'étude s'appuie de manière spécifique sur les cas de trois régions et de trois départements : **Paris** (75), Ile-de-France, **Bouches-du-Rhône** (13), PACA et **Nord** (59), Hauts-de-France. Ceux-ci ont été choisis de manière consensuelle avec le comité de pilotage de l'étude afin de cibler des territoires à la fois représentatifs de différentes situations rencontrées au niveau national (démographie, urbain/ rural, etc.) et susceptibles d'apporter des éclairages pertinents pour l'étude (antériorité suffisante des dispositifs, existence de modèles de pilotage plus ou moins partenariaux et intégrés, etc.).

¹ Source : Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Points d'attention méthodologiques

► *Qualité des données recueillies et comparabilité*

Cette étude des parcours des personnes accueillies en LHSS et LAM est qualitative et a été réalisée sur la base d'entretiens semi-directifs auprès des structures, de leurs bénéficiaires et d'autres acteurs du parcours sélectionnés en concertation avec le Comité de Pilotage. Elle se limite à un échantillon d'étude de 3 départements et n'a pas pour visée une analyse exhaustive des parcours et des conditions d'accueil en LHSS/LAM. Elle identifie et formalise les principaux « parcours-types » les plus fréquemment recensés par les structures interrogées et les principales tendances d'évolution des publics accueillis.

Les données quantitatives proviennent des rapports d'activité des structures, complétés par un questionnaire pour les structures n'ayant pas été interrogées dans les 3 départements. En l'absence de rapport d'activité commun aux LHSS ou aux LAM, leur consolidation nationale n'a pas toujours été possible. En effet, de nombreux indicateurs ne sont pas inclus dans tous les rapports d'activité (durée moyenne de séjour, part de personnes étrangères dans le public accueilli, etc.). Lorsqu'ils le sont, leur base de calcul n'est pas toujours comparable d'une structure à l'autre (ex. durées moyennes de séjour, typologie des entrées et sorties, catégories d'âge du public accueilli).

A titre d'exemple, les **durées moyennes de séjour** présentées ici ont été calculées par chaque structure selon leurs propres critères ou sur demande de l'ARS. Les modalités de calcul sont variables d'un département à l'autre et d'une structure à l'autre : ainsi, dans le 13, quand une hospitalisation intervient au cours de la prise en charge et que la personne revient dans le LHSS, une structure calcule 2 séjours distincts à partir de 2 jours d'hospitalisation, une autre à partir de 5 jours, une autre, potentiellement plus longtemps. En outre, elles ne reflètent pas la grande variabilité des situations présentes, avec des durées de séjour en LHSS pouvant aller de moins d'un mois à plus de 8 ans selon les situations.

► *Indicateurs de mesure du parcours et de la qualité de la trajectoire sociale des personnes*

Pour les personnes malades et souvent très marginalisées accueillies en LAM et LHSS, l'insertion passe avant tout par l'accès aux droits, aux soins et à une solution d'hébergement pérenne ou de logement, ainsi que par le réapprentissage de la vie en communauté. Dans l'analyse que nous faisons de la réponse globale apportée par les LHSS et LAM aux besoins des personnes accueillies et de leurs parcours de vie, ce sont sur ces besoins prioritaires que nous nous concentrons, **l'accès au logement ou à l'hébergement pérenne** en premier lieu. Cela permet également de formaliser les « parcours » des personnes.

Les données et observations sont, autant que possible, distinguées en fonction du **genre** des personnes et de leur **situation administrative et sociale**, qui ont une incidence sur les parcours. Afin de pouvoir mesurer l'écart entre ce qui est observé sur le terrain et une trajectoire d'insertion qualitative pour les personnes accueillies en LHSS et LAM, des parcours « cibles » sont modélisés. Le parcours en sortie de dispositif est particulièrement étudié.

Un nombre limité de places LAM étaient installées dans les 3 départements d'étude au moment de l'enquête, certains depuis peu ; le recul sur le parcours des personnes accueillies est donc limité.

Les structures n'ayant majoritairement pas de logiciels d'orientation, elles ne sont pas en mesure de quantifier les retours négatifs de demandes d'orientation en établissements pour personnes âgées ou en situation de handicap et de mesurer les délais d'attente de places. Les données présentées dans cette étude sur les refus d'orientation se basent donc sur les rapports d'activité et les entretiens auprès des professionnels.

► *Etude du besoin en places LHSS et LAM*

Cette enquête ne constitue pas une étude du besoin en places LHSS et LAM sur le territoire et du besoin qualitatif (types de places nécessaires). Lorsque les interlocuteurs mentionnaient des demandes











ne pouvant être satisfaites (accueil périnatal, mineurs), elles ont été rapportées mais aucune préconisation relative à la programmation n'est incluse dans ce rapport.

1.2. Démarche générale et calendrier

Démarche

L'évaluation a suivi la démarche suivante, déployée entre décembre 2017 et octobre 2018 :

Tableau 1. Calendrier indicatif du déroulement de l'enquête

PHASES	ETAPES	RAPPORTS, RÉUNIONS ET DATES
Phase 0 : Cadrage	▶ Réunion de lancement	 Comité de pilotage n°1 : 5 décembre 2017
	▶ Entretiens exploratoires nationaux (DGCS, DGS, DGOS)	 Remise de la note de cadrage: 8 février 2018
	▶ Entretiens avec les institutions dans les 3 régions d'expérimentation (ARS – siège/DD, DRJSCS/DDCS et DRIHL en Ile-de-France)	
	▶ Revue documentaire	 Comité de pilotage n°2 : 13 février 2018
	▶ Identification de premiers éléments de diagnostic	
	▶ Cadrage méthodologique de l'étude ▶ Elaboration du plan de collecte et préparation de la phase de terrain	
Phase 1 : Diagnostic	▶ 15-20 entretiens dans chacun des 3 départements d'étude auprès des structures, des personnes accueillies et des partenaires	 Entretiens sur site Mars – avril 2018
	▶ 1 demi-journée thématique par territoire d'étude : restitution du diagnostic / pistes d'évolution territoriale	 Remise du rapport intermédiaire : 22 mai 2018
		 Comité de pilotage n°3 24 mai 2018
		 Ateliers de territoire Juin - Septembre 2018
Phase 2 : Analyse prospective et rédaction du rapport d'enquête	▶ 2-3 ateliers thématiques prospectifs impliquant des experts sectoriels	 Ateliers thématiques prospectifs nationaux 25 septembre 2018
	▶ Production et restitution du rapport final d'enquête	 Remise du rapport final Octobre 2018
		 Comité de pilotage n°4 15 octobre 2018

Cadrage de l'étude et élaboration du référentiel d'évaluation

Lancée après le Comité de Pilotage n°1, qui s'est tenu le 4 décembre 2017, la phase de cadrage a permis de mener une revue documentaire préliminaire (*détails en annexe 1*) et des entretiens de cadrage avec les institutions en charge des politiques sociales et sanitaires à destination des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (*détails en annexes 2 et 3*) :

- au niveau national (Ministère des Solidarités et de la Santé – SDFE, DGS, DGOS),
- au niveau régional et/ou départemental dans les 3 territoires d'étude (Agences Régionales de Santé – Siège et Délégations Départementales, Directions Régionales/Départementales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement en Ile-de-France).

Elle a permis la rédaction d'une note de cadrage intégrant des éléments de contexte visant à favoriser une meilleure compréhension des LHSS/LAM et des profils et parcours des personnes accueillies et présentant les premiers enseignements issus des entretiens de cadrage et un référentiel d'évaluation formalisant les questions évaluatives et l'approche évaluative permettant d'y répondre.

1.3. Méthodologie de l'enquête

La combinaison des outils de collecte présentés ci-dessous a permis d'assurer des angles d'analyse différents et un recoupement des informations collectées :

1.3.1. Analyse bibliographique

L'analyse bibliographique menée dans le cadre de l'enquête a eu pour objectif de capitaliser sur le corpus de littérature important existant sur le public cible des LHSS/LAM et ses difficultés d'insertion afin :

- ✓ de modéliser et d'objectiver les parcours et profils-types des personnes accueillies en LHSS/LAM,
- ✓ de documenter le pilotage et l'organisation des LAM/LHSS, les mécanismes d'entrée et de sortie, les prises en charges réalisées et les articulations existantes avec les autres acteurs du parcours (outils communs, modalités de coordination, modalités de partage d'information, etc.),
- ✓ de réaliser un mapping des acteurs du parcours des personnes accueillies en LAM/LHSS, de leurs missions et de leurs critères d'inclusions,
- ✓ d'affiner et d'objectiver les constats issus des entretiens concernant les freins et leviers à l'insertion, ainsi que les pistes d'action proposées par les acteurs.

Elle a eu pour source deux types de documents (*voir détail en annexe*) :

- i) d'une part, les principaux documents stratégiques et études de référence nationales sur les LHSS/LAM, les publics qu'ils accueillent et les parcours de santé et de vie,
- ii) d'autre part, les données et informations transmises par les ARS/DRJSCS et structures sur les LAM/LHSS, leurs publics-cible et les parcours de ces personnes, ainsi que les partenaires de territoire dans les 3 départements d'enquête.

1.3.2. Entretiens exploratoires

Des entretiens exploratoires ont été réalisés auprès des principales parties prenantes au niveau national, ainsi que des institutions concernées dans les 3 régions/départements d'étude (*voir liste en annexe*). Ces entretiens ont porté sur les éléments suivants :

Entretiens nationaux :

- ▶ Orientations stratégiques des politiques publiques en lien de santé, d'accès au logement et de cohésion sociale à prendre en considération dans le cadre de l'étude / travaux en cours
- ▶ Enjeux d'insertion sociale rencontrés par les personnes accueillies en LHSS/LAM
- ▶ Rôle de l'institution interrogée dans le pilotage national des LHSS/LAM
- ▶ Perception des LHSS/LAM : missions et plus-value/limites, pilotage/organisation, rôle dans l'insertion sociale des personnes
- ▶ Perception des autres acteurs du parcours des personnes accueillies en LHSS/LAM : missions et plus-value, pilotage/organisation, rôle dans l'insertion sociale des personnes
- ▶ Attentes spécifiques à l'égard de l'étude
- ▶ Points d'attention particuliers en vue de l'enquête terrain

Entretiens auprès des ARS (siège/DD) :

- ▶ Pilotage des LHSS/LAM et animation territoriale (région/département d'étude) : pilotage, rôle et organisation de l'ARS, orientations stratégiques/programmation, rôle et modalités d'information/association de la DRJSCS/DDCS, de la DRIHL, d'autres institutions concernées, modalités d'animation de la concertation entre structures porteuses, avec les autres acteurs du parcours
- ▶ Capacités d'accueil en LAM/LHSS et organisation (région/département d'étude) : places financées, installées, appels à projets, programmation, typologie des gestionnaires/structures, durée moyenne d'accueil, identification d'une tension ou non sur les places
- ▶ Caractérisation des bénéficiaires et de leur parcours : public(s) accueilli(s) et parcours, sexe, âge, profil médico-social, différences éventuelles par rapport au public ciblé par le décret, enjeux propres à la région/publics spécifiques
- ▶ Mapping des acteurs du parcours et enjeux liés à l'entrée et à la sortie de LAM/LHSS : modalités d'organisation des entrées et sorties, enjeux spécifiques / difficultés, leviers identifiés, actions innovantes / expérimentations régionales notables pour fluidifier le parcours (ex. appui médical aux structures d'hébergement social en amont/aval de LAM/LHSS)
- ▶ Points d'amélioration / évolutions / perspectives : analyse atouts/limites/opportunités/menaces des LAM/LHSS, rôle que jouent/devraient jouer les LAM/LHSS dans le parcours, principales évolutions à prévoir (pilotage, organisation, cadrage réglementaire, articulations entre les acteurs du parcours, etc.)
- ▶ Attentes spécifiques à l'égard de l'étude
- ▶ Organisation de l'enquête de terrain / points d'attention particuliers en vue de l'enquête terrain

Entretiens auprès des DRJSCS-DDCS/DRIHL :

- ▶ Organisation régionale/départementale des DRJSCS/DDCS et DRIHL : rôle, missions, modalités d'organisation, orientations stratégiques et priorités, cadre des relations avec les ARS
- ▶ Pilotage des LHSS/LAM et animation territoriale (région/département d'étude) : rôle, modalités d'information et d'association par l'ARS au pilotage, modalités d'animation de la concertation entre structures porteuses, avec les autres acteurs du parcours
- ▶ Connaissance des LHSS/LAM et perception : missions et plus-value/limites, pilotage/organisation, rôle dans l'insertion sociale des personnes
- ▶ Caractérisation des bénéficiaires et de leur parcours : public(s) accueilli(s) et parcours, sexe, âge, profil médico-social, différences éventuelles par rapport au public ciblé par le décret, enjeux propres à la région/publics spécifiques
- ▶ Mapping des acteurs du parcours et enjeux liés à l'entrée et à la sortie de LAM/LHSS : modalités d'organisation des entrées et sorties, enjeux spécifiques / difficultés, leviers identifiés, actions innovantes / expérimentations régionales notables pour fluidifier le parcours (ex. appui médical aux structures d'hébergement social en amont/aval de LAM/LHSS)
- ▶ Points d'amélioration / évolutions / perspectives : analyse atouts/limites/opportunités/menaces des LAM/LHSS, rôle que jouent/devraient jouer les LAM/LHSS dans le parcours, principales

évolutions à prévoir (pilotage, organisation, cadrage réglementaire, articulations entre les acteurs du parcours, etc.)

- ▶ Attentes spécifiques à l'égard de l'étude
- ▶ Organisation de l'enquête de terrain / points d'attention particuliers en vue de l'enquête terrain

1.3.3. Enquête terrain dans 3 départements d'enquête

Choix des trois régions et départements d'enquête

L'enquête a porté sur un échantillon représentatif de structures LAM/LHSS dans 3 départements de 3 régions différentes.

Les 3 territoires d'enquête ont été choisis selon les critères suivants :

- ✓ Présence de LAM et de LHSS
- ✓ Taux d'équipement élevé par rapport à la moyenne nationale (=garantie d'une meilleure connaissance/identification du dispositif sur le territoire)
- ✓ Présence de places de LHSS/LAM installées avant 2017 (=recul de 1-2 ans sur les parcours en sortie, recul des acteurs sur la mise en place des structures et du pilotage, etc.)
- ✓ Variété des situations : géographie, publics accueillis, organisation des LAM/LHSS et des acteurs du parcours, présence d'innovations sociales/expérimentation sur le parcours, etc.

Tableau 2. Aperçu des territoires d'enquête

	IDF / 75	HDF / 59	PACA / 13
Critères de choix	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dispositif ancien et bien installé (lits infirmiers) ✓ Animation inter-structures ✓ Rôle du Samu Social de Paris ✓ Tension sur les places ✓ Enjeu migratoire ✓ Impulsion forte de l'ARS ✓ Recherches menées sur le public accueilli et les LAM/LHSS 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dispositif ancien et bien installé (lits infirmiers) ✓ Animation inter-structures ✓ Diversité infra-départementale (littoral nord, métropole lilloise, reste du territoire) ✓ Variété infra-départementale des modalités de régulation des entrées ✓ Tension sur les places en métropole lilloise ✓ Enjeu migratoire ✓ Présence d'expérimentations sur le parcours (SSIAD précarité, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diversité infra-départementale ✓ Présence d'expérimentations sur le parcours (dispositif ASSAB)
Nombre de structures	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LHSS : 4 structures (75) ✓ LAM : 2 structures (93 et 94) - aucune structure LAM à Paris intra-muros 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LHSS : 8 structures (59) ✓ LAM : 1 structure (59) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LHSS : 6 structures (13) ✓ LAM : 1 structure (13)
Nombre de places (installées au 1 ^{er} janvier 2018)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LHSS : 139 places (75), 99 places (Ile-de-France hors 75) ✓ LAM (Ile-de-France : 93 et 94) : 31 places installées (et 16 en construction) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LHSS : 59 places (59), 58 places (Hauts-de-France hors 59) ✓ LAM : 25 places installées (59), 18 places (Hauts-de-France hors 59) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LHSS : 63 places (13), 70 places (PACA hors 13) ✓ LAM : 10 places installées (13) et 10 en construction, 18 places (PACA hors 13)
Entretiens sur site	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LHSS : 3 LHSS (106) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LHSS : 2 LHSS (19 places) sur 8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LHSS : 3

	places) sur 4 ✓ LAM : 1 sur 2 (25 places)	✓ LAM : 1 sur 1	structures (52 places) sur 6 ✓ LAM : 1 sur 1
--	--	-----------------	---

Organisation des enquêtes

► Informations recueillies

L'enquête de terrain dans les 3 départements d'enquête – **Paris** (75), Ile-de-France, **Nord** (59), Hauts-de-France, et **Bouches-du-Rhône** (13), PACA – a eu pour objectif de compléter les données bibliographiques disponibles sur les éléments suivants :

- ✓ parcours et profils-types des personnes accueillies en LHSS/LAM,
- ✓ pilotage et organisation des LAM/LHSS, mécanismes d'entrée et de sortie, prises en charges réalisées et articulations existantes avec les autres acteurs du parcours (outils communs, modalités de coordination, modalités de partage d'information, etc.),
- ✓ mapping des acteurs du parcours des personnes accueillies en LAM/LHSS, de leurs missions et de leurs critères d'inclusions,
- ✓ freins et leviers à l'insertion et pistes d'action proposées par les acteurs.

► Entretiens

Les entretiens ont été réalisés auprès d'un échantillon de structures porteuses de LAM/LHSS, d'acteurs majeurs du parcours des personnes (amont/aval – PASS, SIAO, EHPAD/ESMS PH, CHRS, SSIAD précarité, etc.) et d'institutions en charge des politiques publiques sociales et sanitaires (ARS, DRJSCS, CPAM, MDPH, etc.).

L'échantillon global sur les 3 départements répond aux critères suivants :

- i) **variété des LAM/LHSS ciblés par l'enquête**, en cohérence avec les critères de différenciation identifiés en phase de cadrage : localisation géographique, type de portage², appui ou non sur un centre d'hébergement (CHRS), dimensionnement de la structure, accueil mixte ou non, etc. Dans les 3 départements d'enquête, les LHSS adossés au LAM du département ont systématiquement été interrogés.

Tableau 3. Aperçu des structures d'enquête

Département d'enquête	LHSS sélectionné	Nombre de lits (2017)	Mixité	Situation géographique	Présence d'un LAM sur site (lits 2017)	LHSS adossé à un centre d'hébergement
✓ Paris	✓ Plaisance	✓ 33	✓ Oui	✓ urbain	✓ non	✓ non
	✓ Jean Rostand	✓ 33	✓ Oui	✓ urbain	✓ oui (25 lits)	✓ oui
	✓ Maubeuge	✓ 40	✓ Oui	✓ urbain	✓ non	✓ non
✓ Nord	✓ ABEJ	✓ 14	✓ Oui	✓ périurbain	✓ oui (25 lits)	✓ non
	✓ AAE	✓ 5	✓ Oui	✓ urbain	✓ non	✓ oui
✓ Bouches-du-Rhône	✓ Fontainieu	✓ 40	✓ Oui	✓ périurbain	✓ oui (10 lits)	✓ non
	✓ Jane Pannier	✓ 5	✓ Non	✓ urbain	✓ non	✓ oui
	✓ Hilda Soler	✓ 7	✓ Oui	✓ rural	✓ non	✓ non

- ii) **variété des organisations territoriales** : structures d'amont/d'aval, variété des missions remplies (soins, hébergement, hébergement et soins, accès aux droits, etc.), établissements et services / dispositifs d'intervention « hors les murs », niveau d'interconnaissance varié avec les LHSS/LAM.

2 NB. Les 3 départements d'étude n'ont que des structures associatives.

- ▶ Sur chacun des 3 départements, une attention systématique a été portée :
 - ✓ aux dispositifs d'orientation et de régulation en entrée et sortie de LAM/LHSS ;
 - ✓ aux expérimentations / actions innovantes facilitant la fluidité des parcours et l'adéquation avec l'évolution des besoins et le projet de vie des personnes.
- iii) **variété et représentativité des profils des personnes accueillies interrogées**, en cohérence avec les profils-types établis en phase de cadrage et leur représentativité au sein des structures : distinction de profils-types hommes/femmes et critères d'âge, avec ou sans pathologies psychiatriques et/ou addictions, cas des populations étrangères, cas des mineurs orientés, personnes actuellement accueillies dans un LHSS/LAM et en attente de sortie, personnes accueillies dans des structures d'aval, personnes faisant l'objet d'un parcours de rue ou hébergement précaire en sortie (et/ou référent professionnel).

▶ **Modalités de réalisation de l'enquête terrain**

Etape 1 – Identification des cibles d'enquête et recueil documentaire (janvier-février 2018)

Les ARS, DR(D)JSCS/la DRIHL ont communiqué à EY toutes les données, rapports d'activité et informations pertinentes pour l'étude à la suite des entretiens de cadrage. EY a consolidé l'information disponible, alimenté les guides d'entretiens en fonction des données recueillies et établi un premier rapport consolidant les données de chaque territoire d'étude.

Les ARS ont communiqué à EY les coordonnées des structures porteuses sur le département d'enquête, ainsi que les principaux acteurs du parcours et des personnes ressources. Certaines structures porteuses ont identifié 1 à 2 bénéficiaires à interroger, répondant aux profils définis par EY.

Etape 2 – Organisation de la prise de contact et des visites sur site (février 2018)

Parmi les structures porteuses de LAM/LHSS de chaque département d'enquête, EY a sélectionné 2-3 structures à interroger en présentiel sur la base des critères de diversité nationaux définis en phase de cadrage. Au sein de chaque structure sélectionnée, EY a organisé des entretiens avec la Direction et avec les équipes. Le guide d'entretien a été envoyé aux autres structures pour réponse écrite.

Un courrier-type de la DGCS rappelant les objectifs de l'étude et demandant la mise à disposition d'EY de temps dédié aux entretiens/questionnaires et des documents, rapports d'activité et informations disponibles, accompagné du guide d'entretiens semi-directif a été envoyé par EY à l'ensemble des structures pertinentes en amont de la visite sur site. Un entretien de cadrage téléphonique de cadrage a été organisé avec les structures porteuses du territoire sélectionnés.

La prise de contacts pour les visites et entretiens a été organisée par EY, avec l'appui des ARS, DRJSCS/DRIHL et structures porteuses.

Etape 3 – Réalisation des visites sur site / entretiens (mars-avril 2018)

15-20 entretiens semi-directifs par territoire ont été réalisés en présentiel durant les jours de déplacement par département et/ou par entretiens téléphoniques, selon disponibilité des acteurs (*voir liste d'entretiens et guides d'entretiens en annexe*).

Etape 4 – Consolidation du diagnostic et organisation des ateliers de territoire et des ateliers transversaux nationaux (juin – septembre 2018)

EY a consolidé les données de diagnostic recueillies sur le département d'enquête et les conclusions intermédiaires sur les parcours des personnes et l'organisation territoriale.

Une demi-journée de restitution départementale en présence des structures porteuses, de l'ARS (siège/département), de la DRJSCS / DDCS et des autres institutions concernées (CD, CPAM, MPDH, etc.), ainsi que des principaux acteurs du parcours est organisée.

Sur la base d'une analyse transversale des enjeux qui reviennent dans les 3 territoires d'enquête, l'équipe EY organise, avec l'appui de l'équipe projet DGCS, une journée de restitution thématique nationale ciblée visant à restituer les freins/leviers et pistes d'actions remontées du territoire et à les structurer par grandes thématiques.

1.4. Enjeux de l'enquête

Trois enjeux principaux ont été identifiés et pris en compte tout au long de l'étude :

1 Une dimension descriptive pour objectiver l'accroissement de la précarité et la complexification des publics identifiés par les acteurs.

- ▶ L'enquête s'est attachée à étudier les profils et les parcours-types des personnes accueillies en LHSS ou en LAM (sexe, âge, pathologies somatiques et psychiques/psychiatriques, modalités d'hébergement en entrée/sortie, situation sociale/entourage familial, etc.) et à identifier les facteurs nécessaires à l'insertion sociale des personnes (accès aux droits, logement, soins, emploi, rupture de l'isolement, etc.), les difficultés spécifiques des personnes accueillies en LHSS/LAM et les freins que créent leurs parcours complexes et non-linéaires pour la mobilisation de « solutions de sortie » et pour l'insertion sociale.
 - ▶ Pour ce faire, l'enquête s'est appuyée à la fois sur les données recueillies sur les publics accueillis en LHSS/LAM lors des précédentes évaluations des LHSS/LAM et sur des exemples de situations concrètes rencontrées dans les trois territoires retenus. Elle a aussi tenu compte de l'évolution des profils médico-sociaux des publics depuis la création de ces dispositifs : accroissement de la précarité, complexification des enjeux, apparition éventuelle de nouvelles problématiques (prévalence croissante des pathologies psychiques/psychiatriques chez les personnes sans domicile fixe, présence accrue de stress post-traumatique chez les publics migrants, etc.).
 - ▶ Cette analyse descriptive contribue à la fois à : (i) évaluer l'adéquation du public accueilli avec le cadrage réglementaire (public cible des LHSS/LAM) ; (ii) apprécier l'adaptation des structures à l'évolution des profils médico-sociaux des personnes accueillies dont les besoins, les attentes/aspirations et les projets de sortie/de vie peuvent être très différents des publics initialement visés ; (iii) et mesurer la tension que l'accroissement de la précarité et la complexification des problématiques exerce à la fois sur les dispositifs LHSS/LAM et sur les autres structures d'hébergement et de soins aux personnes.

2 Une approche globale des dispositifs de soin résidentiels et d'hébergement temporaire pour nourrir la réflexion stratégique sur l'optimisation de leur rôle dans la prise en charge globale des personnes.

- ▶ L'enquête s'inscrit dans un contexte de pilotage où les pouvoirs publics souhaitent améliorer la pertinence des dispositifs qu'il met en place visant à :
 - i) passer d'une logique de place à une logique de réponses modulaires, adaptées aux besoins des personnes,
 - ii) adopter une logique de subsidiarité pour graduer la réponse en fonction des besoins et faciliter le recours prioritaire aux dispositifs dédiés/experts par les personnes présentant les difficultés les plus importantes,
 - iii) faciliter la coordination des acteurs du parcours et la transversalité,
 - iv) adopter une approche globale des parcours qui dépasse l'analyse des résultats de chaque dispositif.
- ▶ Ainsi, la réflexion peut s'élargir pour porter sur la priorisation des places pour les publics les plus fragiles, l'amélioration de la qualité de service, le rôle joué par le dispositif dans l'insertion des personnes et le décloussonnement des dispositifs d'aide et de soins en complémentarité et en collaboration avec l'écosystème territorial, etc.
- ▶ Par ailleurs, l'enquête doit être replacée dans le contexte d'une politique migratoire en constante évolution. En effet, une part non négligeable du public accueilli en LHSS et en LAM est un public

migrant, parfois sans droit ni titre, ces structures accueillant les personnes de façon inconditionnelle. Cette inconditionnalité de l'accueil pose la question du rôle que jouent ces structures face à des parcours complexes et parfois inextricables.

- ▶ L'enquête n'a donc pas pour vocation à évaluer la seule performance des LHSS/LAM en tant que tels mais de contribuer à une réflexion plus globale sur la capacité des acteurs de parcours à faciliter l'insertion sociale des personnes, en appréciant dans quelle mesure les LHSS/LAM travaillent avec l'ensemble des acteurs du parcours.
- ▶ L'étude se doit donc de poser la question fondamentale des modalités d'accueil à privilégier pour ces publics : au-delà d'un nécessaire et temporaire accompagnement médico-social des personnes en LHSS, faut-il créer des dispositifs spécifiques d'accueil adaptés à leurs spécificités en parallèle du milieu ordinaire (ex. LAM) ? Faut-il soutenir l'insertion ou la réinsertion des personnes dans le dispositif ordinaire à moyen- et long-terme, en lien avec les orientations nationales privilégiées en matière d'accompagnement médico-social des publics spécifiques ? Et dans ce cas, comment adapter le dispositif ordinaire pour faciliter cette insertion ? Comment faciliter l'adaptation ou la réadaptation des personnes aux « contraintes » du milieu ordinaire ? Comment accompagner le milieu ordinaire / permettre le développement d'une culture commune de l'accueil et l'appui des structures spécialisées du champ médico-social au milieu ordinaire ?

3

Une évaluation qui pose la question du degré de priorité accordé au public des LHSS/LAM dans les politiques publiques et de la juste mesure du cadrage réglementaire de ces nouveaux dispositifs.

- ▶ En s'inscrivant dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, l'enquête pose nécessairement la question :
 - i) d'une part, du degré de priorité qui est accordé au public des LHSS/LAM par rapport à d'autres publics sensibles dans la réflexion stratégique et l'allocation budgétaire ;
 - ii) d'autre part, de la cohérence des différents objectifs de politique publique qui sont fixés pour ces publics en matière d'insertion/réinsertion sociale, d'accès à l'hébergement et/ou d'accès au soin, etc.
- ▶ Par ailleurs, cette évaluation doit éclairer les ajustements éventuels à mettre en place en termes de mission, de rôle, d'organisation des LAM et LHSS, de modalités de régulation à l'entrée, de préparation des sorties et d'articulation avec l'environnement partenarial pour mieux répondre aux besoins des bénéficiaires.
- ▶ Pour de tels dispositifs, relativement récents et qui cherchent encore leur modèle financier, organisationnel, partenarial, de prise en charge et de positionnement territorial, l'enquête doit donc évaluer où placer le curseur entre définir plus précisément le cadre réglementaire et de pratiques de prise en charge et laisser la marge de manœuvre nécessaire à l'expérimentation.

2. Eléments de contexte et analyses

2.1. Les LAM et les LHSS : présentation

2.1.1. Historique et cadre stratégique

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et les Lits Halte Soins Santé (LHSS) ont pour objet l'accueil et l'hébergement de personnes sans domicile fixe confrontées à des problématiques de santé.

Ils relèvent de la 9^{ème} catégorie d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux énumérés par l'article L.312-1 du CASF.

Ils sont régis par :

- La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), notamment les articles L.312-1, L.313-1 et suivants ;
- Le Code de la Santé Publique (CSP), notamment les articles L.5126-1, L.5126-5, L.5126-6, L.6325-1, R.6325-1 et D.6124-311 ;
- Le Code de la Sécurité Sociale (CSS), notamment les articles L.174-9-1 et R.174-7 ;
- Le décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées «lits halte soins santé» (LHSS) et «lits d'accueil médicalisés» (LAM) ;

Le dispositif des Lits haltes soins santé (LHSS) a d'abord été créé en 2006³, à la suite de l'expérimentation des « lits d'hébergement de soins infirmiers » initiée en 1993.

La création des Lits d'accueil médicalisés (LAM) a fait suite à l'évaluation des LHSS et au constat selon lequel ces derniers accueillait de nombreux patients souffrant de pathologies chroniques, de longue durée, ce qui n'était pas leur objectif, et laissaient environ un tiers des personnes sortir sans projet d'hébergement. Un dispositif d'accueil sans limitation de durée, prévu pour accueillir un public précarisé souffrant de pathologies plus lourdes et chroniques, a donc été expérimenté par arrêté du 20 mars 2009, et 45 places en « lits d'accueil médicalisé » ont été mises en place pour une durée de 3 ans, au sein de trois structures différentes (Hauts-de-France, Ile-de-France et Grand-Est). Le dispositif a ensuite été pérennisé en 2013⁴.

Les LAM et les LHSS s'inscrivent dans le cadre plus général de la stratégie nationale de santé, ainsi que dans les politiques de lutte contre la pauvreté. Les orientations politiques en termes de logement et d'hébergement, ainsi que de politique migratoire intéressent également ces dispositifs.

La stratégie nationale de santé

Lancée en décembre 2017, la stratégie nationale de santé 2018-2022 prévoit notamment un plan d'action pour accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées. Faisant le constat que la prise en charge des publics les plus vulnérables nécessite de concilier plusieurs logiques d'intervention, la stratégie estime nécessaire de leur apporter des solutions complémentaires, telles que « le développement des solutions innovantes associant approches sociale et sanitaire (lits halte soins santé et de lits d'accueil médicalisés) ». La stratégie nationale de santé est en cours de mise en œuvre par des plans et programmes nationaux et, dans les territoires, par les projets régionaux de santé (PRS) définis par les ARS.

3 Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006

4 Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013

Les politiques de lutte contre la pauvreté

Adopté en janvier 2013, le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale pour la période 2013-2017 comportait un volet sur la réduction des inégalités d'accès aux soins prévoyant notamment la création de places supplémentaires en LHSS et LAM. Les DRJSCS étaient chargées d'établir les feuilles de route en région, en partenariat avec d'autres services déconcentrés de l'Etat tels que les Agences régionales de santé.

La nouvelle stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, annoncée par Emmanuel Macron, a été lancée par Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé et Olivier Noblecourt, Délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, en décembre dernier. Une phase de concertation s'est tenue ensuite, et les engagements ont été présentés le 13 septembre 2018. La stratégie prévoit d'augmenter les solutions d'accompagnement social renforcé, avec 1450 places supplémentaires d'ici 2022 pour les lits d'accueil médicalisé (LAM) et lits halte soin santé (LHSS), et 1200 places supplémentaires pour les appartements de coordination thérapeutique (ACT), soit une augmentation de 25% de l'ONDAM médico-social spécifique.

Les politiques publiques en matière de logement et d'hébergement

La stratégie « logement » du gouvernement a été lancée en septembre dernier. C'est dans ce cadre que s'inscrit le plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022.

Ce plan interministériel, piloté au niveau national par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) en lien étroit avec la Direction de l'Habitat, de l'Urbanisme et des Paysages (DHUP) et la DGCS, et en association avec les services des autres ministères (Emploi, Santé, Justice, Intérieur...), vient d'être lancé.

Il prévoit notamment :

- De porter l'objectif de production de 40 000 logements très sociaux par an dès 2018 ;
- L'ouverture sur cinq ans de 10 000 places en pensions de famille pour les personnes isolées en situation d'exclusion,
- La création sur cinq ans de 40 000 places dans le parc locatif privé, via les dispositifs d'intermédiation locative.

Les politiques publiques à l'égard des étrangers malades

Les étrangers malades peuvent, sous certaines conditions, obtenir une carte de séjour temporaire vie privée et familiale pour soins, valable quatre ans. La loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France a modifié la procédure relative aux personnes étrangères malades sur le territoire français. Ainsi, depuis le 1er janvier 2017, elle est dévolue au service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), et non plus aux ARS. Le projet de loi asile-immigration, actuellement en cours d'examen, prévoit une restriction d'accès aux titres étrangers malades.

Pour les étrangers malades et en situation irrégulière, l'Aide Médicale d'Etat (AME) donne droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, et sans avance de frais.

2.1.2. Objectifs, missions et conditions techniques

Les LAM et les LHSS sont des dispositifs d'accueil médicalisés qui ont pour point commun l'accueil de personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, et ne pouvant être prises en charge par d'autres structures. Le Décret n°2016-12 précise les missions et spécificités des publics accueillis respectivement par les LHSS et les LAM du 11 janvier 2016.

Tableau 4. Principales caractéristiques des LAM/LHSS telles que définies dans le décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016

	LHSS	LAM
--	------	-----

Publics	Personnes « dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée. »	Personnes « atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie. »
Missions	<p>Proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, <i>qui leur seraient dispensées à leur domicile si elles en disposaient</i>, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;</p> <p>Mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;</p> <p>Elaborer avec la personne un projet de sortie individuel.</p>	<p>Proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;</p> <p>Apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;</p> <p>Mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;</p> <p>Elaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.</p>
Modalités d'accueil	<p>Ouverture 24h sur 24, tous les jours de l'année.</p> <p>30 lits maximum par structure, pouvant être porté à 50 sur décision de l'ARS.</p> <p>Accueil en chambre individuelle. Par dérogation, 3 lits par chambre maximum.</p>	<p>Ouverture 24h sur 24, tous les jours de l'année.</p> <p>Au moins 15 lits et au maximum 25 lits.</p> <p>Accueil en chambre individuelle. Par dérogation, 2 lits par chambre maximum.</p>
Durée prévisionnelle d'accueil	2 mois maximum, renouvelable autant de fois qu'il est nécessaire.	Pas de durée maximum
Dotations	Dotations globales annuelles couvrant les soins, l'accueil, l'hébergement, la restauration, et le suivi social des personnes accueillies. Les consultations et soins prescrits par le médecin responsable ne pouvant être dispensés dans la structure ne sont pas couverts par la dotation globale, à l'exception de la participation restant éventuellement à la charge de la personne accueillie.	Dotations globales annuelles couvrant l'accueil, l'hébergement, la restauration, le suivi social, l'accompagnement à la vie quotidienne, l'animation et les soins des personnes accueillies. Les consultations et soins prescrits par le médecin responsable ne pouvant être dispensés dans la structure ne sont pas couverts par la dotation globale, à l'exception de la participation restant éventuellement à la charge de la personne accueillie. Une participation financière à l'hébergement peut être demandée à la personne accueillie. Cette participation est liée à l'existence de ressources de la personne accueillie et ne peut excéder 25 % de celles-ci.
Tarif jour	114,2 EUR	202,5 EUR
Equipe	Au moins un médecin responsable, des infirmiers, des travailleurs sociaux et des personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien. Ils peuvent également disposer d'aides-soignants ou d'auxiliaires de vie sociale	Au moins un médecin responsable, des infirmiers présents vingt-quatre heures sur vingt-quatre, des aides-soignants ou auxiliaires de vie sociale, des travailleurs sociaux titulaires d'un diplôme d'Etat niveau III en travail social et des personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien.

En lien avec leur différentiel de dotation, la mission sociale des LHSS et des LAM est différente. Si leurs contenus et modalités de mise en œuvre ne sont pas détaillés dans le décret :

- ▶ Les LHSS ont pour mission réglementaire de mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies et à élaborer avec la personne un **projet de sortie** individuel ;
- ▶ Les LAM ont pour mission réglementaire de mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies et d'élaborer avec la personne un **projet de vie** et de le mettre en œuvre.

Est entendu généralement comme « projet de vie » l'expression de la projection dans l'avenir de la personne, de ses aspirations et de ses choix de vie (besoins, attentes et choix de vie à court, moyen et long terme). Le projet de vie s'inscrit généralement dans la séquence d'une vie entière ou d'une séquence de vie, plus ou moins longue. Il se structure autour de 4 dimensions :

1. insertion sociale (accès à la vie citoyenne, loisirs, culture),
2. insertion professionnelle,
3. accès au logement, et
4. suivi des soins.

Il doit être à la fois :

- ✓ individualisé et structurant pour la personne : projet individuel/prise en compte de la spécificité de la personne, fixation d'un cap et de priorités/mise en cohérence de ses aspirations,
- ✓ fédérateur pour les acteurs de son parcours : évaluation juste des besoins de la personne, partage d'objectifs communs d'accompagnement et de prise en charge, fixation de lignes directrices pour l'identification des besoins auxquels doivent répondre les prestations d'accompagnement médico-social organisées à domicile, en établissement, sur le lieu de travail, etc., outil au service de la mise en cohérence des interventions, de la continuité de l'information et des accompagnements tout au long du parcours.

Il faut noter cependant que son expression et sa mise en œuvre présentent des limites : le projet de vie peut être perçu comme « artificiel », il est nécessairement évolutif dans le temps et est rarement suivi et formalisé. Il peut être parcellaire et sectorisé selon les intervenants du parcours avec lesquels il a été élaboré (projet thérapeutique/de soins, projet de compensation, autres projets d'accompagnement, etc.). Un temps de maturation de la personne est nécessaire en préalable à son élaboration.⁵

2.1.3. Financement et pilotage

Financement

Le financement des LHSS et des LAM est assuré par un ONDAM médico-social « spécifique » fixé annuellement par la Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS), qui comprend également les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue (CAARUD) et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Chaque année, un arrêté fixe l'objectif de dépenses correspondant au financement de ces structures par les régimes obligatoires d'assurance maladie et le montant d'une dotation globale. Pour 2017, le montant de l'enveloppe de crédits dédiés à ces établissements et services médico-sociaux (ESMS) « spécifiques » s'élevait à 582,25 M€⁶, soit une progression de +6,5% par rapport à 2017

⁵ Source : *Guide CNSA-ANAP. Le secteur médico-social : comprendre pour agir mieux*. Janvier 2013

⁶ Arrêté du 19 mars 2018 fixant pour l'année 2018 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles

Un second arrêté⁷ définit des dotations régionales limitatives, à partir de ce montant global. Il est fixé notamment en fonction des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

Enfin, une instruction émise par la DCGS / DSS / DGS notifiée aux directeurs généraux d'ARS (pour exécution), aux directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), aux directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DJSCS) et aux préfets de région et de département (pour information) ces dotations régionales et fixe les modalités de mise en œuvre des mesures nouvelles⁸. Cet arrêté a prévu la création, pour 2018 :

- de 150 places LHSS pour 9 mois, dont le prix de journée a été fixé à 114,2€ par jour et par lit, soit une enveloppe de 4,69 M€. Cela représente 3 fois plus de places que celles créées pour 2017 ;
- de 200 places de LAM pour 9 mois, dont le prix de journée a été fixé à 202,5€ par jour et par lit soit une enveloppe de 11,09 M€. Cela représente 2 fois plus de places que celles créées pour 2017.

Au 31 décembre 2018, un total de **1551 places de LHSS** et **550 places de LAM** auront été financées.

A noter : les dépenses médico-sociales des LHSS sont prises en charge par l'assurance maladie mais peuvent aussi bénéficier d'autres participations, notamment des collectivités locales.

Pilotage et animation des dispositifs

Les dispositifs LAM et LHSS sont pilotés au niveau national par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) du Ministère des solidarités et de la santé. La DGCS prépare et suit l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour le secteur médico-social, et détermine l'enveloppe affectée aux LAM et aux LHSS au sein de l'ONDAM spécifique concernée.

Au niveau régional, l'ouverture, la gestion et le contrôle des LAM et des LHSS sont assurés par chaque ARS.

La création de places en LHSS / LAM faisait partie des besoins recensés et des objectifs fixés dans les Schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS)⁹, et dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), qui faisaient jusque récemment partie des programmes obligatoires du projet régional de santé concernant les personnes les plus démunies.

A l'heure actuelle, les PRAPS pour la période 2018-2022 sont en phase de concertation.

2.1.4. Principaux dispositifs assurant une prise en charge médicale et sociale des personnes sans domicile fixe

Les dispositifs de veille, d'orientation sanitaire et sociale, et d'accès aux soins interviennent le plus souvent en amont de la prise en charge en LAM ou en LHSS, et peuvent dans certains cas orienter les personnes vers ce type de structure. Il est cependant à noter que les hôpitaux sont les structures qui orientent le plus de personnes vers les LHSS.

Le dispositif de veille sociale

⁷ Arrêté du 13 juin 2018 fixant pour 2018 les dotations régionales limitatives de dépenses médico-sociales des établissements et services médico-sociaux publics et privés mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles

⁸ Instruction interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2018 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez soi d'abord ».

⁹ Depuis le 1^{er} janvier 2018, les projets régionaux de santé ne sont constitués que d'un seul schéma régional, le schéma régional de santé (SRS).

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 a institué un dispositif de veille sociale, chargé d'informer et d'orienter les personnes sans abri ou en détresse. Défini à l'article L345-2 du CASF, il est mis en place dans chaque département et placé sous l'autorité du Préfet. Il repose sur :

- Un service d'appels téléphoniques dénommé « 115 », pour la mise à l'abri immédiate ;
- Les accueils de jour ;
- Les équipes mobiles chargées d'aller au contact des personnes sans abri ;

Les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) assurent la coordination du dispositif de veille sociale. Ce sont eux qui gèrent le « 115 » (SIAO urgence), et qui assurent le traitement et le suivi des demandes d'hébergement et de logement formées par les personnes ou familles sans domicile ou risquant de l'être (SIAO insertion).

Accès aux soins dédiés

Pilotés par la DGOS, deux dispositifs ont été créés dans les années 2000 et jouent un rôle primordial dans l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les Equipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).

- ▶ **Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** sont des dispositifs qui visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, notamment en l'absence de couverture sociale, et à les aider dans leurs démarches de reconnaissance de droits. Elles sont généralement implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques, mais peuvent également être situées en dehors de l'établissement de santé, de manière à faciliter l'accès de certains publics. Elle fournit un accès aux soins au sens large : consultation médicale généraliste ou spécialisée, soins odontologiques, prise en charge en soins infirmiers, plateau technique, délivrance de médicaments. Le budget d'une PASS est couvert par une dotation finançant les missions d'intérêt général, sur déclaration de l'établissement de santé. On en distingue plusieurs types :
 - Les PASS centralisées accueillent le public dans un local spécifique. Elles donnent accès à des consultations de médecine générale, sans et avec rendez-vous, et / ou à des consultations spécialisées.
 - Les PASS transversales accueillent les patients dans le même lieu que tous les autres ; elles leur font accéder aux différentes spécialités, selon les pathologies.
 - Par opposition aux PASS généralistes (qui sont les plus fréquentes), les PASS spécialisées orientent les personnes qui en ont besoin vers des soins spécifiques, notamment psychiatriques (travail en lien étroit avec les EMPP) et bucco-dentaires.
- ▶ **Les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)** sont rattachées à des établissements de santé mais interviennent à l'extérieur de ceux-ci. Elles vont au-devant des publics démunis (CHRS, foyers jeunes travailleurs, Croix rouge, centres d'accueil pour demandeurs d'asile, espaces publics, etc.). Le plus fréquemment, ce sont les psychiatres qui coordonnent l'équipe, composée d'infirmiers, de psychiatres et de psychologues et, dans une moindre mesure, d'assistants sociaux.

Dispositifs de prévention et de réduction des risques

Deux établissements médico-sociaux, financés sur la même enveloppe que les LAM/LHSS jouent un rôle primordial à l'égard des populations marginalisées (ou non) souffrant d'addictions.

- ▶ **Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD)** assurent un accueil, une information et un conseil personnalisé pour les usagers de drogue, avec notamment mise à disposition de matériel de prévention des infections (seringues...). Ils peuvent les orienter vers le système de soins spécialisés ou de

droit commun et les inciter au dépistage des infections transmissibles. En 2010, près de la moitié des usagers vivait dans un logement provisoire ou n'avait pas de domicile fixe.¹⁰

- ▶ Les **centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)** assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, l'orientation, le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés. Ces structures peuvent être en ambulatoire ou prendre la forme d'un centre d'hébergement.

Dispositifs d'hébergement temporaire d'urgence

La loi garantit à « toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale » un accès à un dispositif d'hébergement d'urgence, à tout moment. Cet hébergement d'urgence doit permettre aux personnes de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, ainsi qu'une première évaluation médicale, psychique et sociale.

Ainsi, le 115 peut orienter vers des hôtels ou des Centre d'hébergement d'urgence (CHU), qui peuvent accueillir les personnes pour une ou plusieurs nuits. Certains Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) disposent de places « d'urgence ». De plus, un dispositif de mise à l'abri est mis en place dans le cadre des plans hivernaux.

Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Définis à l'article L345-1 du CASF, les CHRS accueillent « les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale », par le biais d'une prise en charge individualisée et globale. L'orientation en CHRS est toujours effectuée par les SIAO, mais la décision d'admission revient au responsable de l'établissement. Ils peuvent accueillir des publics assez divers en fonction de leurs spécificités.

Les CHRS ont peu de ressources médicales. Lorsque les situations médicales se compliquent, les CHRS ne sont plus en mesure de les prendre en charge, le temps infirmier y étant assez limité. Cela explique pourquoi les CHRS peuvent être des structures d'aval aux LHSS, tout comme des structures d'amont.

Les dispositifs d'hébergement et de logement accompagné

Le SIAO a pour mission de recenser toutes les places d'hébergement, les logements en résidence sociale ainsi que les logements des organismes qui exercent les activités d'intermédiation locative de son territoire. Les personnes peuvent y être orientées par le SIAO.

- ▶ Résidences hôtelières à vocation sociale (RHVS) : il s'agit d'établissements commerciaux d'hébergement constitués de logements meublés. L'exploitant des RHVS s'engage à réserver au moins 30% des logements de la résidence à des personnes rencontrant des difficultés d'accès au logement. Quand plus de 80% des logements de la résidence sont réservés à ce type de personnes, l'exploitant doit également assurer un accompagnement social des personnes.
- ▶ Résidences sociales : il s'agit d'un type de logement-foyer (établissement de logement collectif comportant à la fois des locaux privatifs des locaux communs affectés à la vie collective), réservés aux personnes rencontrant des difficultés pour se loger.
- ▶ Pensions de famille = maison relais : ce sont des résidences sociales, qui accueillent sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire (anciens grands exclus...)

¹⁰ Hesse C., Dr Duhamel G., Évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives, 2014, L'inspection générale des affaires sociales (IGAS)

- ▶ Résidences accueil : ce sont des pensions de famille dédiées aux personnes ayant un handicap psychique.
- ▶ Intermédiation locative : ce dispositif permet de sécuriser et simplifier la relation entre le locataire et le bailleur grâce à l'intervention d'un tiers social (opérateur, organisme agréé ou association). Le dispositif repose également sur des déductions fiscales aux bailleurs qui acceptent de louer leur logement à des ménages en difficulté.

Structures de soin résidentiels (Hébergement et soins)

- ▶ **Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)** : Créés expérimentalement en 1994 pour la prise en charge des personnes touchées par le VIH, les ACT ont été pérennisés en 2002. Ces établissements ont pour vocation d'héberger des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Les ACT s'appuient sur une double coordination, à la fois médicale (coordination des soins, aide à l'observance thérapeutique...) et psycho-sociale (insertion sociale et professionnelle, appui dans les démarches administratives...). Comme les LHSS et LAM, il s'agit de structures d'accueil inconditionnel. L'hébergement y est temporaire, même si, en pratique, les résidents y restent souvent plus d'un an, phénomène particulièrement marqué en Ile de France, où 85% des résidents restent plus d'un an. Comme pour les LHSS, la moitié des résidents ne disposent pas de solution durable d'hébergement à la sortie du dispositif. Plus de 2 600 places existent actuellement sur le territoire, et la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté prévoit la création de 1 200 places supplémentaires. Par ailleurs, plusieurs expérimentations sont en cours : ACT pédiatrique pour enfants atteints de cancer, ACT à domicile pour les personnes qui disposent déjà d'un logement, ACT psychiatriques, ACT fin de vie...
- ▶ **« Un chez-soi d'abord »** : Expérimenté depuis 2011, ce dispositif a été généralisé par décret le 1er janvier 2017. Ce dispositif permet l'accès au logement de personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques sévères, sous la condition d'un accompagnement renforcé. 80% des logements sont captés dans le parc privé via le dispositif d'intermédiation locative. Novatrice en Europe, cette prise en charge alternative entérine l'accès direct au logement comme fondamental et préalable à toute démarche de soins et d'insertion.

Hébergements relevant du Dispositif National d'Accueil (DNA) des demandeurs d'asile et des réfugiés

Le DNA est géré par l'OFII. Plus de 70 000 demandeurs d'asile sont entrés dans le DNA en 2017.

- ▶ Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) : ils assurent l'accueil, l'hébergement ainsi que l'accompagnement social et administratif des personnes dont la demande d'asile a été enregistrée, pendant la durée d'instruction de cette demande
- ▶ Hébergement d'urgence des demandeurs d'asile : deux dispositifs permettent la mise à l'abri des personnes dans l'attente d'une place en CADA. L'accueil temporaire – service de l'asile (AT-SA) est un dispositif à gestion nationale, tandis que l'hébergement d'urgence dédiée aux demandeurs d'asile (HUDA) est un dispositif déconcentré
- ▶ Centres provisoires d'hébergement (CPH) : il s'agit de CHRS accueillant des étrangers s'étant vu reconnaître la qualité de réfugié ou accorder le bénéfice de la protection subsidiaire. Ils ont pour mission l'accueil, l'hébergement ainsi que l'accompagnement linguistique, social, professionnel et juridique des personnes qu'ils hébergent, en vue de leur intégration (article L349-2 du CASF)

Dispositifs d'hébergement pour les personnes âgées

- ▶ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : ces structures médicalisées accueillent des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Seuls certains EHPAD sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

- ▶ Les résidences services et les résidences autonomie : conçues pour des personnes âgées autonomes, elles comportent à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective.
 - Les résidences autonomie appartiennent à la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques, notamment les CCAS (centres communaux d'action sociale). Certaines sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale
 - Les résidences services sont principalement gérées par des structures privées commerciales. Elles ne sont pas éligibles à l'aide sociale, mais seulement aux aides au logement.
- ▶ Les unités de soins de longue durée (USLD) : elles accueillent des personnes âgées très dépendantes, et proposent l'hébergement en chambre individuelle avec des soins médicaux et une surveillance constante. Il existe des unités spécifiques Alzheimer ou syndrome apparenté.

Dispositifs d'hébergement pour les personnes handicapées faisant l'objet d'une orientation MDPH

- ▶ Foyer de vie/foyer occupationnel : hébergement de personnes adultes handicapées ayant un taux d'incapacité d'au moins 50 % mais bénéficiant d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes, qui leur sont proposées au sein du foyer.
- ▶ Foyers d'accueil médicalisés (FAM) : hébergement et prise en charge sanitaire de personnes handicapées en état de dépendance totale ou partielle
- ▶ Maisons d'accueil spécialisé (MAS) : hébergement et prise en charge sanitaire de personnes adultes handicapées en situation de « grande dépendance », ayant besoin d'une aide permanente

Tableau 6. Synthèse des principaux dispositifs de sortie de LHSS/LAM identifiés par les structures

Type d'hébergement / logement	Public accueilli						Pérennité		
	Personnes sans droit	Personnes âgées	Personnes handicapées	Troubles somatiques	Personnes à risque	Personnes à troubles	Mise à l'abri	Hébergement / logement	Hébergement / logement
Nuit d'hôtel, CHU	x						x		
CHRS	x							x	
RHVS								x	
Résidence sociale								x	
Pension de famille									x
Résidence accueil			x						x
Intermédiation locative				x				x	
ACT	x			x				x	
LHSS / LAM	x			x	x			x	
Un chez-soi d'abord					x			x	
CSAPA					x			x	
CADA / CPH						x		x	
AT-SA / HUDA						x	x		
EHPAD		x							x
Résidence service /		x							x

autonomie									
Foyer de vie / FAM / MAS			x						x

2.2. Pilotage et mise en œuvre des dispositifs dans 3 régions et 3 départements

Issus d'expérimentations, appuyés ou non sur un historique territorial préexistant (ex. lits infirmiers HDF/IDF), les dispositifs dédiés LHSS et LAM sont relativement « **jeunes** » (notamment les LAM), encore largement **en cours de déploiement et d'organisation** sur l'ensemble du territoire national, avec des appels à projets publiés par les ARS pour des ouvertures de structures en 2017-2018 et des zones encore non-couvertes. Ainsi, seules 104 places en LAM étaient installées dans l'ensemble de la France, Outre-mer compris, en novembre 2017.

Les acteurs institutionnels et les structures porteuses ont une **double attente** à l'égard du pilotage national :

- i) de **souplesse** (laisser la place à l'expérimentation au niveau des partenariats, du portage, des prises en charge, faciliter les innovations tant au sein des LAM et LHSS qu'avec les partenaires, etc.) ;
- ii) de **cadre et de partage d'expérience** (réflexion à mener sur la mixité des publics et les besoins/la place des mineurs accompagnés/accompagnants, l'accueil et la prise en compte spécifique des problématiques des femmes, besoin exprimé d'organiser le partage d'expérience entre ARS entre organismes gestionnaires et avec les partenaires territoriaux, tant au niveau départemental que régional et national, de constituer des guides de bonnes pratiques, recherche / meilleure compréhension des publics accueillis et échange de pratiques sur une prise en charge adaptée, etc.) ;

Le **pilotage** des LHSS/LAM est organisé par les **ARS sur leurs territoires** respectifs, avec des organisations pouvant varier d'une ARS à l'autre (centralisation au niveau du siège et/ou cadrage et programmation régionale/délégation de l'animation territoriale aux Délégations Départementales). Les orientations stratégiques et de programmation (PRAPS 2018) se concentrent sur la création de places (Ile-de-France, Hauts-de-France, PACA), parfois dans une logique de rééquilibrage territorial (Hauts-de-France, ex-Picardie).

Les institutions en charge des politiques publiques de l'hébergement/accès au logement et de l'insertion sociale – **DRJSCS/DDCS, DRIHL en Ile-de-France - sont associées de façon variable** selon les territoires (diagnostic partagé des besoins/pilotage/programmation, informelle ou formalisée dans le cadre de Comités de Pilotage, en amont/aval de l'installation de lits). Plus globalement, le **pilotage transversal** des politiques sanitaires et sociales est organisé de façon variable selon les territoires (ex. convention ARS/DRJSCS en cours de réflexion dans les Hauts-de-France). Les DRJSCS n'identifient pas forcément les publics-cibles des LHSS/LAM comme prioritaires dans leurs orientations stratégiques (focus 2018 sur les publics enfance/jeunesse dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté).

Certains territoires ont fait le choix de se doter de **dispositifs de pilotage et d'animation départementaux regroupant les structures porteuses de LHSS/LAM**. Financés ou non par l'ARS dans le cadre du FIR et délégués à des structures dédiées, ces dispositifs ont pour fonction l'échange de pratiques, la création d'outils communs, éventuellement l'organisation des entrées, etc. En revanche, **cette animation territoriale n'associe pas, lorsqu'elle existe, les autres structures présentes dans l'écosystème** de prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (hébergement social, maraudes, PASS hospitalières, EMPP, SSIAD précarité, etc.).

L'absence de représentation structurée des publics accueillis en LHSS/LAM, sauf problématiques spécifiques type santé mentale, se reflète au niveau des dispositifs de pilotage (absence de représentants d'usagers – et des prises en charge – pas d'expérimentation identifiée en matière de participation des personnes, de pair aide, d'expertise d'usage à ce stade).

2.2.1. Ile-de-France / Paris (75)

Etat des lieux général des dispositifs LAM et LHSS

► **Historique**

Les LHSS sont issus de l'expérimentation de lits infirmiers, initiée en 1993 par le Samu Social de Paris.

► **Places installées**

Au 1^{er} septembre 2018, 383 places de LHSS étaient installées (pour 447 places financées)¹¹, et 31 places de LAM (pour 98 places financées) en région Ile-de-France, selon les données de la DGCS.

Le département de Paris (75) compte 136 places de LHSS, soit 35% des places installées en Ile-de-France, suivi par le Val-de-Marne (94) avec 25% des places et la Seine-Saint-Denis (93) avec 21% des places, puis les Hauts-de-Seine (92) et la Seine-et-Marne (77). Les Yvelines (78), l'Essonne (91) et le Val d'Oise (95) ne disposent d'aucun LHSS.

Au 1^{er} janvier 2018, 31 places de LAM étaient installées en région Ile-de-France (pour 98 lits financés), selon les données DGCS.

► **Portage des LHSS/LAM:**

Il existe 6 gestionnaires de LHSS en Ile-de-France : les principaux sont le Samu Social de Paris (170 places), suivi par le Groupe SOS (80 places).

25 places de LAM sont gérées par le Samu Social de Paris au LAM Jean Rostand (94), adossé à un LHSS. Le Groupe SOS Solidarités a également ouvert en 2017 le LAM Olympiades à Saint-Denis (93), avec 6 places et 22 supplémentaires en création.

Seuls deux organismes gestionnaires sont présents dans le département de Paris : le Samu Social de Paris, avec 96 places réparties entre les LHSS Hospice Saint-Michel, Ridder et Plaisance, et le Groupe SOS Solidarités avec 40 places au LHSS Maubeuge.

► **Spécificités régionales**

En Ile-de-France, il n'y a pas de structure LAM/LHSS dédiée aux femmes, mais environ 10% de femmes parmi les personnes accueillies (source : ARS). Des demandes d'accueil en LHSS pour des enfants arrivent.

Les LHSS/LAM sont des structures encore récentes : leur visibilité territoriale et leur connaissance par les PASS et les services sociaux hospitaliers est variable (source : entretiens).

Les places de LHSS sont en tension. L'ouverture prochaine de LAM devrait avoir un effet positif sur les LHSS. La tension ne permet pas de créer des structures dédiées aux femmes (la réflexion porte davantage sur l'emménagement des structures mixtes – source : entretiens).

La présence importante d'étrangers crée des enjeux de compréhension des besoins et un besoin d'interprétariat et d'alphabétisation.

Pilotage régional et infrarégional

► **Modalités de pilotage interinstitutionnel**

Le SROMS 2012-2017 prévoyait la mise en œuvre d'appels à projets de création de LHSS assurée par l'ARS, en partenariat avec la DGS et la DRIHL (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement). Il prévoyait également la constitution d'une base de données régionale de suivi d'activité des LHSS, assurée par l'ARS en partenariat avec la DRIHL, la DRJSCS, les fédérations et l'Uriopss (Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux).

En pratique, le pilotage et la programmation de places sont assurés par l'ARS et des échanges informels sont organisés avec la DRIHL, qui pilote également le dispositif *Un Chez Soi d'Abord* et le SIAO. En lien

11 383 places de LHSS autorisées selon les données ARS obtenues en entretien.

avec l'ARS, la DRIHL a prévu de mener un état des lieux sur les liens entre les structures d'accueil et les structures de soins doit être mené (source : entretiens ARS/DRIHL)

La DRJSCS n'est pas associée à l'identification des besoins, à la réflexion stratégique, au pilotage et à la programmation car les missions d'hébergement et d'accès au logement sont assurées par la DRIHL en Ile-de-France.

► **Organisation de l'ARS et orientations stratégiques**

L'organisation est déconcentrée (complémentarité des missions entre le siège et les Délégations Départementales) : au siège, le dispositif est piloté par le Pôle Besoins, Réduction des Inégalités, Territoires dédié aux conduites addictives et au soin résidentiel (ACT, LAM, LHSS) au sein de la Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités, qui gère également le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS). Le DG ARS prononce les autorisations de création. En Délégation Départementale, la gestion est rattachée à ce Pôle ou au Pôle Médico-social de la Direction de l'Autonomie. Au sein de la DD 75, le Département Personnes en Difficultés Spécifiques est rattaché au Pôle Autonomie. La DD a délégation pour prononcer les arrêtés de tarification.

Un rapport d'activité standardisé a été produit.

► **Animation régionale/départementale des structures porteuses de LHSS/LAM**

Le groupe de travail régional a pour rôle de faciliter l'échange de pratiques et de préciser les missions des structures, en lien avec les décrets et les rapports d'étude. Il a élaboré un rapport d'activité standardisé des LHSS et des LAM et un cahier de bonnes pratiques professionnelles. Il a également effectué un travail d'harmonisation des pratiques entre les différents organismes gestionnaires (conformité au cahier des charges, prise en charge spécifique de certains publics, régulation de l'entrée et de la sortie, etc.).

► **Animation départementale des acteurs et initiatives de fluidification des parcours**

A ce jour, il n'y a pas d'animation départementale entre les acteurs du parcours, aussi bien entre les structures de soin résidentiel et d'hébergement temporaire, qu'entre les structures de soin résidentiel et les structures d'hébergement du dispositif ordinaire PA/PH.

L'ARS a indiqué mener actuellement une réflexion sur la réduction des risques d'alcool et la gestion des problématiques de perte d'autonomie et de santé des publics accueillis dans les structures sociales (objectif : prévenir une tension sur les places disponibles de LHSS ou LAM).

Des ACT pédiatriques ont également été mis en place. L'enfant est l'utilisateur. Le besoin a notamment été identifié pour les cancers graves.

2.2.2. Hauts-de-France / Nord (59)

Etat des lieux général des dispositifs LAM et LHSS

- **Historique** : les lits infirmiers préexistaient à l'appel à projets de 2011 à Lille.
- **Places financées et installées** : Au 15 décembre 2017, 117 places de LHSS étaient installées (pour 137 places financées), dont 59 dans le Nord. 43 places de LAM étaient installées (pour 61 lits financés), dont 25 dans le Nord (sources DGCS, ARS).
- **Portage des LHSS/LAM** : dans le Nord, il existe 8 structures porteuses : l'une est une fondation, les autres sont des associations. Les structures sont de plus petite taille que les structures parisiennes.
- **Spécificités régionales** : il existe un LHSS n'accueillant que des femmes à Lille (6 places), et 3 LHSS n'accueillant que des hommes (17 places). Les structures mixtes sont inégalement réparties sur le territoire (ex-Picardie : mixité dans l'Oise, pas dans la Somme). Le secteur du handicap

adulte est saturé au niveau des places d'hébergement, avec des solutions trouvées d'accueil en Belgique.

Pilotage régional et infrarégional

► **Modalités de pilotage interinstitutionnel**

Un comité de pilotage et de coordination régionale des LHSS associant les structures porteuses, les 2 DDCS, l'ARS et d'autres structures médico-sociales (gestionnaires d'ACT, etc.) était installé et animé par la Fédération des acteurs en santé, opérateur extérieur financé par l'ARS (dialogue de gestion – financement CPOM), avant la fusion des régions.

Il a été mis à l'arrêt lors de la fusion des régions. L'ARS s'interroge actuellement sur la pertinence d'un tel outil de coordination régional et sur ses modalités organisationnelles optimales, en termes de portage, de suivi et de financement.

Des liens informels sont entretenus entre l'ARS et la DRJSCS dans le cadre de la nouvelle grande région et une convention partenariale est en cours de rédaction. La DRJSCS n'est pas associée à ce stade à la réflexion stratégique sur les LAM/LHSS mais le principe d'un cadre formalisé de travail et d'une coordination accrue est reconnu par les deux institutions.

► **Organisation de l'ARS et orientations stratégiques**

L'ARS a une organisation centralisée. Il n'existe pas de rapport d'activité standardisé mais les données de la métropole lilloise sont compilées par MSL et comparées.

Le PRAPS 2018 donne la priorité à la création de places et à la régionalisation de l'offre (couverture des zones blanches, ex-Picardie).

► **Animation régionale/départementale des structures porteuses de LHSS/LAM**

Le comité de coordination régional animé par la Fédération des acteurs en santé avait pour mission le partage d'outils entre opérateurs, l'interconnaissance des structures, l'élaboration de protocoles particuliers (ex. gestion des cas de tuberculose).

Le réseau de santé solidarité Lille métropole a instauré un groupe territorial qui se réunit régulièrement pour des échanges, du partage de pratiques, etc. (l'ARS est conviée mais peu souvent présente, et finance l'animation sur ses fonds FIR). Médecins Solidarité Lille, qui organise la régulation des LHSS, participe.

► **Animation départementale des acteurs et actions de fluidification des parcours**

Il n'existe pas d'animation à ce jour, particulièrement entre structures de soin résidentiel et structures d'hébergement temporaire d'une part / du dispositif ordinaire PAPH d'autre part. Ce point identifié comme un frein à l'articulation territoriale entre les acteurs et fait l'objet de questionnements fréquents dans les groupes de travail.

Les CHRS disposent de temps infirmier financé par l'ARS.

Depuis 2014, la région expérimente des « SSIAD Précarité » intervenant au sein de CHRS et hors les murs (ACT, camps de migrants...) dans les départements du Nord et du Pas de Calais. Cela évite des entrées en LHSS lorsque l'appui du SSIAD est suffisant et facilite l'orientation pour les personnes très éloignées du soin. Le dispositif nécessite d'être évalué, tout comme les limites des dispositifs spécifiques/passerelles pour couvrir les besoins et leur capacité à faciliter l'insertion vers un parcours de santé de droit commun.

2.2.3. PACA / Bouches-du-Rhône (13)

Etat des lieux général des dispositifs LAM et LHSS

- **Places financées et installées** : au 1^{er} mai 2018, en PACA, 133 places étaient installées (soit la totalité des places financées). 28 lits en LAM étaient installés, plus 10 en cours de construction (soit la totalité des places financées) (sources : ARS, DGCS).

- ▶ **Portage des LHSS/LAM :** les 6 structures porteuses de LHSS dans les Bouches-du-Rhône sont associatives. Leur dimensionnement varie de 2 à 20 places. Certaines structures sont adossées à un CHRS. Les LAM font l'objet d'une montée en charge très progressive, de 4 places installées en 2010 à 10 places actuellement, ainsi que 10 places supplémentaires en construction.
- ▶ **Spécificités régionales :** un LHSS à Marseille est réservé aux femmes (5 places). Une prééminence des EHPAD privés par rapport à d'autres régions qui limite l'accès pour les personnes en situation de précarité (reste à charge).

Pilotage régional et infrarégional

▶ **Modalités de pilotage interinstitutionnel**

L'ARS pilote les LAM/LHSS. La DRJSCS et les DDCS ne sont pas impliquées dans la réflexion stratégique sur les LAM/LHSS mais l'ARS et la DRJSCS collaborent dans le cadre du dispositif ASSAB « Accès aux Soins de Santé des Sans Abris ».

▶ **Animation régionale/départementale des structures porteuses de LHSS/LAM**

Les structures porteuses n'ont actuellement pas d'espace formalisé de concertation. Une journée régionale de rencontre et d'échange de pratiques sur les LHSS a été financée par l'ARS – les structures sont en demande de nouveaux temps d'échange.

▶ **Animation départementale des acteurs et actions de fluidification des parcours**

Il n'existe pas à ce jour d'animation départementale des structures de soin résidentiel avec les structures d'hébergement temporaire, d'une part, du dispositif ordinaire PA/PH, d'autre part.

Dans le cadre du PRAPS, le dispositif ASSAB, réunit ARS, DRJSCS et DDCS 13. Il permet la concertation entre les acteurs et la coordination autour de l'accès au soin pour les situations d'urgence (en amont de LHSS ou LAM).

2.2.4. Synthèse des modèles de pilotage et d'organisation

En synthèse, les structures et tutelles interrogées dans le cadre de l'enquête identifient un besoin d'assurer une coordination nationale et régionale, de faciliter le partage, l'échange de pratiques et l'harmonisation des pratiques (rapports d'activité communs, indicateurs communs de qualité, guides de bonnes pratiques) et d'ouvrir des espaces d'échange et de concertation entre les dispositifs médico-sociaux LHSS/LAM et avec les autres acteurs du parcours (journées thématiques – ex. addictions, santé mentale, etc.).

Plusieurs modèles de pilotage et d'organisation des LAM et LHSS sont observés dans les 3 régions d'enquête :

Organisation	IDF / 75	HDF / 59	PACA / 13
Pilotage interinstitutionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage de l'ARS • Echanges informels ARS/DRIHL sur les LAM/LHSS • Pas d'implication de la DRJSCS (missions d'hébergement et d'accès au logement assurées par la DRIHL). Convention ARS/DRJSCS (sept. 2016) • Lien avec les Conseils 	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage de l'ARS • Echanges informels ARS/DRJSCS engagés et accord de principe sur le besoin de travailler en transversalité • Collaboration en cours de formalisation entre ARS et DRJSCS, dans le cadre de la nouvelle région (convention en cours de rédaction) • Lien avec les Conseils 	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage de l'ARS • Pas d'échanges dédiés aux LAM/LHSS entre ARS et DRJSCS. Un échange organisé sur le dispositif ASSAB • Lien avec les Conseils départementaux N/C

	départementaux N/C	départementaux N/C	
Organisation de l'ARS et orientations stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation déconcentrée : action complémentaire du siège (programmation et planification régionale) / des DD (animation territoriale) • Orientations stratégiques : le PRAPS 2018 donne la priorité à la création de places • Rapport d'activité standardisé dans les LHSS – en cours de réflexion pour les LAM 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation centralisée : pilotage des LAM/LHSS par le siège (les territoires sont affectés à des chargés de prévention au siège) • Orientations stratégiques : le PRAPS 2018 donne la priorité à la création de places et à la régionalisation de l'offre (couverture des zones blanches, rééquilibrage ex-Picardie). • Pas de rapport d'activité standardisé mais une compilation des données de la métropole lilloise par MSL 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation déconcentrée • Pas de rapport d'activité standardisé
Lieux d'échange entre les structures porteuses de LAM-LHSS	<ul style="list-style-type: none"> • Oui – groupe de travail régional 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui – COPIL régional animé par un opérateur externe (temps d'arrêt lié au passage en grande région et réflexion sur la nouvelle organisation à prévoir) 	<ul style="list-style-type: none"> • Non – liens bilatéraux ARS / structures porteuses • Une réunion régionale d'échange de pratiques entre LHSS a été organisée – des structures en demande d'échanges
Animation départementale des acteurs du parcours (LAM-LHSS, hébergement social, PASS, EMPP, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Non – une réflexion à mener selon les résultats d'enquête 	<ul style="list-style-type: none"> • Non – l'absence d'animation élargie est identifiée comme un frein car ne permettant pas d'interroger les articulations entre LHSS/LAM et autres dispositifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Non
Expérimentations notables sur le parcours des personnes accueillies	<ul style="list-style-type: none"> • Temps infirmiers en CHRS • Réflexion de l'ARS sur la prise en charge médicale en hébergement social (alcoolisme/prévention de la perte d'autonomie) • Dispositif de repérage et d'orientation en EHPAD dans le secteur social • ACT pédiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps infirmiers en CHRS • Expérimentation de SSIAD précarité (2 fois 30 places) intervenant en CHRS et hors les murs (camps de migrants, ACT,...) • Réflexion en cours sur la création d'ACT pédiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif départemental ASSAB sur le 13 – temps infirmiers en CHRS et réservation de places

2.3. Eléments de connaissance sur les parcours des personnes accueillies et sur les difficultés rencontrées en matière de prise en charge et d'insertion sociale

2.3.1. Profils et parcours des personnes accueillies en LHSS/LAM

Les parcours de santé et de vie des personnes accueillies sont le plus souvent **complexes** et **non-linéaires**, avec des ruptures et des allers-retours entre les différents dispositifs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, parfois judiciaires, etc. L'évaluation doit permettre **d'éclairer et d'objectiver des parcours-types des personnes accueillies**, pour faciliter la prise en charge.

- ▶ Le « **profil-type** » de la **personne accueillie en LHSS** est de sexe masculin (85% d'hommes dans notre échantillon d'étude) majoritairement âgé de 40 à 55 ans (moyenne d'âge de 52 ans dans notre échantillon d'étude), avec un parcours de rue antérieur à l'accueil en LHSS, souvent confronté à un vieillissement prématuré, présentant souvent des pathologies psychiatriques et/ou conduites addictives, cumulées à des pathologies somatiques. Les pathologies justifiant l'admission sont très variées, mais les pathologies de nature orthopédique et traumatiques sont très souvent retrouvées. A la pathologie d'admission s'ajoute quasiment toujours de nombreuses comorbidités, connues à l'admission et/ou découvertes au cours du séjour.
- ▶ Le « **profil-type** » de la **personne accueillie en LAM** est également de sexe masculin (80% d'hommes accueillis en moyenne dans notre échantillon), de moyenne d'âge 55-65 ans, avec un parcours de rue antérieur à l'accueil en LAM. Il souffre le plus souvent une pathologie neurologique (démence...) ou d'un cancer à un stade avancé, associée à des nombreuses comorbidités, et présente fréquemment une dépendance dans les actes de sa vie quotidienne.
- ▶ Ile-de-France et Hauts-de-France identifient une **montée en charge du public étranger (UE et non-UE)** ; en PACA, il est majoritairement représenté par des personnes demandant des titres de séjour pour soins. L'absence de données comparables dans les rapports d'activité des structures (notamment dans les Bouches-du-Rhône et le Nord) et le nombre de réponses limitées à l'enquête ne permettent pas de chiffrer la part de ce public. Cependant, parmi les structures ayant répondu à l'enquête, on identifie une proportion variant de 63% dans le LAM J. Rostand (47% non-UE, 16% UE, 21% France, et 13% sans nationalité/apatrides) à 91% dans le LAM Fontainieu (64% non-UE, 27% UE, et 9% France). Dans les LHSS parisiens, la part d'étrangers représentait 65% (47% hors UE, 18% UE, 34% France) en 2016. Dans le Nord, 73% d'étrangers (UE/hors UE) étaient accueillis en 2016, et à Marseille, 74% d'étrangers (46% hors-UE, 28% UE, et 26% France).¹²
- ▶ **Les femmes** représentent 23% des personnes accueillies dans le Nord, 21% dans les Bouches-du-Rhône et 10% à Paris. Dans les LAM, la proportion varie de 16% à Paris à 19% dans le Nord et 36% dans les Bouches-du-Rhône.
- ▶ Enfin, les 3 territoires ont mentionné des demandes de **prise en charge de mineurs**, pour l'instant rejetées en lien à la fois avec une organisation des LHSS/LAM jugée inadaptée à leur accueil (mixité des publics, majoritairement adultes et âgés) et avec le cadrage réglementaire des LHSS/LAM, et traitées au niveau des ARS dans le cadre d'une réflexion plus globale de l'accueil des mineurs et des ACT pédiatriques.

Tableau 7. Comparaison des publics de LHSS accueillis dans les 3 départements d'étude (2016)

	Nombre de lits	Nombre de personnes accueillies en 2016	Pourcentage de femmes accueillies	Age moyen des personnes accueillies	Durée moyenne de séjour en 2016
Paris	139 lits mixtes	551	10%	55 ans	3,2 mois
Nord	59 Dont 17 réservés	162	23%	46 ans	4,2 mois

¹² La donnée 2016 est disponible pour les LHSS Fontainieu (13), Maubeuge (75), Saint-Michel (75), Ridder (75), Plaisance (75), AFR (59), Armée du Salut (59) et Eole Femmes (59) – sans distinction entre étrangers UE/hors UE pour le département 59.

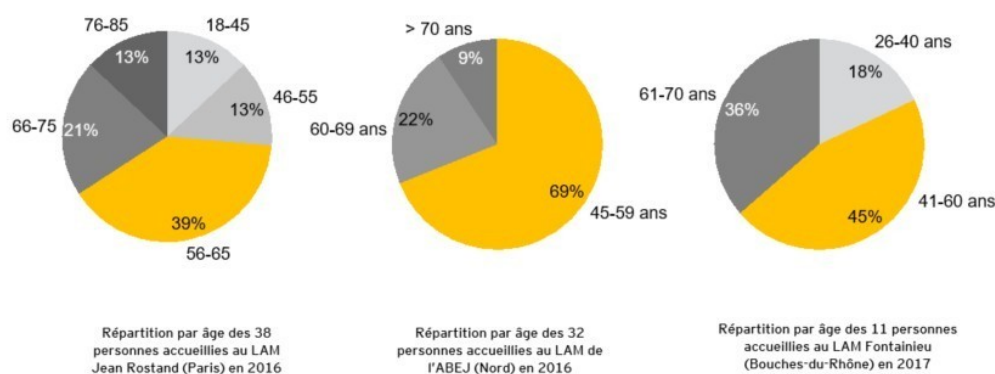
	aux hommes Dont 6 réservées aux femmes				
Bouches-du- Rhône	63 Dont 6 réservées aux hommes Dont 5 réservées aux femmes	254	21%	48 ans	3,0 mois

Tableau 8. Comparaison des publics de LAM accueillis dans les 3 départements d'étude

	Nombre de lits	Nombre de personnes accueillies en 2016	Pourcentage de femmes accueillies	Age moyen des personnes accueillies	Durée moyenne de séjour en 2016
Paris	25	38	16%	NR	8,0 mois
Nord	25	32	19%	58 ans (H : 59 ans, F : 53 ans)	17,9 mois
Bouches-du-Rhône*	10	11	36% (pour 16% de demandes reçues)	NR	10,7 mois

*Pour les Bouches-du-Rhône, il s'agit des données 2017, les lits ayant ouvert en 2017.

Figure 1. Répartition par âge des personnes accueillies en LAM de l'échantillon d'étude



2.3.2. Parcours des personnes accueillies en LHSS et LAM

Avec l'appui du Comité de Pilotage de l'enquête, des parcours-cibles permettant une trajectoire d'insertion pour les personnes accueillies en LHSS et LAM ont été modélisés afin de comparer les parcours actuels et d'identifier les principaux points de blocage.

Figure 1: Parcours-cibles d'une personne accueillie en LHSS

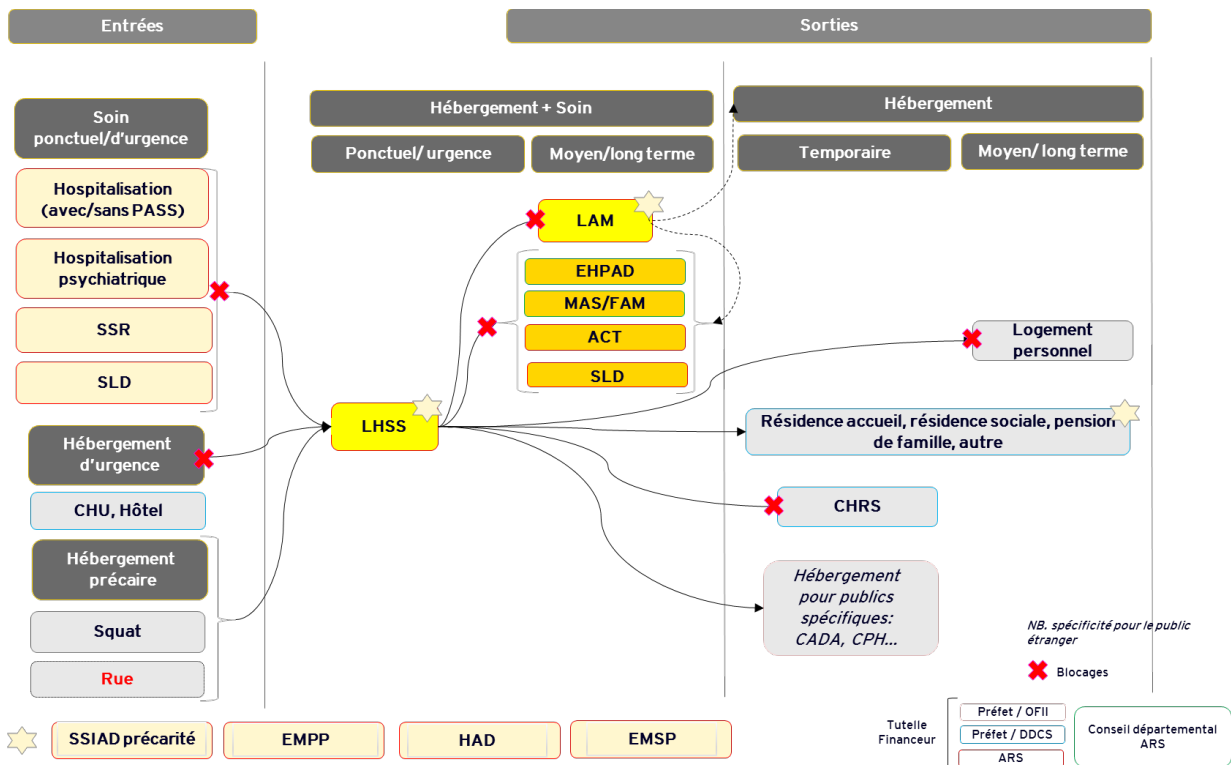
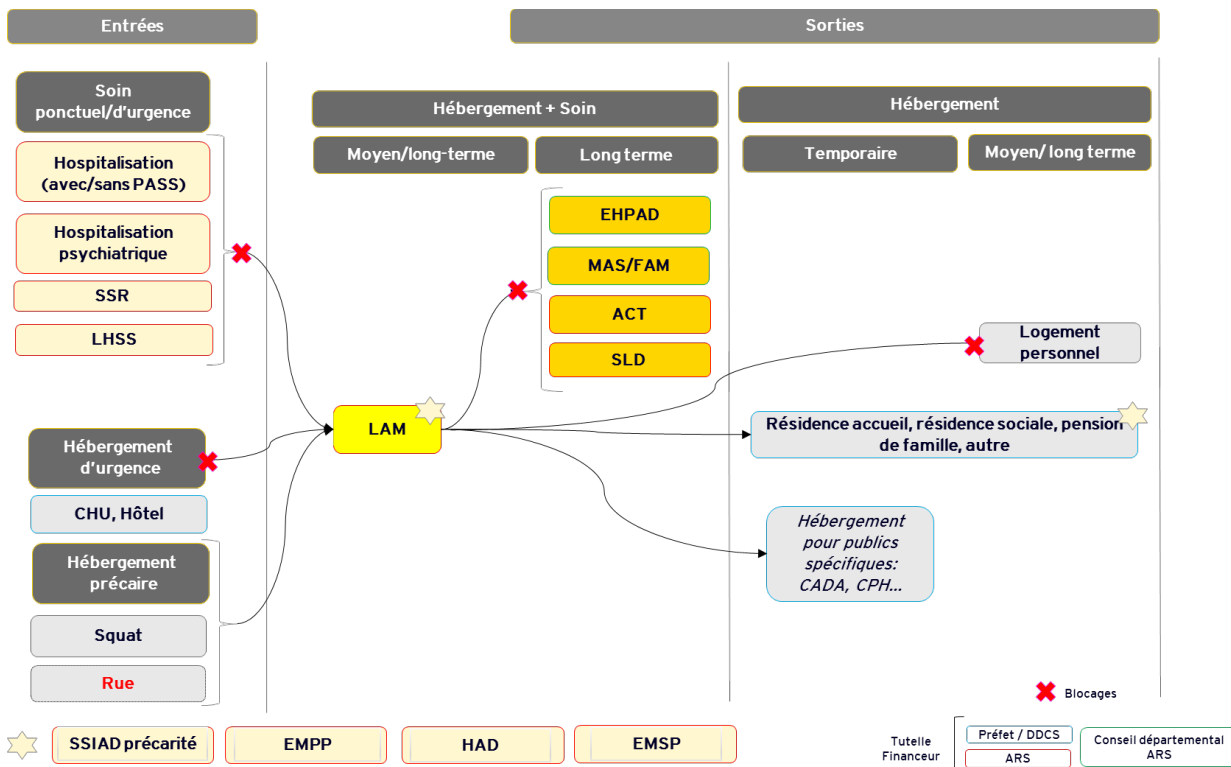


Figure 2 : Parcours-cibles d'une personne accueillie en LAM



Cependant, un certain nombre de personnes accueillies en LAM et LHSS restent « bloquées » plus ou moins longtemps en LAM et en LHSS :

- ▶ Dans l'attente **d'une solution de sortie** (CHRS, MAS, FAM, EHPAD, ACT, etc.) ;
 - *Exemple : personne en attente d'une place en ACT*
- ▶ Dans l'attente d'une **résolution de leur situation personnelle** (reconstruction de l'identité, ouverture des droits, ouverture d'une couverture sociale, etc.) permettant au LHSS / LAM d'identifier et de mobiliser une solution de sortie plus adaptée.
 - *Exemple : personne d'origine étrangère en cours de demande d'asile ou titre de séjour pour raison de santé.*

L'attente sera plus ou moins longue en fonction de l'état d'avancement des démarches sociales au moment de l'arrivée en LHSS ou en LAM (pas de démarches entamées / démarches en cours) ; le LHSS ou le LAM ne pouvant identifier une solution d'hébergement adaptée qu'une fois ces démarches menées à leur terme.

Exemples de problématiques rencontrées :

- *« Pour les personnes âgées, lorsque le dossier d'admission en EHPAD doit être constitué parallèlement au dossier d'aide sociale, les délais peuvent être longs. Pour les grands marginaux, l'absence de papiers (sans cartes d'identité, sans comptes bancaires, etc.) est un obstacle très long à surmonter. », LHSS (59)*
- *« Les établissements de long séjour et d'hébergement social ne sont pas toujours en mesure d'accueillir les étrangers âgés sans titre de séjour dont le risque vital est engagé en cas de retour à la rue (patients atteints de pathologies lourdes). Le LHSS doit donc les aider à obtenir un titre de séjour auprès de la Préfecture, démarche qui peut prendre 4 à 6 mois. », LHSS (59)*

Un certain nombre de personnes accueillies en LHSS peuvent être considérées comme « sans solution » d'insertion et de sortie : c'est en particulier le cas des personnes étrangères en situation irrégulière et ayant épuisé les recours possible pour sa régularisation (personnes déboutées du droit d'asile, « dublinées »...) : pour ces personnes, seul l'hébergement social (en CHU, éventuellement CHRS) est accessible, ce qui pose problème pour les plus dépendantes d'entre elles.

Ainsi, la réticence des personnes accueillies peut également constituer un frein à l'insertion (exemple : la recherche de possibilités de solidarités familiales auprès des enfants est toujours privilégiée avant la prise en charge de la personne, ce qui peut être un frein pour constituer les dossiers d'aide pour certaines personnes, certains LHSS ont une partie de leur public qui retourne à la rue en sortie de LHSS puis revient lorsqu'il y a un nouveau besoin de soin, etc.).

Exemples de problématiques rencontrées :

- *« Certaines personnes âgées avec de longs parcours de rue ne désirent pas engager les démarches d'inscription permettant d'accéder à l'aide sociale, du fait de la mise en jeu de l'obligation alimentaire auprès de descendants avec qui ils ont rompu tout contact depuis très longtemps. Certaines personnes âgées isolées de nationalité étrangère envoient à la famille restée au pays d'origine l'essentiel de leurs ressources et refusent de voir ces ressources confisquées par l'aide sociale. », LHSS (13)*

Exemples de parcours :

Monsieur T., 61 ans

Comme beaucoup de personnes soignées en LHSS dans les Bouches-du-Rhône, Monsieur T. ne vient pas de la région. Il vient de Bretagne, où il était mécanicien, et vivait avec sa femme et son fils. Le départ de sa femme l'a plongé dans une profonde dépression. S'en est suivi un long parcours d'errance à Marseille, où il a notamment été hébergé en accueil de nuit dans un CHRS. Suite à une opération pour une hernie discale, il a été admis en LHSS en convalescence. Il était également traité pour un post-infarctus et pour des problèmes de prostate. Il y a passé 6 mois, puis a été admis dans un EHPAD géré par une association. Aujourd'hui sous curatelle, il est suivi par une éducatrice et indique se sentir bien dans son EHPAD, dans lequel il s'amuse d'être le plus jeune résident. Il garde une bonne expérience de son passage au LHSS, avec lequel il est resté

en contact.

Monsieur B., 30 ans

Monsieur B est d'origine sud-africaine. Atteint d'une maladie inflammatoire dégénérative, il indique avoir quitté son pays d'origine, est arrivé en Lybie en passant par le Burkina Faso et le Niger. Comme beaucoup de migrants africains, il a été emprisonné et torturé en Lybie une année. Il a pu quitter la Lybie par la mer, sur un zodiac, qui a été intercepté par un bateau italien. En Italie, il a été placé une semaine en centre de rétention, puis est arrivé à France en juillet 2017, où il est devenu SDF. Suivi par Médecins du Monde, il a été hospitalisé en rhumatologie 10 jours en novembre 2017, puis a été admis en LHSS. Il est en attente d'un titre de séjour pour soins, et devrait être orienté en ACT.

Les principaux points de blocage en entrée et en sortie de LHSS/LAM (amont/aval) sont présentés dans la partie suivante.

2.3.3. Organisation des entrées : processus d'orientation et d'admission

« Structures » et acteurs d'amont du parcours

Si le critère de prise en charge en LHSS ou LAM est un état de santé non-compatible avec la rue, toutes les personnes entrant en LHSS ou LAM « n'arrivent pas » de la rue. Ainsi, certaines personnes hébergées chez des tiers / famille et se retrouvent sans hébergement adapté en sortie d'hospitalisation par exemple, ce qui peut entraîner une rupture ou l'orientation en LHSS ou LAM. D'autres proviennent de structures d'hébergement social, où la dégradation de leur état de santé complique leur prise en charge. Quand les personnes arrivent de la rue, c'est le plus souvent par un **repérage par la veille sociale, 115/maraudes** ou par l'hôpital qu'elles accèdent à une place en LHSS. Une part des personnes vient également de structures d'hébergement social – CHU, CHRS - en lien avec une augmentation de la dépendance et des problématiques médicales rencontrées par ces structures : quand les soins deviennent trop lourds, elles indiquent se trouver démunies et ne plus pouvoir prendre en charge les résidents.

Pour les LAM, les structures d'amont sont très variables entre les territoires : si à Paris et à Lille la majeure partie des demandes émanait de LHSS, suivi d'hôpitaux (à Paris, 63% des résidents accueillis en LAM en 2016 viennent de LHSS, et 44% à Lille), ce n'est pas le cas à Marseille, où, en 2017, aucun résident de LAM ne venait d'un LHSS, mais 63% venaient d'un hôpital. Cela peut s'expliquer par le fait que le LAM de Marseille est adossé à un LHSS qui comporte 4 fois plus de places, et qui peut accueillir des patients avec des besoins de prise en charge.

Hospitalisation

La majeure partie des admissions en LHSS se font suite à une hospitalisation. Parmi les LHSS interrogés, l'hôpital est la structure adresseuse dans 50% à 95% des cas. Les services concernés peuvent être divers (chirurgie orthopédique, maladies infectieuses, neurologie...). Malgré cela, certaines structures interrogées ont indiqué une connaissance variable par les acteurs sanitaires hospitaliers des LHSS/LAM.

Hébergement social – CHU, CHRS

En amont des LHSS/LAM, les structures d'hébergement social identifient une dégradation de l'état de santé de leurs publics (perte d'autonomie, conduites addictives, etc.) qui, selon elles, si n'est pas gérée au sein de ces structures (recherche d'appuis de 1er recours/soins primaires mais insuffisants à couvrir les besoins), peut créer une tension sur les places en LHSS/LAM (source : entretiens). Certaines structures indiquent également des difficultés à pouvoir remplir les dossiers d'admission en LHSS ou LAM (évaluation médicale), faute d'accès à un médecin.

Les ARS, comme les DRJSCS observent également une tendance à la complexification des besoins des personnes, qu'il est difficile à ce stade d'objectiver. Les DRJSCS indiquent que les profils des personnes accueillies en hébergement social se dégradent, avec une perte d'autonomie parfois importante, appelant à penser de nouvelles modalités de prise en charge médicale des publics accueillis au sein de ces structures (ex. temps infirmiers en CHRS, intervention de SSIAD précarité et/ou d'EMPP,

développement de partenariats avec des structures de soins primaires, développement de résidences accueil, etc.) pour éviter la dégradation des situations nécessitant un accueil en LHSS ou LAM.



Initiatives pour améliorer l'accès aux soins et l'état de santé des personnes (en amont de LHSS)

Le Nord et le Pas de Calais expérimentent depuis 2014 des « **SSIAD Précarité** » intervenant au sein de 19 CHRS et hors les murs (camps de migrants...) pour éviter les entrées en LHSS lorsque l'appui du SSIAD est suffisant et pour faciliter l'orientation pour les personnes très éloignées du soin. Entre 2014 et 2017, le SSIAD a accompagné 113 personnes, pour une durée moyenne de prise en charge de 8,5 mois.

Le dispositif **ASSAB « Accès aux Soins de Santé des Sans Abri »** expérimenté à Marseille est une coordination des acteurs – notamment de l'urgence – pour améliorer l'état de santé des personnes sans abri en travaillant l'accès aux droits et aux soins, la connaissance des publics et la formation des professionnels.

A **Aix-en-Provence**, un **Atelier Santé animé par le SIAO 13** avec des acteurs médico-sociaux et de l'hébergement dont LHSS expérimente une Fiche Navette Santé (socle commun d'informations transmises pour l'orientation en hébergement, notamment en fonction de l'état de santé de la personne).

Orientation en LHSS/LAM et pratiques de régulation des entrées

L'orientation et les entrées en LHSS sont organisées de façon variable selon les territoires : pilotage centralisé des admissions au niveau territorial ou départemental/contacts informels entre les structures porteuses en fonction des besoins et places disponibles/absence de liens avérés au niveau des entrées, association ou non des SIAO organisés ou non en guichet unique départemental. Cette partie s'attache à modéliser ces différentes organisations et à en mesurer l'efficacité et l'impact sur la fluidité des entrées/prises en charge en LHSS.

Suite à l'orientation, les pratiques de régulation des entrées varient d'un département à l'autre.

A Paris (75), la régulation des entrées en LHSS est plutôt **centralisée**. Pour les LHSS du Samu Social de Paris, l'orientation se fait par le médecin d'astreinte du 115. Les demandes émanent d'hôpitaux ou de maraudes (dans ce cas, l'infirmier remplit le volet social), ainsi que de l'équipe mobile de lutte contre la tuberculose (EMLT) du Samu Social de Paris. Le LHSS Maubeuge (Groupe SOS) accueille également les patients lui ayant été adressés par le médecin d'astreinte du 115 et des patients qui lui sont adressés directement. En ce qui concerne le LAM Jean Rostand, une commission d'admission se réunit quand une place se libère.

Dans le Nord (59), la régulation des entrées se fait de façon **déconcentrée** par infra-territoire (organisée seulement sur certains territoires). Il existe actuellement un outil de régulation des entrées en LHSS et en LAM au niveau de la métropole lilloise (Lille – Roubaix), géré par Médecins solidarités Lille (MSL), une association qui appartient au Réseau Santé Solidarité Lille Métropole. Sur le littoral Nord, cette régulation est assurée par la PASS de l'hôpital de Dunkerque. Dans le Sud du département du Nord, c'est le SIAO qui assure cette régulation. Sur le reste de la région, aucun dispositif de régulation n'est en place.

Dans les Bouches-du-Rhône (13), il n'y a **pas de régulation organisée** ; les orientations sur dossiers émanent principalement des hôpitaux. Les dossiers sont instruits par la commission d'admission de chaque LHSS qui étudie l'avis médical en premier. Il n'existe pas de commission de coordination départementale, n° unique ou dispositif de régulation. 3 LHSS ont travaillé à un dossier d'admission harmonisé (les 3 dossiers sont maintenant proches dans leur contenu), et 2 autres LHSS ont des dossiers d'admission distincts mais quasiment similaires dans le fond et la forme.

Refus d'admission

En ce qui concerne **l'orientation vers les structures**, les données disponibles semblent indiquer un nombre limité de refus d'admissions ayant pour cause l'inadéquation du dispositif LHSS par rapport à

l'état de la personne ou une erreur d'admission. Ainsi, l'enquête atteste de 618 refus d'admission sur 1 055 demandes reçues en 2016 par les LHSS des territoires d'enquête qui ont renseigné des causes de refus dans l'enquête ou leur rapport d'activité. Les structures déclarent que 35% avaient pour cause un manque de place au moment de la demande, 28% un refus de la structure et 27% le fait que le dispositif soit non adapté à l'état de la personne ou une erreur d'admission, soit environ 160 refus pour inadaptation du dispositif, dont la plupart à Paris, où l'indicateur est renseigné dans les rapports d'activité. Cela tend à indiquer que le rôle des structures est bien identifié sur le territoire et que les critères d'orientation sont appliqués, malgré quelques disparités territoriales.

Les structures indiquent que les refus peuvent recouvrir des réalités différentes. Dans certains cas par exemple, le LHSS considère que la prise en charge médicale est trop lourde pour la structure compte tenu de ses ressources de prise en charge, même si la personne pourrait théoriquement relever d'un LHSS. Ces refus émanent plus souvent des petites structures, qui ont peu de moyens humains, notamment pas d'équipe soignante de nuit. Dans d'autres cas, le refus de la structure est lié au risque que peut faire peser l'accueil d'une personne sur l'équilibre global de la structure : choix d'accueillir des profils variés pour ménager les équipes, question de l'accueil d'usagers actifs de drogues, etc.¹³

Tableau 10. Synthèse des dispositifs de régulation à l'entrée en LHSS

Type de dispositif de régulation	Régulation Partiellement centralisée	Régulation mixte	Pas de Régulation
Territoires d'enquête concernés	<p>75</p> <p>Orientation hospitalière, veille sociale, autre</p> <p>Régulation centralisée assurée par le médecin d'astreinte du Samu Social de Paris 24h/24</p> <p>Les décisions d'admission reviennent aux directeurs des structures. Admission décentralisée : le LHSS Groupe SOS a des horaires d'admission. Le LHSS du Samu Social admet 24h/24.</p>	<p>59</p> <p>Orientation hospitalière, veille sociale, autre</p> <p>Régulation variable selon les infra-territoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lille-Métropole : régulation centralisée assurée par Médecin Solidarité Lille - Nord-Dunkerque : régulation centralisée assurée par la PASS du CH de Dunkerque - Reste du département : régulation assurée par le SIAO <p>Les décisions d'admission reviennent aux directeurs des structures, mais ils suivent quasiment toujours l'admission qui leur est proposée par la régulation.</p>	<p>13</p> <p>Orientation hospitalière, veille sociale, autre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de régulation - Les décisions d'admission reviennent aux directeurs des structures. Admission sur dossier par chaque LHSS en fonction de ses critères d'admission et de sa file active
Conditions	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier avec volet médical et social 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier avec volet médical et social 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier avec volet médical et social
Atouts	<ul style="list-style-type: none"> • Critères communs de recevabilité des demandes • Priorisation des demandes en fonction de la gravité de la situation 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus grande souplesse dans la prise en charge en urgence ou de personnes accueillies en hébergement temporaire nécessitant un soin 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus grande souplesse dans la prise en charge en urgence ou de personnes accueillies en hébergement temporaire nécessitant un soin

¹³ Les données concernant l'origine des orientations en LHSS et LAM (établissements de santé, veille/hébergement social, établissements médico-sociaux, autres) n'étant pas consolidées dans les rapports d'activité des structures, elles ne sont pas incluses ici. Ces informations se basent sur les entretiens avec les structures.

	<ul style="list-style-type: none"> • Simplification des démarches d'orientation en LHSS 	<ul style="list-style-type: none"> • La régulation permet aux structures de passer moins de temps administratif à décider 	
Limites	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle possibilité d'orientation aux départements limitrophes ? • Conditions d'admission variables d'un LHSS à l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle possibilité d'orientation aux départements limitrophes ? • Démarche d'orientation en LHSS plus lourde (plusieurs dossiers) • Pas de priorisation possible • Critères de recevabilité des demandes propres à chaque structure • Critères et conditions d'admission variables d'un LHSS à l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle possibilité d'orientation aux départements limitrophes ? • Démarche d'orientation en LHSS plus lourde (plusieurs dossiers) • Pas de priorisation possible • Critères de recevabilité des demandes propres à chaque structure • Critères et conditions d'admission variables d'un LHSS à l'autre

2.3.4. Accompagnement en LHSS/LAM, durées moyennes de séjour, sorties et orientations

Durées moyennes de séjour et accueils prolongés en LHSS

La plupart des établissements ont évoqué une augmentation des **durées moyennes de séjour** en LHSS, en lien avec deux évolutions majeures :

- un **travail renforcé auprès des personnes accueillies** pour la mise en œuvre de solutions de sortie plus durables que les retours à la rue, à l'hôtel ou en hébergement d'urgence / CHU de court terme, qui, selon la complexité des situations, peut conduire à la nécessité de continuer à accueillir la personne sur un lit de LHSS alors même que ses problématiques médicales ne le nécessitent plus. Les structures interrogées font ainsi part de leurs difficultés à diminuer les sorties précaires (sauf fugue, expulsion ou souhait de la personne) qui a pour corollaire une évolution de leur pratique vers une approche consistant à « garder » la personne le temps d'identifier une solution de sortie plus durable (trajectoire d'insertion) ;
- une **complexité plus importante des situations accueillies** en LHSS par rapport au public cible initialement identifié par le décret, nécessitant des soins plus longs et la prise en charge de maladies chroniques ;

« Plus de la moitié de nos usagers présente des pathologies nécessitant un traitement médical prolongé, avec risque sanitaire et mise en danger si la sortie était prononcée prématurément sans autre solution qu'un retour à la rue : 36 personnes atteintes de pathologies chroniques lourdes (cancers, diabète aggravés, désorientations psychiques graves, etc.) en 2016, qui nécessitent une prise en charge en établissement adapté de type LAM, d'autres structures leur étant inaccessibles au regard du droit commun ou de revenus manquants ; 6 usagers de plus de 70 ans, très fragilisés par l'âge, nécessitant des soins continus, dont la sortie à la rue présente un danger pour leur propre santé ou leur sauvegarde, leur durée de séjour étant prolongée à défaut de solution de relai en sortie, leur situation sociale ne permettant pas le bénéfice de l'aide sociale, ce qui interdit l'accès à un autre établissement que le LHSS. », LHSS (13)

Tableau 11. Durées moyennes de séjour en LHSS et LAM sur les territoires d'étude

Territoire	Durée moyenne de séjour en 2016 en LHSS	Durée moyenne de séjour en 2016 en LAM
Paris	3,2 mois	8,0 mois
Nord	4,2 mois	17,9 mois
Bouches-du-Rhône	3,0 mois	10,7 mois*

*Pour les Bouches-du-Rhône, il s'agit des données 2017, les lits ayant ouvert en 2017.

Cette tendance a pour implication des **accueils prolongés « inadéquats » en LHSS** :

- ▶ Une part de la population actuellement accueillie en LHSS n'a pas les besoins de soins et de surveillance du public de LHSS mais y reste accueillie (cf. partie précédente) ;
- ▶ Un public pouvant relever théoriquement davantage de LAM.

Tableau 12. Nombre de personnes relevant de profil de LAM accueillies en LHSS ou dont l'état de santé ne justifierait plus une prise en charge en LHSS (source : questionnaire structures)

Département	LHSS	Nombre de personnes accueillies à date (avril 2018)	Nombre de lits	Nombre de personnes qui relèveraient de LAM	Nombre de personnes qui n'ont plus besoin du suivi médical complet du LHSS mais d'un travail social
59	ABEJ Solidarité	NR	14	NR	NR
59	EOLE hommes	6	6	NR	2
59	EOLE femmes	6	6	3	0
59	ARMEE DU SALUT	3	5	0	0
59	AFR	NR	6	NR	NR
59	AAE	NR	5	NR	NR
59	VISA	NR	5	NR	NR
59	APS	12	12	0	6
13	L'Etape	NR	6	NR	NR
13	Centre Henry Dunant (croix rouge française)	2	3	0	0
13	Centre Fontainieu (groupe SOS)	40	40	10	5
13	J. Pannier	5	5	0	1
13	Station Lumière	2	2	0	0
13	Espace vie Hilda Soler	5	7	0	1
75	LHSS Maubeuge	NR	40	NR	NR
75	Hospice Saint Michel	NR	33	NR	NR
75	LHSS Ridder	NR	33	NR	NR
75	LHSS Plaisance	33	33	3	16
IDF hors 75	LHSS Jean Rostand	27	27	3	15
TOTAL		141	288	19 (15%)	46 (33%)

NB. Il s'agit d'une photographie « indicative » à date de l'enquête.

Accompagnement social, élaboration du projet de sortie et de vie

En LHSS comme en LAM, l'accompagnement social s'entend tout d'abord par une mise à jour de la situation administrative de la personne (ouverture de ses droits à la sécurité sociale et à une protection complémentaire). Ensuite, diverses autres démarches sont entamées (demandes d'aides sociales, demandes de prestations liées au handicap, demande d'asile ou de titre de séjour pour soins pour les personnes en situation irrégulière). En fonction de la complexité de la situation de la personne et de l'état d'avancement de ces démarches, (certaines ayant été initiées avant l'entrée en LHSS ou en LAM), le temps social est plus ou moins long et est généralement plus long que le temps médical.

Dans un second temps, il consiste en l'élaboration du **projet de sortie** en LHSS, du **projet de vie** en LAM. En effet, si une approche globale de l'insertion de la personne est nécessaire, les personnes accueillies en LHSS et LAM étant sans domicile/abri au moment de leur entrée, la problématique principale d'insertion en sortie demeure en premier lieu l'accès à l'hébergement durable ou au logement.

Dans toutes les structures interrogées, les travailleurs sociaux tentent d'associer les personnes à cette élaboration et rencontrent parfois des difficultés selon le profil de la personne.

En **LHSS**, la sortie se caractérise souvent par une orientation SIAO vers des centres d'hébergement (urgence ou insertion), qui permettront à la personne, stabilisée du point de vue de sa santé, de poursuivre le projet et éventuellement d'accéder au logement accompagné ou autonome. Ainsi, le LHSS est perçu par les travailleurs sociaux comme un tremplin. La personne étant approchée par le soin, les professionnels de LHSS entament cet accompagnement, mais ils considèrent ensuite qu'il appartient au centre d'hébergement – surtout CHRS – de prendre le relais pour la recherche de logement ou la réinsertion sociale. En LHSS, la « réinsertion sociale » ne s'entend pas forcément par une sortie vers un logement autonome ou un emploi. Il s'agit bien souvent, notamment avec les grands exclus, de réussir à leur faire accepter de se laver, de recevoir des soins, etc.

L'élaboration du projet de vie en **LAM** s'entend différemment : les personnes sont généralement trop dépendantes pour vivre dans des structures d'hébergement collectives non adaptées (CHRS...). En fonction de l'âge, de la pathologie, et des ressources de la personne, le travailleur social va tenter de trouver le lieu où la personne pourra s'installer durablement, et, bien souvent, finir sa vie. Il s'agit généralement d'EHPAD ou de FAM. Quand une solution de sortie peut être trouvée (ce qui n'est pas toujours le cas), le LAM permet à la personne sans domicile-fixe d'accéder à un hébergement plus durable dans une structure d'hébergement ou dans un logement stable et adapté à sa situation.

Orientations en sorties

▶ **LHSS**

Sur les trois départements, l'enquête a permis d'identifier trois types de sorties de **LHSS** :

- les **sorties « précaires »** : retours à la rue, hôtel, sortie en Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) pour une durée courte, exclusions, fugue ou départ volontaire de la personne.
- Les **sorties en hébergement temporaire ou durable ou logement** : logement autonome avec bail direct ou glissant, dispositif social d'hébergement tel que Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ou CHU de longue durée, établissements et services pour personnes âgées (PA), personnes en situation de handicap (PH) ou personnes à difficultés spécifiques (PDS), logement dans la famille ou chez un tiers, retour au pays.
- Les **autres sorties** : hospitalisation en service clinique classique ou psychiatrique, en unité de soins de longue Durée (USLD), ou en soins de suite et de réadaptation (SSR), prison, décès, autre/non renseigné.

Tableau 13. Répartition des sortants de LHSS de 2016 par type d'orientation en sortie par département (en pourcentage, données : rapports d'activité)

Type de sortie	Bouches-du-Rhône	Paris	Nord
Sorties précaires	16%	32%	18%
Dont rue, hôtel ou CHU courte durée ¹⁴	8%	11%	9%
Sorties vers l'insertion / logement	36%	35%	54%
Dont dispositif social d'hébergement (CHRS, CHU durée longue, résidence sociale)	20%	15%	39%
Dont hébergement PA/PH/PDS	11%	20%	13%
Dont logement autonome	5%	1%	4%
Autres sorties	48%	33%	28%
Dont famille/tiers/retours au pays	18%	15%	8%

a) Sorties « précaires »

Les sorties précaires concerneraient 32% des sorties à Paris, 18% des sorties dans le Nord et 16% des sorties dans les Bouches-du-Rhône. Les structures indiquent privilégier de plus en plus une approche visant à ne pas « faire sortir » les patients tant qu'une solution de sortie moins précaire n'a pas été identifiée. Il faut noter cependant que les **fugues et départs volontaires** concerneraient 21% des sorties à Paris (soit 77 personnes sur 340 sortants de 2016), 4 à 7% dans les autres départements ; les **exclusions** concernent de 1% à 7% selon les départements. Une part de ces situations peut s'expliquer par le fait que, lorsque des soins de l'ampleur de ceux dispensés en LHSS ne sont plus nécessaires, certaines personnes n'éprouvent pas le besoin de rester dans le LHSS (structure d'hébergement collective, relativement contraignante), par exemple les jeunes migrants.

b) Sorties en hébergement temporaire d'insertion, hébergement durable ou logement**Hébergement d'insertion**

Un nombre important de sorties est réalisé vers des structures d'hébergement temporaire d'insertion : 39% dans le Nord, 20% dans les Bouches-du-Rhône et 15% à Paris, (source : rapports d'activité). En effet, les CHRS apparaissent comme une orientation « naturelle » en sortie de LHSS, pour les personnes dont les besoins médicaux ne nécessitent plus l'accueil en LHSS. Ils constituent un « sas » pendant le temps nécessaire à la résolution de la situation sociale et administrative et à l'orientation vers un hébergement plus pérenne/logement.

Dans les trois départements, les LHSS indiquent se mettre en relation avec le SIAO insertion pour préparer la sortie vers une orientation en CHRS ou en résidence sociale. Cependant, les structures identifient les limites suivantes :

- Délais d'attente longs pour l'accès aux CHRS et application variable de l'inconditionnalité
- Pas de priorisation des publics sortants de LHSS (considérés comme déjà hébergés) au même titre que d'autres publics
- Pas de participation des professionnels de LHSS aux commissions SIAO pour discuter l'orientation

¹⁴ Les sorties vers les Unités d'hébergement d'urgence (UHU) des Bouches-du-Rhône sont comptabilisées dans les sorties « précaires », puisque les personnes y restent pour 9 nuits seulement. A l'inverse, dans le département du Nord, les sorties vers les CHU sont comptabilisées dans les sorties en hébergement temporaire/durable, puisque les personnes peuvent rester en CHU jusqu'à ce qu'une autre solution leur soit proposée.

- « Les patients pour lesquels un projet d'hébergement se met en place voient leur séjour en LHSS être parfois prolongé pour faire la jonction avec un logement stable. Un retour à la rue mettrait en péril ce qui a été reconstruit au niveau psychologique et social et pourrait être source de récurrence de l'altération de santé. Les CHRS pourraient assurer ce service mais les listes d'attente sont de plusieurs mois. », LHSS (Nord)

Tableau 14. Focus sur le fonctionnement des SIAO d'hébergement d'urgence et d'hébergement temporaire d'insertion dans les 3 départements d'enquête

Fonctionnement du SIAO	75	59	13
Territoires d'exercice	Paris : SIAO 75 insertion	3 SIAO : à Lille, la Coordination mobile d'accueil et d'orientation (CMAO) - à Dunkerque, la Coordination accueil et orientation (CAO) Flandres - dans le Sud du département, le SIAO 59 Sud qui regroupe Valenciennes, Douai, Cambrai et Avesne	SIAO 13 sur tout le territoire (NB. bien qu'il gère tout le département, une part importante des entrées en CHRS se fait hors du SIAO) Commissions dédiées à certains publics : victimes de violences, réfugiés, personnes vivant en bidonville
Typologie	<ul style="list-style-type: none"> • SIAO insertion uniquement 	<ul style="list-style-type: none"> • Ces SIAO regroupent urgence (115) et insertion 	<ul style="list-style-type: none"> • Ces SIAO regroupent urgence (115) et insertion
Modalités d'évaluation des dossiers et d'orientation en CHRS	<ul style="list-style-type: none"> • SI SIAO • Commission s d'admission s 	<ul style="list-style-type: none"> • SI SIAO • Commission d'admissions 	<ul style="list-style-type: none"> • SI SIAO • Commissions d'admissions

Hébergement en établissement médico-social

Un nombre moins conséquent de sorties s'effectue vers des dispositifs « ordinaires » d'hébergement pour personnes à difficultés spécifiques, personnes âgées ou personnes en situation de handicap (autre LHSS, LAM, ACT, FAM, MAS, EHPAD), pouvant s'accompagner d'un délai plus ou moins long d'accès à la structure de sortie en fonction de la situation administrative de la personne, de son degré d'acceptation de la solution proposée et de la tension sur les places et des autres freins à l'accueil dans les structures ordinaires : 11% des sorties dans les Bouches-du-Rhône, 13% dans le Nord, et 20% à Paris.

Parmi elles, les sorties en établissements médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées sont très minoritaires, en lien avec la durée d'accueil en LHSS notamment et avec un certain « effet filière » observé : tendance à l'orientation entre dispositifs pour personnes à difficultés spécifiques – entre LHSS, entre LHSS et LAM, et avec des ACT dans une moindre mesure. En effet, lorsque des pathologies chroniques / lourdes sont repérées durant un passage en LHSS, les LAM ou les ACT sont parfois utilisés comme solution de sortie de LHSS pour une prise en charge de la personne sur la durée. Ainsi, 63% des personnes accueillies en LAM à Paris en 2016 venaient de LHSS, et 44% à Lille. Cet effet filière n'a pas été retracé dans les Bouches-du-Rhône. L'installation de places de LAM peut avoir pour effet de créer un « appel d'air » sur les places de LHSS disponibles. Cette pratique est notamment liée à l'absence de capacité d'accueil des personnes dans le dispositif ordinaire (accueil inconditionnel nécessaire et conditions de ressources) – non pas tant du fait de leur situation médicale que du fait de leur situation administrative et sociale personnelle.

Logement autonome

Les sorties vers le logement autonome concernent 5% dans les Bouches-du-Rhône, 1% dans le Nord et 4% à Paris. Le bénéfice de dispositifs dédiés – cf. un *Chez soi d'abord* – n'est réservé qu'à une partie du public (handicap psychique). En outre, il nous a été communiqué dans le Nord que ce dispositif était réservé aux personnes à la rue, et qu'il était donc impossible d'orienter une personne d'un LHSS/LAM vers « Un chez soi d'abord ».

Les LHSS interrogés ont rarement mentionné le recours à des solutions telles que l'utilisation de dispositifs d'intermédiation locative pour faciliter l'accès au logement autonome (cette solution concerne en effet une part marginale du public sortant dans les rapports d'activité qui le mentionnent).

Il faut noter enfin que les LHSS interrogés dans le cadre de l'étude envisagent le plus souvent la « sortie » sous la forme d'un accès à un hébergement collectif en structure (LAM, EHPAD, FAM, MAS), plus rarement à un domicile médicalisé (ACT, *Un chez soi d'abord*) ou non-médicalisé (résidence sociale, pension de famille, etc.). Des possibilités d'accompagnement par des équipes de type SAMSAH, SAVS ou SSIAD à domicile n'ont pratiquement jamais été évoquées.

c) Autres sorties

Les sorties « autres » comprennent les hospitalisations (ré-hospitalisation, SSR, ou USLD), les décès, la prison, et l'hébergement familial ou chez des tiers / retour au pays.

Les décès ont concerné entre 2% et 8% des fins de prise en charge en LHSS, variable selon les départements. Toutes les structures interrogées ont été confrontées au moins une fois à l'accompagnement en fin de vie d'une personne. Si toutes considèrent que le LHSS n'est pas le lieu le plus adapté à une fin de vie, certaines acceptent d'accompagner les personnes en lien avec les Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP). En effet, certains résidents peuvent demander à ne pas être hospitalisés et préfèrent rester au LHSS. Dans un LHSS du Nord, les décès font partie du « quotidien » : les équipes sont formées, la coordination avec les EMSP se passent bien. D'autres LHSS indiquent être plus réticents à la prise en charge d'une fin de vie soit par manque de ressources humaines (cas des petits LHSS qui n'ont pas d'équipes de nuit) ou pour préserver leurs équipes.

S'agissant des sorties vers des « solutions personnelles » (hébergement chez un tiers, ou familial) et le retour au pays (8% des sorties dans le Nord mais respectivement 15 et 18% de sorties à Paris et dans les Bouches-du-Rhône), ils peuvent recouvrir des réalités différentes. Les solutions « personnelles » peuvent être plus ou moins temporaires. Le retour au pays, qui concerne des résidents venue en France pour se soigner, sans forcément avoir une volonté ou une possibilité d'y rester. A Marseille comme à Paris, une part importante d'étrangers fait des demandes de titre de séjour pour soins. Si la demande n'aboutit pas, ces derniers retournent dans leur pays, une fois guéris.

- « *Quand une personne non vulnérable et autonome est sortante et sans perspective de place rapide en CHU ou CHRS, il lui est proposé de chercher une solution par elle-même pour éviter la sortie à la rue.* », LHSS

► LAM

Les « **sorties de LAM** » et la mise en œuvre de projets de vie des personnes accueillies en LAM – en particulier en ce qui concerne l'accès à une solution d'hébergement durable et/ou à une prise en charge médicale adéquate - constituent un enjeu à part entière dans la mesure où les personnes présentent des pathologies et/ou des handicaps parfois lourds et invalidants. Sont ainsi à examiner :

- i) les **prises en charge et l'accompagnement à la fin de vie** que proposent les LAM pour les personnes qui y restent jusqu'à leur décès,
- ii) les **freins identifiés à l'accueil des personnes confrontées à des difficultés spécifiques au sein des dispositifs ordinaires** – à titre d'exemple (voir tableau ci-dessous pour plus de détail) :
 - **Soins de suite et de réadaptation (SSR)** : critères d'admission parfois non adaptés, tels que la demande fréquente, par les SSR, d'une garantie de solution d'hébergement en

sortie. Cette demande, constatée notamment à Paris, bloque de fait l'accès du public sans-domicile aux SSR

- **EHPAD** : freins psychologiques et organisationnels (délais de prise en charge, critères d'admission des structures, ex. nécessité de faire un dossier médical, d'avoir des droits ouverts, prise en compte limitée des lourdes prises en charge – pathologies psychiatriques, addictions – dans les modèles de tarification GIR/PATHOS, crainte des équipes d'être « laissés seuls » face à une prise en charge complexe, manque de souplesse dans les modalités organisationnelles – ex. capacité à accompagner la personne « hors les murs », refus de la personne accueillie en LHSS ou LAM si elle se considère trop jeune, degré d'acceptation variable de l'aide sociale par les structures).
- **ESMS pour adultes handicapés** : moyenne d'âge des personnes accueillies en LAM/LHSS (40-50 ans), délais de notification MDPH, critères d'admission des structures, difficulté à prendre en charge l'addiction, crainte des équipes, etc.
- **Hébergement social** : absence de prise en charge médicale adaptée

► **Focus : les solutions de sortie des personnes migrantes**

Dans nos trois départements d'enquête, les personnes migrantes représentent une part relativement importante du public accueilli. Les solutions de sortie qui s'offrent à elles dépendent de leur situation administrative :

- Personnes ayant obtenu le statut de réfugié ou bénéficiant de la protection subsidiaire : elles peuvent en théorie accéder à tous les dispositifs de droit commun. En outre, les centres provisoires d'hébergement (CPH) sont des CHRS accueillant des étrangers s'étant vu reconnaître la qualité de réfugié ou accorder le bénéfice de la protection subsidiaire. Nous n'avons rencontré aucune personne ayant réussi à obtenir un tel statut lors de notre enquête ;
- Demandeurs d'asile : une fois les soins terminés en LHSS, les personnes qui sont demandeuses d'asile peuvent aller en CADA. Cependant, il nous a été signalé que les CADA n'étaient pas toujours adaptés aux personnes les plus fragiles. Dans le Nord, par exemple, les CADA sont assez isolés géographiquement, et loin des hôpitaux, rendant la coordination des soins très compliquée pour les personnes qui sont malades ;
- Dublinés, déboutés du droit d'asile, autres personnes en situation irrégulière (en attente d'un titre de séjour pour soins...) : il n'y a pas de solution de sortie autre que les dispositifs d'accueil inconditionnels : CHU et CHRS (les CHRS étant en pratique parfois difficilement accessibles aux personnes en situation irrégulière et sans ressources). Quand ces personnes sont fragiles ou dépendantes, il est donc difficilement concevable pour les structures de les faire sortir. En particulier, les LAM accueillent des personnes âgées et des personnes en situation de grande dépendance, qui n'ont aucune perspective de sortie du fait de leur situation administrative (part importante du public accueilli en LAM à Paris, notamment).

► **Pratiques des LHSS/LAM facilitant la trajectoire d'insertion en aval**

Les établissements interrogés dans le cadre de l'enquête ont identifié les pratiques suivantes comme facilitant la trajectoire d'insertion en aval et la fluidification des parcours des personnes :

○ **Au niveau institutionnel :**

1- Avec le secteur PA/PH, les résidences sociales : création de dispositifs « d'interface » (cellule interne composée d'1 travailleur social et/ou 1 médecin dédiée à la recherche d'information sur les structures d'hébergement du territoire et à la diffusion de ces informations auprès des travailleurs sociaux des LHSS, éventuellement au développement de l'interconnaissance et des partenariats plus institutionnels), développement et formalisation de partenariats.



Pratiques innovantes pour faciliter l'insertion au niveau institutionnel et des situations individuelles

Le Samu Social de Paris a mis en place une Mission Interface avec du temps médical et social dédié. Le travailleur social a pour rôle :

- *de développer la connaissance des structures d'aval et les liens avec les partenaires (CASVP, PSA, réseaux d'accueil pour les personnes âgées, associations, etc.) ;*
- *de favoriser la sortie des dispositifs d'urgence, d'insertion et LHSS des personnes sans-abri vieillissantes vers les structures de droit commun, en accompagnant à la fois les personnes et les travailleurs sociaux référents des structures ; et*
- *de constituer un argumentaire pour faire évoluer le cadre réglementaire d'accueil des personnes actuellement non éligibles à ces dispositifs (personnes en situation irrégulière, personnes souffrant de troubles spatio-temporels non-encore admises dans les unités de vie protégées).*

L'accompagnement individuel se compose d'un appui au montage des dossiers et d'un accompagnement de la personne en amont et en aval de sa prise en charge dans les structures pour personnes âgées (visite des lieux, sensibilisation des équipes, identification de ressources de proximité, etc.). Le suivi de la Mission Interface contribue également à rassurer les personnes qui statuent sur l'attribution de places en Résidence services et en résidence appartement du CASVP.

Le développement de partenariats passe par la rencontre de structures pour personnes âgées et la réflexion autour d'actions partenariales pour lever des freins identifiés (exemple - partenariat envisagé avec l'ANPAA 75 pour offrir une première approche à la logique de réduction des risques et des dommages pour faciliter l'accueil des personnes souffrant d'addictions).

Le Groupe SOS indique avoir mis en place un poste – dans un premier temps dédié au public des ACT, le travailleur social – de fonction transverse sur un poste mutualisé - aura ensuite pour rôle d'étendre son champ d'action à toutes les structures du Pôle, dont les LHSS et LAM. L'objectif est la connaissance des structures d'aval et le développement de relations institutionnelles, ainsi que le déblocage de situations individuelles, en accompagnement des travailleurs sociaux référents des structures et des personnes accueillies.

Pratiques innovantes pour faciliter l'insertion au niveau des situations individuelles

Les équipes du LHSS du Samu Social de Paris et de Maubeuge ont indiqué pratiquer parfois les visites de structures d'aval avec la personne pour faciliter à la fois son appropriation du lieu et la sensibilisation/formation des équipes des structures pour personnes âgées. Du fait de leurs moyens limités, ces initiatives ne sont pas systématiques, mais les sorties vers ce type d'hébergement étant rares, cela peut être organisé par les LHSS.

2- Avec l'hébergement temporaire d'insertion : rapprochement avec les SIAO insertion du département afin d'identifier des partenariats possibles et leviers éventuels de coopération pour faciliter les sorties en CHRS, établissements de liens privilégiés et orientations réciproques CHRS-LHSS, notamment lorsqu'ils sont portés par un même organisme gestionnaire.

3- Avec le secteur PA/PH, les résidences sociales : développement de relations informelles privilégiées de LAM/LHSS avec certaines structures pour faciliter la sortie des résidents vers un autre type d'hébergement au sein de l'association gestionnaire du LHSS ou à l'extérieur (ex. EHPAD disposant de places dédiées pour les publics précaires ou EHPAD/ACT gérés par l'association gestionnaire sensibilisés aux spécificités de la prise en charge de ces publics, etc.).

4-Sur le partage d'informations : dossiers contenant des informations communes sur la santé pour l'orientation en hébergement, dossier de suivi de parcours établi par un LHSS.

o Au niveau des situations individuelles :

1- Accompagnement du résident de LHSS/LAM dans la structure d'aval : engagement de « retour » de la personne en LHSS en cas de difficulté dans la structure d'aval, accompagnement du résident pour visiter la structure d'aval et s'approprier le nouvel environnement, information de la structure d'aval sur les spécificités de la personne.



Pratiques innovantes pour faciliter l'insertion au niveau des situations individuelles

Les équipes du LHSS du Samu Social de Paris et de Maubeuge ont indiqué pratiquer parfois les visites de structures d'aval avec la personne pour faciliter à la fois son appropriation du lieu et la sensibilisation/formation des équipes des structures pour personnes âgées. Du fait de leurs moyens limités, ces initiatives ne sont pas systématiques, mais les sorties vers ce type d'hébergement étant rares, cela peut être organisé par les LHSS.

2- Accompagnement médico-social du résident et prévention des sorties précaires : réduction des risques et gestion des conduites addictives (ex. LHSS adossé à un CSAPA), prise en charge en santé mentale (psychologue et psychiatre référent d'un LHSS)



Pratiques de prévention des sorties précaires

Dans un objectif de prévention des exclusions et des départs volontaires avant achèvement des soins, le LHSS Fontainieu indique avoir mené un travail sur la relation de bientraitance avec les usagers potentiellement agressifs ou violent, en prévention des éventuels comportements violents des usagers.

3- Anticipation et travail en amont : notamment anticipation des sorties d'hospitalisation, préparation de la sortie de LHSS/LAM avant l'entrée (orientation SIAO, dossiers vers d'autres structures). Il faut noter que la pratique n'est pas toujours de préparer, dès le passage en LHSS, une sortie possible de LAM ou ACT par un travail sur l'ouverture des droits et/ou l'accès aux ressources, ce qui peut avoir un effet d'allongement de la durée d'accueil en LAM, dans l'attente d'un accès au dispositif ordinaire.

Les LAM et LHSS indiquent que les sorties « réussies » dans le dispositif ordinaire d'accueil PA/PH sont facilitées par un accompagnement chronophage au regard des ressources disponibles (visite de l'établissement d'accueil avec la personne, passage de relai). Cet accompagnement est rendu possible seulement par le fait que cela ne concerne qu'un nombre limité des patients. En revanche, elles considèrent que le suivi à 6 mois ou 1 an suivant la sortie du LHSS ou du LAM ne fait pas partie de leurs missions et qu'elles ne disposent pas de moyens dédiés (RH, SI, etc.). Lorsque la structure a mis en œuvre une orientation de sortie, elle « passe la main ».

► **Synthèse des principaux blocages et freins à l'accès à l'hébergement pérenne en sortie**

En synthèse, les premiers freins identifiés à l'accès à un hébergement durable des personnes accueillies en LHSS/LAM, outre la saturation globale des dispositifs de sortie mentionnée par les acteurs et les délais longs d'entrée, sont les suivants :

Tableau 15. Synthèse des freins à l'accès dans les structures de sortie cités par les répondants

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

2.3.5. Synthèse des éléments de connaissance sur les parcours des personnes

En synthèse

- Par rapport aux parcours-cible, des points de blocage sont identifiés aussi bien en amont de LHSS/LAM qu'en aval :
- En amont, l'orientation de personnes déjà accueillies en CHU/CHRS n'est pas forcément facilitée car ces personnes sont déjà considérées comme hébergées et non à la rue. Cependant, les LHSS/LAM et les tutelles identifient des besoins de santé croissants que ces structures ont des difficultés à gérer et qui peuvent avoir un effet sur les demandes d'orientation en LHSS. Des dispositifs innovants de prise en charge sont identifiés pour faciliter les soins infirmiers notamment - ex. expérimentation de SSIAD précarité dans le Nord - et pour faire travailler les acteurs de l'urgence ensemble afin d'améliorer l'accès aux soins - ex. ASSAB à Marseille.
- Les LHSS/LAM interrogés indiquent que l'orientation en LHSS/LAM se fait majoritairement en sortie d'hospitalisation, parfois par repérage de la veille sociale/115 ou maraudes. Si certaines PASS hospitalières jouent un rôle de régulation (ex. PASS de Dunkerque), certaines structures ont indiqué un niveau de connaissance variable des LHSS/LAM par les structures sanitaires, et un travail en amont de la sortie d'hospitalisation pour éviter les ruptures parfois limité. Les différentes organisations de la régulation à l'entrée en LHSS observées sur le territoire ont également des atouts et inconvénients variables pour les parcours (priorisation possible ou non, nécessité ou non pour les prescripteurs de remplir plusieurs dossiers selon le degré d'harmonisation des dossiers d'admission, etc.).
- En aval de LHSS ou de LAM, les sorties sont plutôt identifiées comme fluides vers les dispositifs pour personnes à difficultés spécifiques (LHSS, LAM, ACT), sous réserve des places disponibles. Selon les territoires, les sorties vers l'hébergement social d'insertion (CHRS, résidence sociale, pension de famille) sont considérées comme plus ou moins fluides par les structures interrogées alors même que les orientations réciproques LHSS-CHRS semblent naturelles car concernant un même public, en fonction de l'état de santé, de l'autonomie dans la prise de médicaments et des besoins sociaux. Les professionnels de LHSS ne participent pas toujours aux commissions SIAO, les sortants de LHSS ne sont pas forcément identifiés comme tels et priorisés au même titre que d'autres publics car déjà hébergés. Les orientations réciproques sont plus fluides lorsque les LHSS sont portés par des CHRS ou qu'une même association gestionnaire porte les deux types de dispositifs. Les sorties vers les établissements PA/PH sont marginales en LHSS, plus importantes en LAM. Des leviers à l'accès au logement sont identifiés notamment avec les dispositifs d'intermédiation locative.
- Des pratiques partenariales des LHSS/LAM avec les acteurs de l'hébergement social et médico-social et la présence de missions d'interface peuvent faciliter l'insertion dans le secteur PA/PH. De même, les associations gestionnaires disposant des deux types de structures peuvent plus facilement faire des passerelles, avec des professionnels parfois déjà sensibilisés à l'accueil d'un public précaire. En l'absence de partenariats et passerelles pour faciliter les orientations vers le dispositif ordinaire, l'accompagnement social des personnes, en particulier l'accompagnement des sorties, est chronophage pour les travailleurs sociaux des LHSS/LAM. Des initiatives facilitant le partage d'information (dossiers communs, informations communes d'orientation, etc.). La concertation autour des orientations a également été identifiée sur le territoire (ex. intermissions organisées par le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole, travail

du SIAO 13 Atelier Santé sur les données de santé dans le dossier pour orientation d'hébergement, dossier de suivi du parcours interne au LHSS développé par un LHSS du territoire). . Enfin, dans l'accompagnement médico-social mis en œuvre par les structures LHSS/LAM, certaines pratiques peuvent également prévenir les exclusions et départs volontaires ou faciliter l'insertion des personnes à la sortie, en particulier lorsqu'il y a des pratiques addictives (ex. LHSS adossé à un CSAPA) ou des problématiques comportementales (ex. présence d'un médecin psychiatre comme médecin référent dans un LHSS et d'un psychologue).

- Des prises en charge prolongées « inadéquates » par rapport aux attendus réglementaires sont identifiées en LHSS dans 2 types de cas - i) des personnes dont les besoins médicaux ne sont plus ceux du LHSS mais en attente de résolution de leur situation sociale et administrative permettant l'accès à un hébergement plus pérenne, ii) des personnes qui, compte tenu de l'ampleur des soins dont elles ont besoin nécessiterait, d'après les structures, une prise en charge en LAM (présence d'infirmiers 24h/24). Des situations « sans solution » sont également identifiées. L'absence de solution d'hébergement temporaire/de transition, de « dérogations » aux règles du droit commun, de priorisation de ces situations ou de réflexion autour de solutions modulaires pour ces publics crée des situations pour lesquelles le LHSS/LAM est la seule structure d'accueil possible en alternative à la rue, pour un temps plus ou moins long, privant ainsi l'accès au LHSS/LAM à d'autres personnes pouvant en bénéficier.
- Compte tenu de la durée parfois courte d'accueil en LHSS, l'aval du parcours y est plus facilement travaillé dans la perspective d'une trajectoire d'insertion si les partenariats avec les acteurs du territoire sont existants et efficaces - à la fois en amont (ne pas considérer le LHSS/LAM comme « une fin en soi » mais comme un dispositif de transition, préparer l'orientation en aval du LHSS/LAM dès l'amont) et en aval (structurer les partenariats avec les structures personnes âgées et personnes à autonomie réduite ou handicapées). Certains LHSS et LAM ont ainsi souligné le fait que certains services hospitaliers, en faisant la demande de LHSS ou de LAM, la considère comme une fin, alors que des demandes d'hébergement (notamment EHPAD), pourraient être initiées par ces services hospitaliers.

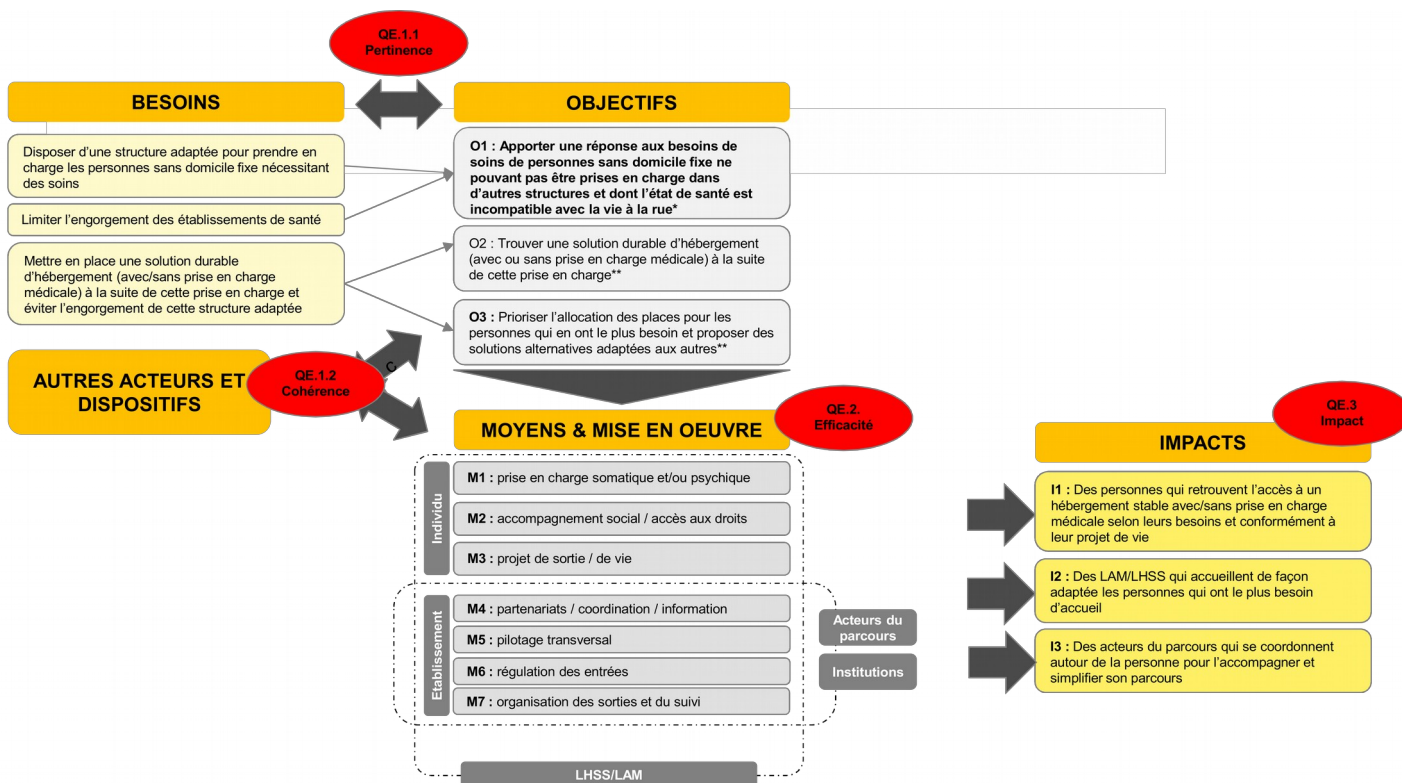
3. Réponses aux questions de l'étude : pertinence, cohérence, efficacité et impact de l'intervention des LHSS/LAM au regard des parcours des personnes accueillies

L'étude vise à analyser les parcours des personnes accueillies en LHSS/LAM, pour identifier les freins et leviers à l'insertion sociale des personnes, ainsi que le rôle des LHSS/LAM dans l'insertion et l'accompagnement social des personnes, en lien avec les acteurs d'amont et d'aval.

La proposition de questions évaluatives s'est appuyée sur une analyse préalable de la logique d'intervention des LAM/ LHSS, c'est-à-dire une reconstitution claire des besoins auxquels les structures entendent répondre et une identification précise de leurs objectifs et des impacts attendus de leur action. Ce cadre est nécessaire pour aider à clarifier les attentes à l'égard des LAM/LHSS de façon à permettre une évaluation de leur intervention en tenant compte de ce référentiel, et une identification des éventuelles faiblesses de chacun des dispositifs replacés dans leur contexte (incluant les autres acteurs et dispositifs existants).

Le schéma ci-après propose une représentation graphique de la logique d'intervention des dispositifs LAM et LHSS permettant de visualiser de façon schématique leurs différents objectifs ; il positionne les groupes de questions évaluatives autour de chacun des critères d'évaluation.

Schéma 1. Synthèse de la logique d'intervention des LAM/LHSS et questions évaluatives associées



* Objectif affiché dans le Décret

** Objectifs formulés dans le cadre de l'étude

Ce chapitre apporte des réponses aux questions évaluatives formalisées dans le cadre de l'étude permettant d'apprécier :

- ▶ La **pertinence** et la **cohérence** des LAM/LHSS dans leur environnement : appréciation de leur capacité, sur la base des missions qui leur sont confiées et de leurs modes d'organisation défini par Décret, à répondre à des besoins existants en articulation et en complémentarité avec les autres dispositifs visant les mêmes publics (QE1) ;
- ▶ Leur **efficacité** : mesure de leur capacité à mettre en œuvre les missions confiées (QE2) ;
- ▶ L'**impact** des dispositifs LAM et des LHSS, en les replaçant dans le paysage plus large des acteurs participant à l'insertion sociale des personnes accueillies (QE3).

Les réponses à ces questions s'appuient sur un ensemble de données et d'analyses qui renseignent sur le rôle, le fonctionnement et la mise en œuvre des LAM et LHSS, ainsi que les parcours des personnes accueillies, présentés précédemment. Ils contribuent à l'identification d'axes d'amélioration pour en l'efficacité et la plus-value des dispositifs.

Les analyses départementales à l'appui de la réponse à ces questions sont présentées en annexe de ce document.

Une synthèse du référentiel d'évaluation est présentée ci-après (pour consulter la grille d'analyse détaillée, merci de vous référer à cette Annexe).

Tableau 15. Synthèse du référentiel d'évaluation

<p>1. Pertinence et cohérence des LAM et des LHSS (tenant compte du paysage des acteurs en présence)</p>	<p>Le rôle, les missions et l'organisation des LAM et des LHSS sont-ils adaptés pour répondre aux enjeux de fluidité des parcours et d'insertion des personnes dans les territoires ?</p> <p>Les dispositifs s'inscrivent-ils de manière cohérente dans le paysage médico-social, de l'hébergement, du soin et de l'insertion sociale et professionnelle ?</p>
<p>2. Efficacité</p>	<p>Dans quelle mesure les LAM et les LHSS mettent-ils en œuvre de manière efficace les missions définies par Décret, en particulier sur le volet accompagnement à la reconnaissance des droits, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet de sortie ou de vie ?</p> <p>S'appuient-ils sur des modalités d'organisation, de pilotage et de partenariat optimaux ?</p>
<p>3. Impact</p>	<p>Dans quelle mesure² les personnes accueillies en LHSS ou LAM s'inscrivent-elles dans un parcours et une trajectoire d'insertion sociale de qualité ?</p> <p>Dans quelle mesure les LAM et les LHSS contribuent-ils de manière efficace à cette trajectoire ? Quel est le rôle effectivement joué par les structures dans l'insertion sociale des personnes, notamment à travers les modalités d'accompagnement qu'ils proposent, les liens qu'ils créent avec les acteurs d'amont et leur organisation de la sortie du dispositif ?</p> <p>Les modalités d'entrée en LHSS et LAM permettent-elles de garantir une entrée fluide dans ces dispositifs et trajectoire d'insertion sociale/un accompagnement optimal pour l'ensemble du potentiel de bénéficiaires concernés ?</p>

3.1. Pertinence et cohérence des LAM et des LHSS dans leur environnement

Rappel des questions de l'étude :

- ▶ Le rôle, les missions et l'organisation des LHSS et des LAM sont-ils adaptés pour répondre aux enjeux de fluidité des parcours et d'insertion des personnes ?
- ▶ Les dispositifs s'inscrivent-ils de manière cohérente dans le paysage médico-social, de l'hébergement et de l'insertion sociale et professionnelle ?

Besoin spécifique couvert par les LHSS et LAM

Les LAM et les LHSS accueillent un public dont les besoins de santé sont incompatibles avec la vie à la rue – les personnes sans abri, mais également toute personne privée d'une résidence fixe. Le critère principal d'accueil est donc la précarité du statut en termes de domiciliation. Ces structures assurent une mission de soin pour des personnes qui sont temporairement, ou de façon définitive, dans l'incapacité d'accéder au dispositif ordinaire d'hébergement.

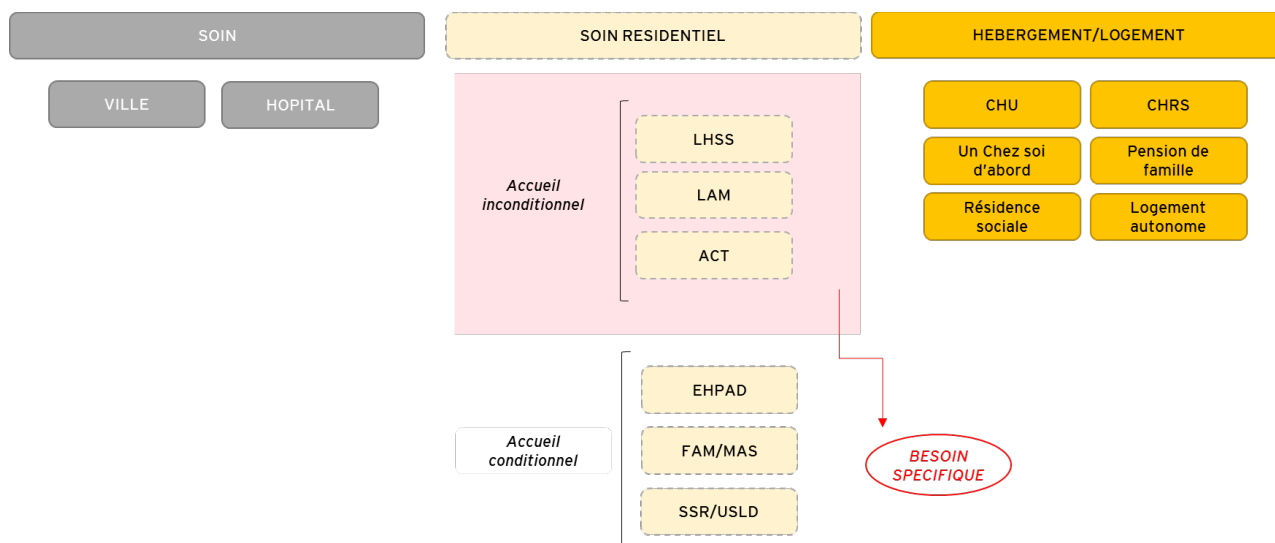
C'est en raison de ce **caractère d'accueil inconditionnel** que ces **structures de soin résidentiel** couvrent un besoin spécifique, non couvert par les autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales et complémentaire de ces structures – structures de soin et structures d'hébergement.

- Pour les **LHSS**, la pathologie concernée est incompatible avec la vie à la rue mais ne nécessite pas de prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée. Si ces deux bornes sont bien définies – ni un simple hébergement, ni un « hôpital pour pauvre », le champ reste très vaste. Une part du public accueilli est véritablement sans abri et le LHSS constitue la seule structure en capacité d'assurer l'hébergement et les soins. Une autre part du public accueilli en LHSS est le même que celui hébergé en CHU ou en CHRHS, mais les personnes qui sont orientées en LHSS présentent une ou des pathologies trop lourde(s) pour être prises en charge en CHU ou CHRHS en raison d'un besoin de surveillance particulière pour permettre l'observance des traitements et/ou de soins plusieurs fois par jour. Ce faisant, l'accueil en hébergement temporaire (CHU, CHRHS) n'est pas possible pour ces personnes dans les conditions actuelles de prise en charge de ces structures.
- Pour les **LAM**, le public atteint « de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie » et avec un besoin d'aide à la vie quotidienne qui ne peut être pris en charge dans aucune autre structure recouvre i) les personnes théoriquement capables de vivre en logement autonome adapté avec une aide à domicile, mais qui n'ont pas accès à un logement ou ii) un public plus lourdement handicapé, accueilli théoriquement en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées, mais dont la situation administrative et personnelle ne permet pas, de façon temporaire ou durable, l'accès au dispositif ordinaire.

Les besoins pris en charge par les LHSS et les LAM pourraient donc, en théorie, être couverts par un étayage du dispositif ordinaire – CHU/CHRHS, établissements d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées - par les professionnels de LHSS/LAM pour permettre une prise en charge adéquate de ce public, tenant compte de ces spécificités, dans le milieu ordinaire, à condition qu'un certain nombre de dérogations soient prévues pour que la situation administrative et personnelle de ces personnes en situation complexe ne constitue plus un frein à leur accueil dans le dispositif ordinaire. Faute de telles dispositions réglementaires et dispositifs modulaires et dans un contexte de durcissement de l'inconditionnalité de l'accueil, l'accueil en LHSS et en LAM (et également, en ACT) constitue une solution parfois « par défaut » mais la seule ressource disponible pour les personnes à difficultés

spécifiques, de façon temporaire, et parfois définitive, si leur situation administrative ne permet pas l'accès à un autre mode de logement.

Schéma 2. Besoin spécifique couvert par les LHSS et les LAM



Les LHSS et LAM sont ainsi bien identifiés par les DRJSCS/DDCS comme des structures de soin répondant à un besoin spécifique et remplissant des missions que les structures d'hébergement social d'urgence et temporaire ne peuvent couvrir.

-« Nous avons connaissance de cette offre ; elle est nécessaire et répond bien aux besoins des publics en situation de précarité », DDCS

Adéquation entre le cadrage réglementaire des LAM/LHSS et les besoins

En revanche, l'enquête montre des écarts entre le cadrage réglementaire des LHSS et des LAM et les prises en charge actuellement effectuées en LHSS et LAM à trois niveaux :

- Le **public** accueilli ;
- La **durée de séjour** réglementaire ;
- L'**accompagnement social** qu'on attend du LHSS ou du LAM.

L'enquête a montré une **grande diversité des publics accueillis dans les différents LHSS** et une forme de « spécialisation » des structures en fonction :

- de l'histoire du LHSS et du statut de son organisme gestionnaire,
- de sa localisation (ville ou campagne),
- de ses ressources humaines (présence d'un médecin psychiatre, d'infirmiers 24h/24, etc.),
- de son infrastructure et de son plateau technique (accessibilité pour les personnes en situation de handicap, mixité ou non, etc.),
- de sa capacité à mutualiser ses ressources (LHSS adossé à un CHRS, à un hôpital, etc.),
- etc.

Ainsi, au-delà des critères d'admission réglementaires, les structures définissent leurs propres critères en fonction de la situation médicale et sociale de la personne orientée et de son « adéquation » avec le public déjà pris en charge, etc. L'usage actif de substances illicites peut également constituer un frein à la prise en charge des personnes dans certaines structures. Si cette diversité d'accueil est en principe une richesse sur le territoire, le public accueilli par les LHSS est en pratique très localisé (orientation des

personnes sur des zones infra-départementales / à l'échelle d'une ville le plus souvent), et cette diversité ne permet donc pas actuellement une prise en charge optimale de l'ensemble des besoins identifiés.

Enfin, le **besoin auquel répondent les LHSS est sensiblement différent de ce qui avait été initialement prévu initialement lors de la création des lits infirmiers**, qui permettaient d'offrir un temps de repos à des personnes sans domicile souffrant de pathologies aiguës ponctuelles telles grippe, angine, ou en suites opératoire. Ainsi, aujourd'hui, les LHSS prennent en charge des personnes avec des pathologies plus lourdes (pathologies chroniques) : soit des personnes entrées pour des pathologies aiguës chez lesquelles on diagnostique des pathologies sous-jacentes (neurologiques, psychologiques ou psychiatriques, autres : cancers, etc.) ; soit des personnes que les professionnels orienteraient en LAM et orientent actuellement en LHSS, dans l'attente d'ouverture de places. L'enquête montre que quatre types de situations « sortent » du cadre de la mission réglementaire d'accueil temporaire de personnes sans domicile fixe en besoin de soins médicaux définie dans le décret, et peuvent, de ce fait, être considérées comme des accueils « par défaut » en LHSS :

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

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

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

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

Plusieurs LHSS ont également évoqué des besoins de prise en charge adaptée de mineurs dont les parents sont sans domicile/abri (actuellement pris en charge à l'hôpital). Les besoins de prise en charge dédiés aux femmes sont difficiles à définir, dans la mesure où peu de structures leur sont dédiées, rendant le besoin moins visible.

Les LAM jouent également un rôle de réinsertion, mais pour des personnes en plus mauvais état général, très souvent en état de dépendance physique, qui, si ce n'était leur situation sociale, pourraient, être accompagnées par des établissements médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées : le LAM a en principe ici vocation à leur permettre d'accéder à ces établissements, en les prenant en charge dans l'attente de cette solution. Cependant, dans certains cas, les personnes ne pourront jamais accéder à ces établissements (personnes sans identité par exemple) : d'un lieu de prise en charge temporaire, le LAM devient alors le projet de vie de la personne.

Pour les situations 1, cela ne questionne pas tant la durée réglementaire de prise en charge en LHSS (2 mois renouvelables), qui apparaît suffisante pour couvrir les missions médicales de la structure, que la capacité à travailler avec les administrations en charge de l'instruction des dossiers d'ouverture de droits et les structures d'aval (orientations en hébergement social temporaire SIAO / CHRS, établissements médico-sociaux du secteur PAPH, dispositifs de traitement des demandes d'asile et droits de séjours, etc.) et à imaginer des solutions innovantes – modulaires, coordonnées entre plusieurs acteurs, ou d'accès au logement - pour fluidifier les sorties et limiter les durées de séjour des personnes dont les besoins médicaux ne sont plus ceux nécessitant l'accompagnement d'un LHSS.

Enfin, la perception de la définition de la **mission d'accompagnement social** des LHSS, et en particulier la définition et les limites de ce que la structure considère relever de son rôle en termes d'élaboration du projet de sortie (pour les LHSS) et être une durée de séjour « acceptable » varie considérablement d'une structure à l'autre. Si certaines considèrent devoir accompagner la personne jusqu'à une modalité d'hébergement durable ou de logement, de façon à poursuivre et ne pas perdre le bénéfice du travail entrepris durant l'hébergement en LHSS, d'autres considèrent qu'une sortie en CHU ou hôtel pour quelques nuits peut être acceptable et que le souhait d'attendre une résolution de la

situation sociale pour « faire sortir la personne » peut entraîner une augmentation de la durée de séjour de la personne et une « perte de chance » pour une autre à l'extérieur dont les besoins médicaux le nécessiteraient. L'enquête montre ainsi que, si la **durée de séjour** réglementaire en LHSS est, le plus souvent, conforme au besoin médical qui caractérise la prise en charge dans ce type de structure, la complexité des situations sociales et administratives des personnes accueillies combinée à l'injonction d'éviter les retours à la rue a un effet sur la durée effective de prise en charge (voir tableau sur les durées moyennes de séjour).

Pour finir, il y a quelques situations spécifiques pour lesquelles la durée prévisionnelle de deux mois ne correspond pas au besoin : c'est le cas notamment pour la prise de traitements antituberculeux (voir données départementales), une situation fréquente en région parisienne parmi la population immigrée accueillie en LHSS.

Le cadre réglementaire pourrait donc être précisé en ce qui concerne le public accueilli et les missions des LHSS et LAM afin de mieux répondre aux enjeux de fluidité des parcours et d'insertion des personnes confrontées à des difficultés spécifiques en sortie de LHSS/LAM, ainsi qu'à l'évolution du public accueilli par rapport à celui initialement attendu.

3.2. Efficacité

Rappel des questions de l'étude :

- ▶ Dans quelle mesure les LAM et les LHSS mettent-ils en œuvre de manière efficace les missions définies par le Décret, en particulier sur le volet accompagnement à la reconnaissance des droits, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet de sortie et de vie ?
- ▶ S'appuient-ils sur des modalités d'organisation, de pilotage et de partenariat optimaux ?

Moyens dont disposent les LAM/LHSS pour faciliter l'insertion / l'accès au logement autonome ou en établissement médico-social :

Les LHSS et LAM rencontrent des freins à deux niveaux pour mettre en œuvre leurs missions d'accompagnement social et faciliter l'insertion sociale des personnes accueillies à la suite de leur accueil :

- Les moyens humains et matériels ;
- L'organisation territoriale et leur capacité à créer des liens avec les autres acteurs du parcours, et en particulier les structures d'hébergement, pour faciliter l'insertion des personnes.

Moyens humains et matériels

Des freins ont été identifiés par les structures à plusieurs niveaux :

- Ressources humaines d'accompagnement social : la comparaison des ressources humaines disponibles dans les structures de soin résidentiel, par rapport aux structures d'hébergement temporaire, montre qu'il y a une ressource d'accompagnement disponible moindre dans les LHSS, et que les attentes en termes de missions d'accompagnement doivent donc être adaptées aux capacités disponibles. En LAM en revanche, les ressources sont plus importantes ;

Tableau 16. Ressources sociales comparées des structures de soin résidentiel et accueil temporaire pour remplir leurs missions d'accompagnement social :

Structure	LHSS	LAM	CHRS
Mission d'accompagnement social	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement social personnalisé visant à faire 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les personnes à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale

	reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies • Elaboration d'un projet de sortie individuel	• Elaboration avec la personne d'un projet de vie et mise en œuvre	
Modalités d'accueil	Inconditionnel	Inconditionnel	Inconditionnel (en principe)
Durée réglementaire d'accueil	2 mois renouvelables	/	Durée prévisionnelle de 6 mois

- Connaissance du cadre réglementaire, des structures du territoire (hébergement temporaire et PAPH) et des ressources pour l'accompagnement des personnes en aval de LHSS/LAM par les professionnels de LHSS/LAM, notamment travailleurs sociaux : les professionnels ont à gérer des situations d'une complexité accrue, et très diverses, nécessitant une connaissance des environnements réglementaires, droits et structures d'accueil pour des publics immigrés et en situation de grande précarité sur le territoire. La plupart ont fait part de leur difficulté à maîtriser l'ensemble de ces problématiques, d'un manque de formation et de mise en réseau. Ainsi, les professionnels, notamment travailleurs sociaux des structures LHSS, en charge de faciliter l'accès aux droits pointent la complexification administrative, un manque de formation et de connaissance des différentes solutions de sortie, ainsi qu'un fonctionnement cloisonné avec les SIAO et CHRS.

-« Nous avons parfois des difficultés à connaître le panel de solutions de sorties sur le territoire pour nos publics et le cadre réglementaire spécifique pour nos publics (notamment immigrés), compte tenu de sa complexité et de sa constante évolution. Par exemple, l'accueil en CHRS est-il inconditionnel ou non ? », Travailleur social, LHSS

- Ressources matérielles : les structures ne disposent pas de logiciels leur permettant de tracer les demandes d'orientations en sortie de LHSS par dossier patient et d'objectiver les refus, délais, etc. En l'absence de tels moyens, les orientations se font de façon empirique, en fonction des retours des demandes.
- Appropriation de la mission d'insertion sociale des LAM/LHSS par les professionnels de LAM/LHSS, notamment travailleurs sociaux, et intégration dans les pratiques des LAM/LHSS : on l'a vu précédemment, celle-ci varie entre les structures. L'organisation des LAM/LHSS est également plus ou moins favorable à l'insertion des personnes – ainsi, à titre d'exemple, la localisation du LHSS est un facteur important (un transport et un accès facile des personnes accueillies en LHSS à des cours de langue ou à des formations en ville peut ainsi permettre de faciliter leur insertion) ;

-« Nous avons une personne accueillie qui n'a pas souhaité être orientée vers un LAM car nous sommes localisés en centre-ville contrairement au LAM et la personne n'aurait pas pu continuer ses cours de langue en ville », LHSS

Partenariats avec les autres acteurs du parcours : hébergement social et structures PAPH

L'organisation des LHSS et des LAM, en particulier leurs liens avec les autres acteurs du parcours des personnes, que ce soit l'amont (veille sociale, maraudes, CHU, hôpitaux) ou l'aval (CHRS, structures PAPH, etc.) semble pouvoir être améliorée pour mieux répondre aux enjeux de fluidité des parcours et d'insertion des personnes. Si les LAM et LHSS sont bien parfois une « occasion » dans le parcours d'initier une réinsertion, en lien avec leur capacité à permettre à la personne de « se poser » et/ou de « prendre conscience de la dégradation de son état de santé / d'évoluer dans ses attentes », les personnes interrogées ont indiqué que ces dispositifs pourraient mieux s'inscrire dans le paysage médico-social, de l'hébergement temporaire et pérenne et de l'insertion sociale des personnes, à plusieurs niveaux :

- Partenariats institutionnels et liens avec les structures d'amont/aval : aucun des LHSS ou LAM interrogés dans le cadre de l'étude n'a formalisé de partenariats institutionnels ou conventionnements avec des structures d'aval (hébergement temporaire de type CHRS, soin

résidentiel de type LAM/ACT/CADA ou établissements et services médico-sociaux du secteur PA/PH), mais des structures initient des liens informels ;

- Passerelles entre soin résidentiel et hébergement temporaire : les publics sortants de LHSS ne nécessitant plus les soins ne sont pas spécifiquement identifiés par les SIAO et des procédures communes ne sont pas mises en place pour faciliter les passerelles entre soin résidentiel et hébergement temporaire ; à l'inverse, les SIAO n'ont pas la capacité d'orienter vers les LHSS et LAM sauf lorsqu'un médecin est présent dans la structure, ce qui ne facilite pas le repérage des besoins dans les structures d'hébergement temporaire ; à l'inverse, les personnes sortant de LHSS dont la situation sociale ne permet pas encore l'accès au dispositif ordinaire mais pour lesquelles les soins de LHSS ne sont plus nécessaires ne sont pas identifiées par les SIAO et les CHRS (pas de procédure commune, modalités communes d'évaluation et d'orientation). Enfin, les règles d'accueil en CHRS – et en particulier la capacité d'accueil inconditionnel ou non de ces structures – varient, ne facilitant pas l'orientation par les LHSS.
- Pratiques facilitant le raccourcissement des délais et les sorties de LAM/LHSS : les LAM interrogés ont également indiqué ne pas toujours être perçus par les professionnels des structures d'amont comme des structures d'accueil transitoires à visée de soin résidentiel. En effet, les structures d'amont orientent parfois vers les LAM sans toujours prévoir et préparer la sortie de LAM ; rallongeant ce faisant le délai de traitement des dossiers et d'attente avant l'accès à une solution d'hébergement plus pérenne pour les personnes accueillies. Ainsi, pour que ces structures puissent jouer leur mission d'insertion sans que les durées de séjour augmentent, il faudrait en principe que les professionnels qui orientent vers la structure aient déjà, au préalable, entamé toutes les démarches nécessaires pour faciliter l'accès aux droits et la résolution de la situation sociale des personnes, voire la recherche de places dans des structures d'hébergement plus permanentes pour lesquelles les délais d'attente sont longs en amont ou en parallèle de la demande d'orientation en LHSS/LAM. Ainsi, ce sont souvent les LHSS et LAM qui, initient les démarches, en pratique, ce qui peut engendrer des délais supplémentaires.
-« Les structures qui nous orientent des personnes – y compris LHSS - ne préparent pas forcément la sortie en amont du LAM. Elles font seulement la demande d'orientation en LAM. Le virage ambulatoire a également cet effet que les services hospitaliers n'initient plus toujours des démarches pour préparer la situation post-LHSS/LAM. », Travailleur social, LHSS/LAM
- Outils communs de prise en charge des personnes : les structures indiquent ne pas disposer d'outils communs de suivi du parcours avec les structures d'amont et d'aval.

Enfin, les entretiens témoignent d'un certain « effet filière » entre LHSS et LAM d'une part, entre LHSS et d'autres structures d'autre part en fonction des contextes locaux : ex. passerelles facilitées entre le LHSS et le CHRS en fonction de l'état de santé pour des LHSS adossés à des CHRS ou lorsque la même association gestionnaire gère LHSS et CHRS, hébergement facilité en EHPAD pour des personnes vieillissantes du LHSS lorsque l'organisme gestionnaire de l'établissement gère également des EHPAD (sans qu'ils aient forcément une vocation sociale, mais en raison de la culture du personnel), proximité géographique facilitant les départs en Belgique pour le département du Nord, etc. Le nombre de sorties en établissements médico-sociaux pour personnes à difficultés spécifiques / structures de soin et d'hébergement temporaire (autres LHSS, LAM, ACT) tend ainsi à indiquer que ce sont les seules structures qui accueillent facilement ce type de publics et/ou que les travailleurs sociaux des LHSS tendent à connaître davantage les structures de leur secteur que les autres (il faut noter également que selon l'ampleur des troubles du comportement, cela permet que la personne soit accueillie successivement dans plusieurs lieux pour ménager les équipes durant la durée nécessaire au traitement).

La partie précédente de ce rapport présente les différentes pratiques mises en œuvre par les LHSS et LAM sur les 3 territoires d'enquête pour améliorer ces partenariats.

Pilotage territorial et représentation des usagers

Le pilotage croisé entre ARS et DRJSCS/DDCS, au niveau régional et départemental, ainsi que l'animation croisée des réseaux entre les acteurs de l'hébergement social et du soin résidentiel (SIAO,

associations gestionnaires, etc.) à travers les PRAPS et les plans d'accès au logement paraissent aujourd'hui limitées, ce qui ne facilite pas l'orientation fluide entre les dispositifs. Si les ARS et DRJSCS commencent à croiser les diagnostics territoriaux et à réfléchir à des modalités de conventionnement, en pratique les DRJSCS/DDCS interrogées ont indiqué souhaiter être davantage impliquées dans les comités de pilotage des acteurs de santé œuvrant auprès des publics en situation de précarité. Elles ont également identifié des besoins croissants de santé dans les publics accueillis en CHU et CHRS.

- « *L'exemple du dispositif Un Chez Soi d'Abord est emblématique. A l'inverse des LHSS/LAM, des instances de concertation ont été mises en place, avec un fort pilotage national et des déclinaisons départementales. Créer des instances de l'offre de soin et d'hébergement à destination des publics précaires permettrait de rapprocher les structures et d'améliorer la prise en charge.* », DDCS

Enfin, l'absence d'associations d'usagers, pouvant faciliter l'accès aux droits des personnes et leur représentation, constitue également un frein identifié pour l'accès aux dispositifs de droit commun.

3.3. Impact

Rappel des questions de l'étude :

- ▶ Dans quelle mesure les personnes accueillies en LHSS ou en LAM s'inscrivent-elles dans un parcours et une trajectoire d'insertion sociale de qualité ?
- ▶ Dans quelle mesure les LAM et les LHSS contribuent-ils de manière efficace à cette trajectoire ?
- ▶ Quel est le rôle effectivement joué par les structures dans l'insertion sociale des personnes, notamment à travers les modalités d'accompagnement qu'elles proposent, les liens qu'elles créent avec les acteurs d'amont et leur organisation de la sortie du dispositif ?
- ▶ Les modalités d'entrée en LHSS et LAM permettent-elles de garantir une entrée fluide dans ces dispositifs et une trajectoire d'insertion sociale/un accompagnement optimal pour l'ensemble du potentiel de bénéficiaires concernés ?

La **trajectoire d'insertion sociale** des personnes accueillies en LHSS et LAM, forcément multidimensionnelle, et le **rôle des LHSS et LAM** dans cette trajectoire, sont difficiles à appréhender, mais peuvent l'être notamment par une analyse de l'évolution de la situation des personnes en amont et en aval de l'accueil en LHSS ou LAM. Pour cela, si cette étude se concentre notamment sur l'accès aux droits et la situation d'hébergement/logement des personnes, c'est parce que les entretiens ont montré que cet élément est l'un des facteurs d'insertion les plus importants compte tenu de la spécificité du public accueil en LHSS et LAM (sans abri/domicile à l'entrée) et permet d'appréhender le rôle joué par les LHSS/LAM sur le parcours.

Parmi les **autres dimensions d'accompagnement social** que peuvent travailler les structures auprès des personnes accueillies, les entretiens ont montré que l'accompagnement pour l'accès à des formations ou à l'emploi est généralement considéré comme marginal au vu du public accueilli (la plupart des personnes n'étant pas en capacité de travailler). En revanche, la **prise en charge médicale psychiatrique et la gestion des addictions actives** constitue un élément important, du fait de la prépondérance de ces difficultés chez les personnes accueillies en LHSS et LAM et parce qu'elles constituent un frein important à l'orientation. A cet égard, des pratiques facilitantes ont été identifiées, notamment dans les structures adossées à des CSAPA ou bénéficiant de la présence de psychologues et médecins psychiatres.

Toutes les structures LHSS et LAM interrogées ont indiqué travailler l'insertion sociale des personnes (à minima) : ouverture des droits et solution de sortie), et la plupart ont indiqué éviter les retours à la rue et les sorties en hébergement d'urgence, préférant des solutions plus pérennes. Néanmoins, l'enquête montre que d'un département à l'autre la **part de sorties de LHSS « précaires »** (retours à la rue ou à des solutions d'hébergement d'urgence) **reste variable et élevée** : de 16% dans le 13 à 32% dans le 75. De même, la part de sorties vers des solutions d'hébergement temporaire ou pérenne ou de

logement varie de 25% dans le 75 à 38% dans le Nord. On note cependant que la part des sorties vers des ESMS pour personnes à difficultés spécifiques (dont LAM) parmi celles-ci est conséquente (à titre d'exemple, 45% pour Paris – le détail des données n'étant pas communiqué par toutes les structures), ce qui montre une difficulté à orienter vers le dispositif « ordinaire ».

Par ailleurs, les **durées moyennes de séjour** en LHSS sont supérieures à ce qui était préconisé par le décret. Le nombre limité de réponses renseignées dans les questionnaires d'enquête au cours des années précédentes ne permet pas d'établir avec certitude une augmentation des durées moyennes de séjour, mais on peut noter que les durées moyennes de séjour (2016) calculées lors de l'enquête dans chacun des 3 départements sont supérieures à la durée moyenne de séjour calculée lors du précédent rapport d'évaluation (2013), qui était alors de 2,6 mois.

Cela concorde avec les informations relayées par les structures : viser à faciliter l'accès des personnes accueillies à des solutions d'hébergement durables a pour corollaire une augmentation des durées de séjour, parfois cela est dû au temps nécessaire pour permettre l'accès au droit et l'orientation de la personne, plus qu'à problématique médicale justifiant son maintien en LHSS.

Cela invite à questionner l'impact de l'organisation territoriale actuelle et des relations entre professionnels et structures des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires – notamment soin résidentiel / hébergement temporaire d'une part, soin résidentiel / hébergement PA-PH, - autour du parcours des personnes. Cela questionne également les initiatives mises en place par les structures pour faciliter l'accès au logement autonome, en particulier l'utilisation des dispositifs d'intermédiation locative. Enfin, cela interroge sur la durée de traitement de ces dossiers complexes, qui ne sont généralement pas identifiés comme spécifiquement urgents, et sur la capacité des structures adresseuses à préparer en amont la sortie, en les considérant comme des dispositifs d'hébergement temporaires et non comme « une fin en soi ».

Enfin, en ce qui concerne **l'orientation vers les structures**, les données disponibles semblent indiquer un nombre limité de refus d'admissions ayant pour cause l'inadéquation du dispositif LHSS par rapport à l'état de la personne ou une erreur d'admission (618 refus d'admission sur les 1 055 demandes reçues en 2016, selon les structures ayant renseigné des causes de refus ; les structures déclarant que 35% avaient pour cause un manque de place au moment de la demande, 28% un refus de la structure et 27% un dispositif non adapté à l'état de la personne ou une erreur d'admission, soit environ 160 refus pour inadéquation du dispositif, dont la plupart à Paris). Cela tend à indiquer que le rôle des structures est bien identifié sur le territoire et que les critères d'orientation sont appliqués, malgré quelques disparités territoriales. En revanche, les entretiens ont montré que selon les organisations territoriales (régulation centralisée ou non des entrées en LHSS, à l'échelle départementale ou infra-départementale), variables d'un département à l'autre sur les 3 départements d'étude, les structures adresseuses avaient plus ou moins de facilité à adresser (remplissage de différents dossiers d'admission non-standardisés, différentes procédures de régulation, degré d'information variable des SIAO, etc.) et les SIAO avaient plus ou moins de capacité à orienter (seulement en présence d'un médecin) et de visibilité sur les capacités d'accueil en LHSS du territoire. Si les zones d'attractivité des LHSS restent très locales du fait du public accueilli (territoire infra-départemental, voire agglomération), on peut s'interroger sur l'impact de modalités de régulation infra-départementales (ou de l'absence de régulation) sur la capacité à faciliter l'admission prioritaire des personnes présentant les situations les plus complexes. En outre, ce système ne permet pas de repérage des publics d'hébergement temporaire pouvant nécessiter des soins en LHSS (aggravation de l'état de santé, manque d'autonomie dans la prise de traitements). Le public accueilli est pourtant essentiellement le même, avec une tendance à la dégradation du public accueilli en CHU et CHRS d'un point de vue médical ; la différence se faisant en fonction de l'état de santé et du niveau d'autonomie dans la prise de médicaments.

4. Annexes

4.1. Liste bibliographique

La revue documentaire préliminaire effectuée lors de la phase 0 de cadrage s'est concentrée sur les documents suivants :

4.1.1. Plans et orientations stratégiques des politiques publiques

1. Ministère de la cohésion des territoires, *Plan quinquennal pour le Logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022*, septembre 2017
2. Comité Interministériel de lutte contre les exclusions, *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale : bilan*, avril 2016
3. Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE), *Avis sur la Stratégie nationale de Santé*, octobre 2017
4. CNLE, *Contribution au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, mars 2017
5. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *Plan soins palliatifs 2015-2018*, décembre 2015
6. Observatoire National de la Fin de Vie, *Rapport 2014 fin de vie et précarité*, janvier 2015
7. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *Plan cancer 2014-2019*, février 2014

4.1.2. Rapports d'études de référence nationales et d'évaluation

8. Comité pour la santé des exilés, *Rapport d'observation et d'activité 2017*, août 2017
9. Académie nationale de médecine, *Rapport Précarité, pauvreté et santé*, juin 2017
10. Agence Nouvelle des Solidarités Actives, *Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes*, mai 2016
11. CNLE, *Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2016 - santé et accès aux soins*, octobre 2016
12. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC), *LAM : Evaluation de l'expérimentation*, août 2012
13. Fondation Abbé Pierre, *23^{ème} Rapport sur l'état du mal-logement en France*, février 2018
14. Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes (HCE), *La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*, mai 2017
15. Itinere Conseil / Efect, *Evaluation du dispositif LHSS*, février 2013

4.1.3. Articles universitaires

16. A. Mathe, C. Adam, B. Burucoa, *Fin de vie et précarité : étude descriptive en LHSS et en CAU*, Revue internationale de soins palliatifs, 2017/3 Vol. 32, p. 79-83, mars 2017
17. Y. Benoist, *Tant qu'on a la santé... c'est pire ! L'amélioration paradoxale des conditions de vie de personnes sans-abri*, Anthropologie & Santé [En ligne], novembre 2016
18. E. Jouve, P. Pichon, Les annales de la recherche urbaine, *Le chez-soi, le soi, le soin. L'expérience limite des personnes SDF comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire*, septembre 2015

19. F. Lot, S. Quelet, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, septembre 2017
20. R. Schaerer, *Un accompagnement de fin de vie en LHSS*, Presse universitaire de Grenoble, janvier 2013

4.1.4. Rapports et données d'information sur les 3 départements d'étude

Ile-de-France / 75 :

21. Agence Régionale de Santé, Avis d'appel à projet pour la création de LAM, décembre 2017
22. Agence Régionale de Santé, Avis d'appel à projet pour la création de LHSS, décembre 2017
23. Agence Régionale de Santé, Bilan du Schéma Régional de Prévention (SRP) 2013-2017, mai 2017
24. Agence Régionale de Santé, Bilan du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) 2013-2017, mai 2017
25. Agence Régionale de Santé, Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale, 2013-2017
26. Convention ARS/DRJSCS, septembre 2016
27. DRJSCS, Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale : feuille de route 2016/2017, décembre 2016
28. DDCS, Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale : feuille de route à Paris, juillet 2016
29. ARS Ile-de-France (avec le soutien de la FNARS Ile-de-France et de la DRIHL), Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement, octobre 2016

Hauts-de-France / 59 :

30. Agence Régionale de Santé, Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS), version soumise à consultation, janvier 2018
31. Agence Régionale de Santé, Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS Nord-Pas-de-Calais), 2012-2017
32. Agence Régionale de Santé, Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale, 2012-2016
33. Agence Régionale de Santé, Nombre de places en LAM/LHSS et cartes figées au 15 décembre 2017
34. DRJSCS, Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale : déclinaison 2016/2017

PACA / 13 :

35. Agence Régionale de Santé, Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS), 2012-2016
36. Agence Régionale de Santé, Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale, 2012-2016
37. DRJSCS, Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale : feuille de route 2016/2017, mars 2016

4.2. Grilles d’analyse

Pour chaque question, une fiche présente la démarche analytique pour :

- ▶ Définir les principaux enjeux associés à la question posée ;
- ▶ Définir des critères de jugement, référentiels pour formuler un jugement en réponse à la question posée ;
- ▶ Identifier, pour chaque critère, des indicateurs (données quantitatives) et des descripteurs (données qualitatives) permettant de se positionner par rapport aux critères de jugement et aux types d’analyses envisagés.
- ▶ Identifier les sources d’information permettant de renseigner les indicateurs et les descripteurs définis : documents existants ou cibles de la collecte de données qui sera conduite en phase 1 (*voir plan de collecte au chapitre 4*)
- ▶ Anticiper les éventuelles limites attendues en termes de disponibilité et/ou de qualité des données notamment.

4.2.1. Pertinence et cohérence des LAM et des LHSS dans leur environnement

- Le rôle, les missions et l’organisation des LHSS et des LAM sont-ils adaptés pour répondre aux enjeux de fluidité des parcours et d’insertion des personnes ?
- Les dispositifs s’inscrivent-ils de manière cohérente dans le paysage médico-social, de l’hébergement et de l’insertion sociale et professionnelle ?

Enjeux de l’analyse :

Le rôle, les missions et l’organisation des LHSS et des LAM, tant au niveau de l’accompagnement médical que social, ont été définies par décret. L’étude visera à évaluer dans quelle mesure ils sont adaptés pour répondre aux enjeux de fluidité des parcours et d’insertion des personnes.

Par ailleurs, l’étude visera à évaluer dans quelle mesure les LHSS et les LAM, en tant que nouvelles structures issues d’expérimentations, répondent à un besoin non couvert par d’autres dispositifs et s’inscrivent de façon cohérente dans le paysage médico-social, de l’hébergement et de l’insertion sociale et professionnelle des personnes accueillies : connaissance réciproque, complémentarité des missions et accompagnements, organisation de la coordination entre les différents dispositifs/outils partagés, etc.

Les dispositifs visent en effet à accueillir des personnes « ne pouvant être prises en charge par d’autres structures » et ont donc vocation à combler un « vide » laissé entre la prise en charge hospitalière et la prise en charge en ambulatoire pour des pathologies qui nécessitent un hébergement a minima temporaire.

Critères de jugement	Sous-critères et propositions d’indicateurs / descripteurs	Sources d’information et outils d’analyse
1.1 Le cadre réglementaire des LHSS et des LAM est adapté pour répondre aux enjeux de fluidité des parcours et d’insertion des personnes confrontées à des difficultés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les LHSS/LAM répondent à des besoins réels et identifiés de prise en charge et de fluidification des parcours des personnes : identification des besoins existants et leur évolution (de la création des dispositifs à 2018), cohérence entre missions/besoins existants, besoins d’évolution de prise en charge (en lien avec le critère 1.2)... ▪ Les LHSS/LAM ont des missions d’accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire, Entretiens, Enquête de terrain ▪ Cartographie des besoins, matrice adéquation

- Le rôle, les missions et l'organisation des LHSS et des LAM sont-ils adaptés pour répondre aux enjeux de fluidité des parcours et d'insertion des personnes ?
- Les dispositifs s'inscrivent-ils de manière cohérente dans le paysage médico-social, de l'hébergement et de l'insertion sociale et professionnelle ?

spécifiques.	<p>et d'insertion sociale suffisantes et adaptées pour faciliter l'insertion sociale des personnes à la suite de leur accueil : place de l'accompagnement vs. autres missions, compréhension par les LHSS/LAM de leur mission d'accompagnement social définie par décret...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La durée d'accueil est adaptée pour remplir ces missions et mettre en œuvre un objectif d'insertion sociale si celui-ci est justifié ▪ Ces missions et les ressources dont disposent les LHSS et les LAM pour les remplir suffisent à garantir l'insertion sociale de la majorité des personnes accueillies à la suite de leur accueil (ex. le taux de « sorties réussies » à définir avec les structures, cf. non-retour à la rue / insertion sociale des personnes, rupture de l'isolement, hébergement durable, recouvrement des droits, accès aux soins, etc.) 	mission/ besoins
1.2 Les LHSS et les LAM répondent à un besoin non-couvert par d'autres structures et s'inscrivent de façon cohérente dans l'écosystème d'accompagnement des personnes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les LHSS/LAM connaissent les dispositifs existants sur leur territoire. ▪ Ils remplissent des missions complémentaires (répertoire de ressources, portage associatif, organisation d'un passage de relais à d'autres dispositifs si la situation est « stabilisée », etc.). ▪ Les LHSS/LAM sont connus des dispositifs existants sur le territoire, qui font appel à eux pour le public pour lequel ils sont le plus adaptés (nombre de redus de prise en charge/orientations inadaptées, degré de connaissance des LHSS/LAM sur le territoire, etc.). ▪ Aucun autre dispositif ne pourrait répondre (mieux) aux besoins médico-sociaux identifiés des personnes accueillies en LHSS/LAM que ces structures. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire, Entretiens, Enquête de terrain ▪ Cartographie des acteurs et dispositifs ▪ Modélisation de parcours-type (théorique/ réel)

4.2.2. Efficacité

- Dans quelle mesure les LAM et les LHSS mettent-ils en œuvre de manière efficace les missions définies par le Décret, en particulier sur le volet accompagnement à la reconnaissance des droits, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet de sortie et de vie ?
- S'appuient-ils sur des modalités d'organisation, de pilotage et de partenariat optimaux ?

Enjeux de l'analyse :

L'analyse évaluera dans quelle mesure et comment les structures mettent en œuvre les missions qui leur sont confiées, en particulier sur le volet accompagnement social et préparation/ mise en œuvre des projets de sortie (LHSS) et projets de vie (LAM). En particulier, il importera d'analyser le pilotage, l'organisation et

- Dans quelle mesure les LAM et les LHSS mettent-ils en œuvre de manière efficace les missions définies par le Décret, en particulier sur le volet accompagnement à la reconnaissance des droits, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet de sortie et de vie ?
- S'appuient-ils sur des modalités d'organisation, de pilotage et de partenariat optimaux ?

le fonctionnement des dispositifs dans les territoires, à la fois au niveau de chaque organisme gestionnaire (méthodes de travail, ressources mobilisées, coordination interne, etc.), et plus largement au niveau du pilotage et d'articulation les autres acteurs intervenant en entrée et en sortie de dispositif (et dans le champ de l'insertion des personnes plus globalement.

Plusieurs enseignements issus des entretiens de cadrage indiquent des variations entre territoires (voire entre structures gestionnaires) à différents niveaux, avec des organisations territoriales susceptibles d'influencer le parcours des personnes et leur trajectoire d'insertion sociale :

- i) modalités de pilotage et de fonctionnement interinstitutionnel,
- ii) écosystèmes territoriaux d'accompagnement des personnes accueillies en LHSS/LAM, modalités d'animation territoriale des acteurs du parcours de ces personnes, niveau de connaissance réciproque et de collaboration établi,
- iii) modalité d'organisation des LHSS/LAM.

Critères de jugement	Sous-critères et propositions d'indicateurs / descripteurs	Sources d'information et outils d'analyse
<p>2.1 Les LHSS/LAM mettent bien en œuvre les missions confiées, utilisent les moyens financiers disponibles pour remplir toutes leurs missions et ont une organisation interne qui facilite l'insertion des personnes accueillies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les actions mises en place, moyens mobilisés (personnel, moyens financiers...), temps consacré à l'accompagnement social et à l'élaboration du projet de sortie/ de vie correspondent au niveau de financement accordé aux places de LHSS/LAM et facilitent l'insertion des personnes. ▪ Des partenariats et conventionnements institutionnels sont développés pour faciliter les projets de sortie/vie. ▪ L'accompagnement médical et social et la prise en charge des comorbidités (troubles psychiatriques, stress post-traumatique, addiction, etc.) au sein de la structure facilitent l'insertion en sortie. ▪ La structure a mis en place des solutions innovantes pour faciliter l'insertion des personnes, la prise en charge en logement fixe/par d'autres structures (formations croisées, tuilage/recours mutuel, engagement de prise en charge en cas de difficulté, etc.). ▪ Les LHSS/LAM ont mis en place et suivent régulièrement des indicateurs de mesure du nombre de projets de sortie/de vie réalisés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire, Entretiens (organismes gestionnaires principalement), Enquête de terrain ▪ Bilan physique et financier des activités des LAM/ LHSS ▪ Analyse comparative et identification de bonnes pratiques

- Dans quelle mesure les LAM et les LHSS mettent-ils en œuvre de manière efficace les missions définies par le Décret, en particulier sur le volet accompagnement à la reconnaissance des droits, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet de sortie et de vie ?
- S'appuient-ils sur des modalités d'organisation, de pilotage et de partenariat optimaux ?

2.2 Le mode de pilotage territorial des LHSS/LAM favorise la concertation entre institutions en charge des politiques publiques sanitaires et sociale et le pilotage transversal des parcours.

- Les ARS et les DRJSCS se concertent sur la mise en œuvre territoriale des politiques publiques. Cette concertation est contractualisée par une convention.
- Les institutions en charge des politiques sociales, de l'hébergement et de l'accès au logement (DRJSCS/DDCS et la DRIHL en Ile-de-France) sont associées au diagnostic des besoins, à la réflexion stratégique, à la programmation et au pilotage des LHSS/LAM. Ces engagements sont contractualisés dans le cadre d'une convention entre ces institutions.
- Les orientations stratégiques fixées par l'ARS pour les LHSS/LAM prennent en compte l'amélioration de la qualité de service / des parcours.
- Revue documentaire, Entretiens, Enquête de terrain
- Analyse comparative et identification de bonnes pratiques

2.3 Le mode d'animation territoriale des dispositifs LHSS/LAM et leurs interactions avec les autres acteurs du parcours favorisent la prise en charge transversale des problématiques médicales et sociales des personnes et la coordination.

- Les structures porteuses de LHSS/LAM ont une double compétence sanitaire/sociale et/ou s'appuient sur des partenariats avec des acteurs du champ sanitaire et social.
- Les outils et modalités d'accompagnement médico-social de la personne utilisés par les LHSS/LAM favorisent sa prise en charge globale et transversale.
- Des partenariats formels ou informels existent entre les LAM/LHSS et les autres acteurs du parcours.
- Des modalités communes de partage d'information et d'évaluation médico-sociale formelles ou informelles existent.
- Des modalités de formations croisées entre les acteurs du parcours existent.
- Revue documentaire, Entretiens, Enquête de terrain
- Analyse comparative et identification de bonnes pratiques

4.2.3. Impact

- Dans quelle mesure les personnes accueillies en LHSS ou en LAM s'inscrivent-elles dans un parcours et une trajectoire d'insertion sociale de qualité ?
- Dans quelle mesure les LAM et les LHSS contribuent-ils de manière efficace à cette trajectoire ? Quel est le rôle effectivement joué par les structures dans l'insertion sociale des personnes, notamment à travers les modalités d'accompagnement qu'elles proposent, les liens qu'elles créent avec les acteurs d'amont et leur organisation de la sortie du dispositif ?
- Les modalités d'entrée en LHSS et LAM permettent-elles de garantir une entrée fluide dans ces dispositifs et une trajectoire d'insertion sociale/un accompagnement optimal pour l'ensemble du potentiel de bénéficiaires concernés ?

Enjeux de l'analyse :

L'analyse examinera dans quelle mesure les parcours de vie et de santé des personnes accueillies en LHSS et LAM – par définition complexes, non-linéaires et se caractérisant par un cumul de problématiques sociales et médicales (somatiques et/ou psychiques ou psychiatriques) – sont améliorés par l'accueil au sein de la structure et dans quelle mesure leur insertion sociale en sortie est favorisée par le passage en LHSS/LAM.

Pour ce faire, l'analyse examinera l'organisation des LHSS et des LAM à deux niveaux :

- Au **niveau institutionnel**, nous examinerons dans quelle mesure les partenariats, conventionnements et recours au bénévolat par les structures, leur organisation interne et les prises en charge qu'elles proposent contribuent à favoriser l'insertion sociale des personnes.
- Au **niveau des prises en charge individuelles**, nous examinerons dans quelle mesure les prises en charge en LAM/LHSS favorisent l'insertion sociale des personnes :
 - i. travail engagé pour aider la personne à reconstruire son historique, prise de contacts éventuels avec des intervenants autour de la personne en amont de son accueil en LHSS ou LAM,
 - ii. travail engagé pour aider la personne à recouvrer ses droits, éventuellement retrouver l'accès à l'emploi,
 - iii. travail engagé pour rompre son isolement, éventuellement restaurer les liens familiaux et/ou identifier des référents professionnels autour de la personne,
 - iv. travail engagé pour repérer/diagnostiquer et/ou prendre en charge certaines problématiques venant complexifier l'accompagnement de la personne (prise en charge des conduites addictives, médiation cognitive, engagement d'une prise en charge thérapeutique si besoin, etc.),
 - v. travail engagé avec la personne pour identifier une solution de sortie satisfaisante et en faciliter l'appropriation, prise de contacts éventuels avec des intervenants d'aval pour faciliter la continuité de la prise en charge,
 - vi. Etc.

Critères de jugement	Sous-critères descripteurs	et propositions d'indicateurs	Sources d'information et outils d'analyse
3.1 Les modalités de régulation et d'organisation des orientations et des entrées en LHSS/LAM permettent une entrée fluide dans le dispositif.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La régulation des entrées est assurée de manière partenariale ▪ Des innovations / expérimentations chez les autres acteurs d'amont créent des alternatives à la prise en charge en LAM/LHSS et facilitent la prévention de la dégradation des situations en hébergement social amenant une orientation en LAM/LHSS. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire, Entretiens, Enquête de terrain ▪ Analyse de parcours

- Dans quelle mesure les personnes accueillies en LHSS ou en LAM s'inscrivent-elles dans un parcours et une trajectoire d'insertion sociale de qualité ?
- Dans quelle mesure les LAM et les LHSS contribuent-ils de manière efficace à cette trajectoire ? Quel est le rôle effectivement joué par les structures dans l'insertion sociale des personnes, notamment à travers les modalités d'accompagnement qu'elles proposent, les liens qu'elles créent avec les acteurs d'amont et leur organisation de la sortie du dispositif ?
- Les modalités d'entrée en LHSS et LAM permettent-elles de garantir une entrée fluide dans ces dispositifs et une trajectoire d'insertion sociale/un accompagnement optimal pour l'ensemble du potentiel de bénéficiaires concernés ?

<p>3.2 L'accueil en LHSS ou LAM a permis de repérer, diagnostiquer et démarrer une prise en charge des problématiques sous-jacentes et cela contribue à l'insertion sociale de la personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation des structures pour le repérage/diagnostic et l'initiation d'une prise en charge durable des conduites addictives, des pathologies psychiatriques et autres problématiques sous-jacentes (partenariats, actions thérapeutiques, ressources humaines et matérielles, etc.) ▪ Capacité des structures à proposer des prises en charge innovantes et structurantes en réponse aux difficultés spécifiques des publics qu'ils accueillent (remédiation cognitive, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire, Entretiens, Enquête de terrain ▪ Analyse de parcours
<p>3.3 Une fois qu'elles ont été accueillies en LAM et LHSS, les parcours des personnes deviennent plus fluides. L'organisation des projets de vie et sorties de LAM/LHSS permet une insertion durable des personnes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le LHSS/LAM a mis en place des objectifs de diminution des retours à la rue/hébergements précaires en sortie et/ou poursuit-il l'accompagnement au-delà de la sortie lorsque la solution d'hébergement identifiée n'est pas durable. ▪ Une orientation en sortie est systématiquement proposée à la personne et travaillée avec la personne et avec des structures d'accueil potentielles. ▪ Un suivi des personnes sorties à 6 mois/1-2 ans est effectivement mis en place et réalisé. ▪ Des solutions d'hébergement durables/logement fixe sont proposées et mises en œuvre, avec un accompagnement médical si besoin ou tout autre accompagnement nécessaire (accès aux droits, soins, à l'emploi, etc.). Le LAM/LHSS a mis en place des partenariats avec des structures d'hébergement précaire et/ou durable en sortie pour faciliter les sorties. ▪ Des innovations/expérimentations chez les acteurs d'aval facilitent l'hébergement durable des personnes en sortie de LAM/LHSS. ▪ Un accompagnement adapté à la fin de vie est mis en place au sein des LAM/LHSS pour les personnes qui le nécessitent. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire, Entretiens, Enquête de terrain ▪ Analyse de parcours

4.2.4. Prospective

- Quels ajustements en termes de mission, rôle et organisation des LAM et des LHSS pour mieux répondre aux besoins des publics bénéficiaires en complémentarité avec le paysage existant (décret) ?
- Quelles améliorations – rôle/missions, organisations, ressources humaines et matérielles, modalités de prise en charge, partenariats, etc. – pour renforcer le rôle des LAM et des LHSS dans l’insertion des personnes en sortie de dispositif LHSS (si un tel renforcement se justifie) et/ou dans la construction d’un projet de vie satisfaisant (cas des LAM) ?
- Quels ajustements en termes de pilotage et d’organisation des LAM et LHSS pour renforcer les complémentarités et les synergies, éviter les « erreurs » d’orientation ou les goulots d’étranglement à l’entrée, prioriser les situations les plus critiques ? Comment trouver des solutions de sortie satisfaisantes eut égard aux aspirations des personnes accueillies ?

Enjeux de l’analyse :

L’analyse évaluera dans quelle mesure les ajustements en termes de mission, rôle et organisation des LAM/LHSS, modalités de pilotage et modalités de travail collaboratif avec leur écosystème peuvent contribuer à améliorer l’insertion sociale des personnes accueillies, particulièrement autour des dimensions suivantes :

- Tendre vers une meilleure couverture de l’ensemble des besoins avec le dispositif actuel – organiser le recours gradué aux dispositifs et la juste prise en charge en fonction des besoins au bon moment, prioriser les situations les plus urgentes/complexes sur les places disponibles en LHSS/LAM, etc.*
- Eviter l’engorgement du dispositif - organiser le repérage en amont et éviter la dégradation des situations entraînant un recours aux LHSS/LAM lorsque c’est possible, par exemple en appuyant la prise en charge sanitaire au sein des structures d’hébergement social,*
- S’assurer qu’il reste un dispositif de recours et que l’insertion / le retour vers le dispositif ordinaire est facilité - organiser la sortie fluide des LHSS/LAM, organiser le retour vers le dispositif ordinaire et le recours des professionnels dédiés, permettre des allers-retours fluides entre les dispositifs en cas d’aggravation de la situation de la personne.*

Critères de jugement	Indicateurs / descripteurs	Sources d’information
3.3.4.1 Evolutions à prévoir dans les modalités de cadrage réglementaire, pilotage et organisation des LAM/LHSS au service du parcours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Missions et ressources prévues pour l’accompagnement du parcours par les LAM/LHSS ▪ Partage des rôles et responsabilités avec les autres structures du parcours et modalités d’articulation ▪ Modalités de pilotage et d’animation nationale, régionale, départementale et infra-départementale ▪ Modalités d’implication des institutions ▪ Modalités d’animation de l’échange de pratiques entre LAM/LHSS et avec les autres acteurs du parcours 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens de cadrage ▪ Enquête de terrain
3.3.4.2 Evolutions à prévoir dans les modalités d’accompagnement des	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modalités innovantes de prise en charge et d’accompagnement des personnes et de leur parcours par les LAM/LHSS (rôle éventuel de la pair aidance, remédiation cognitive, prise en charge des 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revue documentaire ▪ Entretiens de

- Quels ajustements en termes de mission, rôle et organisation des LAM et des LHSS pour mieux répondre aux besoins des publics bénéficiaires en complémentarité avec le paysage existant (décret) ?
- Quelles améliorations – rôle/missions, organisations, ressources humaines et matérielles, modalités de prise en charge, partenariats, etc. – pour renforcer le rôle des LAM et des LHSS dans l’insertion des personnes en sortie de dispositif LHSS (si un tel renforcement se justifie) et/ou dans la construction d’un projet de vie satisfaisant (cas des LAM) ?
- Quels ajustements en termes de pilotage et d’organisation des LAM et LHSS pour renforcer les complémentarités et les synergies, éviter les « erreurs » d’orientation ou les goulots d’étranglement à l’entrée, prioriser les situations les plus critiques ? Comment trouver des solutions de sortie satisfaisantes eut égard aux aspirations des personnes accueillies ?

<p>personnes pour faciliter leur insertion sociale, pour les LAM/LHSS et pour les autres acteurs du parcours</p>	<p>addictions, accompagnement des sorties, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modalités, périmètre, organisation de la régulation des orientations et des entrées, modalités de priorisation des situations ▪ Modalités de prévention de la dégradation des situations et d’accompagnement médical au sein des structures d’amont ▪ Modalités de facilitation de l’accueil dans les structures d’aval, d’accompagnements partagés, etc. 	<p>cadrage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquête de terrain
--	--	---

4.3. Entretiens réalisés

Les entretiens exploratoires suivants ont été réalisés :

ORGANISME	NOM/PRENOM	FONCTION	DATE
National			
SDFE	ARMAND Clémence	Chargée de mission emploi et lutte contre les discriminations	11 janvier
DGOS	BERTSCH Adeline	Chargée de mission accès aux soins des personnes en situation de précarité – prise en charge des addictions	22 janvier
DGS	AMBROISE Patrick	Sous-directeur adjoint de la de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques	24 janvier

La liste des entretiens réalisés dans chacun des 3 départements d'enquête est incluse dans chaque annexe départementale.

4.4. Guides d'entretiens

Les guides d'entretiens semi-directifs sont différenciés en fonction des types d'acteurs/personnes interrogé(e)s. Ils sont organisés pour répondre aux différentes questions évaluatives posées par le référentiel d'étude.

Structures porteuses de LAM/LHSS

Deux guides d'entretiens semi-directifs distincts sont distribués : un pour les LHSS, un pour les LAM.

TYPE	GUIDE D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIF
STRUCTURE PORTEUSE	<p>Guide d'entretiens pour les LAM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Introduction / rappel des objectifs, du contexte et du périmètre de l'étude ▶ Organisation de la structure et partenariats institutionnels : historique, nature, portage, modalités de gestion, dimensionnement, mixité ou non, personnels/ETP, statuts, mutualisations éventuelles, partenariats institutionnels (prise en charge/parcours) ▶ Typologie des publics accueillis et parcours : typologie- hommes/femmes, spécificités (mineurs, migrants), profils médico-sociaux, parcours, degré de correspondance par rapport au public ciblé par le décret ▶ Organisation des entrées : origines des orientations, modalités d'orientation, conditions d'admission, modalités d'admission, outils et procédures d'admission, rôle des professionnels, prise de contacts éventuels avec des acteurs d'amont, prise en compte des différents publics, refus et motifs de refus, enjeux/difficultés rencontrées, leviers identifiés, actions innovantes ▶ Organisation de la prise en charge / perception du rôle du LAM comme outil d'insertion sociale et d'appui au parcours : durée moyenne de séjour, facteurs d'explication des durées, formes d'accompagnement médico-social organisées par la structure (notamment en appui au parcours / à l'insertion sociale), etc. ▶ Organisation des projets de vie / sorties / appui à l'insertion sociale : outils, partenariats et procédures, modalités d'organisation, rôle des professionnels, prise de contacts avec des acteurs d'aval, perception de leur rôle à ce niveau par les professionnels de la structure, définition du « projet de vie », définition de « l'insertion sociale », rôle, missions et priorités de la structure dans l'insertion sociale de la personne, enjeux/difficultés rencontrées, leviers identifiés, actions innovantes, suivi à 6 mois/1-2 ans : modalités (RH/outils), résultats, dimensionnement et analyse des ruptures/échecs ▶ Organisation éventuelle de la fin de vie dans l'institution ▶ Connaissance des autres acteurs du parcours : partenariats, interconnaissance/liens informels, procédures, modalités de travail et outils, etc. ▶ Modalités de pilotage et d'animation territoriale en lien avec l'ARS, les autres structures, d'autres acteurs du parcours : liens/réunions, partenariats formalisés ou non, animation formalisée, modalités d'information réciproque, outils communs,

	<p>etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilisation des financements alloués à la place pour remplir les 3 missions du LAM ▶ Analyse prospective, pistes d’amélioration ▶ Attentes envers l’étude / points d’attention ▶ Personnes ressources / coordonnées des partenaires et personnes accueillies ▶ Recueil de données complémentaires, le cas échéant <p>Les guides seront déclinés différemment pour les Directions (focus sur les aspects stratégiques, institutionnels, organisationnels et partenariaux) et pour les équipes (focus sur les outils, procédures, constats de terrain et la connaissance des publics).</p> <p>Guide d’entretiens pour les LHSS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Introduction / rappel des objectifs, du contexte et du périmètre de l’étude ▶ Organisation de la structure et partenariats institutionnels : historique, nature, portage, modalités de gestion, dimensionnement, mixité ou non, personnels/ETP, statuts, mutualisations éventuelles, partenariats institutionnels (prise en charge/parcours) ▶ Typologie des publics accueillis et parcours : typologie- hommes/femmes, spécificités (mineurs, migrants), profils médico-sociaux, parcours, degré de correspondance par rapport au public ciblé par le décret ▶ Organisation des entrées : origines des orientations, modalités d’orientation, conditions d’admission, modalités d’admission, outils et procédures d’admission, rôle des professionnels, prise de contacts éventuels avec des acteurs d’amont, prise en compte des différents publics, refus et motifs de refus, enjeux/difficultés rencontrées, leviers identifiés, actions innovantes ▶ Organisation de la prise en charge / perception du rôle du LHSS comme outil d’insertion sociale et d’appui au parcours : durée moyenne de séjour, facteurs d’explication des durées, formes d’accompagnement médico-social organisées par la structure (notamment en appui au parcours / à l’insertion sociale), modalités de repérage et diagnostic de comorbidités/pathologies, etc. ▶ Organisation des projets de sortie / sorties / appui à l’insertion sociale : outils, partenariats et procédures, modalités d’organisation, rôle des professionnels, prise de contacts avec des acteurs d’aval, perception de leur rôle à ce niveau par les professionnels de la structure, définition du « projet de vie », définition de « l’insertion sociale », rôle, missions et priorités de la structure dans l’insertion sociale de la personne, enjeux/difficultés rencontrées, leviers identifiés, actions innovantes, suivi à 6 mois/1-2 ans : modalités (RH/outils), résultats, dimensionnement et analyse des ruptures/échecs ▶ Organisation éventuelle de la fin de vie dans l’institution ▶ Connaissance des autres acteurs du parcours : partenariats, interconnaissance/liens informels, procédures, modalités de travail et outils, partage d’information/SI, formations croisées, etc. ▶ Modalités de pilotage et d’animation territoriale en lien avec l’ARS, les autres structures, d’autres acteurs du parcours : liens/réunions, partenariats formalisés ou non, animation formalisée, modalités d’information réciproque, outils communs, etc. ▶ Utilisation des financements alloués à la place pour remplir les 3 missions du LHSS ▶ Analyse prospective, pistes d’amélioration ▶ Attentes envers l’étude / points d’attention ▶ Personnes ressources / coordonnées des partenaires et personnes accueillies ▶ Recueil de données complémentaires, le cas échéant
<p>INSTITUTION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Introduction / rappel des objectifs, du contexte et du périmètre de l’étude ▶ Connaissance des LAM/LHSS et perception ▶ Connaissance du public-cible de LAM/LHSS et perception, enjeux d’insertion sociale, difficultés rencontrées sur le parcours, leviers éventuels, actions innovantes/expérimentations ▶ Connaissance des autres acteurs du parcours et perception ▶ Attentes envers l’étude / points d’attention ▶ Personnes ressources / acteurs du parcours à interroger ▶ Recueil de données complémentaires, le cas échéant <p>Les questions seront distinguées en fonction des types d’interlocuteurs et de leurs dispositions/engagements éventuels à l’égard des publics accueillis en LAM/LHSS, ex. MDPH</p>

	<p>(commissions des situations critiques, démarche Une réponse accompagnée pour tous, simplification administrative et partage d'informations/SI), CPAM (démarche PLANIR, facilitation de l'accès aux droits, simplification administrative, partage d'informations/SI, rôle des CES et partenariats éventuels)</p>
<p>ACTEUR DU PARCOURS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction / rappel des objectifs, du contexte et du périmètre de l'étude • Nature de la structure (statut, pilotage, financement) • Degré de connaissance des LAM/LHSS du territoire / partenariats formels et informels / fréquence de mobilisation pour des personnes accueillies, formations croisées • Positionnement sur le parcours : amont et/ou aval de LAM/LHSS • Modalités d'orientation de votre structure en LAM/LHSS : critères et profils-types, procédures, outils, solutions alternatives en cas de refus, partage d'information/SI, enjeux/difficultés, leviers • Modalités d'orientation par les LAM/LHSS vers votre structure : critères et profils-types, procédures, outils, partage d'informations/SI, enjeux/difficultés, leviers, solutions alternatives en cas de refus • Perception de la plus-value des LAM/LHSS comme outil au service du parcours / de l'insertion • Limites / enjeux / difficultés rencontrées dans la structure, dans le parcours des personnes, avec les LAM/LHSS • Pistes d'amélioration / évolutions / perspectives au regard du parcours/de l'insertion sociale • Attentes envers l'étude / points d'attention • Personnes ressources / acteurs du parcours à interroger • Recueil de données complémentaires, le cas échéant <p>Les questions seront distinguées en fonction des rôles et missions des différents acteurs du parcours (PASS/services hospitaliers, hébergement social, SSIAD précarité, SIAO, ESMS PA/PH, équipe mobile psychiatrie précarité, ACT, etc.). Exemple de questions spécifiques pour les SIAO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation du/des SIAO du département (guichet unique ou non, organisation des hébergements d'urgence, etc.) • Mobilisation réciproque avec les LAM/LHSS (entrée et/ou sortie) • Modalités communes d'évaluation des situations / priorisation / adressage réciproque • Pistes d'amélioration / évolutions / perspectives au regard du parcours/de l'insertion sociale
<p>BENEFICIAIRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Information et recueil du consentement de la personne ▶ Introduction / rappel des objectifs, du contexte et du périmètre de l'étude ▶ Description de la situation de la personne et de son parcours - notamment entrée/sortie de LAM ou LHSS ▶ Perception du rôle joué par le LAM/LHSS dans le parcours de la personne ▶ Pistes d'amélioration éventuelles ▶ Attentes envers l'étude / points d'attention <p>Les questions sont adaptées en fonction du profil de la personne : accueillie dans la structure et en cours d'élaboration de son projet de sortie/vie, en sortie « réussie » / « échec »</p>

7.1

4.5. **Glossaire**

ACT : appartement de coordination thérapeutique
ARS : Agence Régionale de Santé
ASSAB : Accès aux soins et la continuité des soins des personnes sans abri
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CSP : Code de la Santé publique
CSS : Code de la Sécurité sociale
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
DR(D)JSCS : Direction régionale (et Départementale) de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ESMS : Etablissements et Services Médico-sociaux
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS : Lits Halte Soins de Santé
MAS : Maison d'accueil spécialisée
OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
SIAO : Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation
USLD : Unités de soins de longue durée

