

2017

LITS HALTE SOINS SANTÉ

Carole JOLLAIN

Directrice

Dr Marie Astrid BRENOT

Médecin Coordonnateur

Pierre ROCHEBOUET

Chef de service paramédical

Laurent LEROY

Chef de service éducatif

Yveline FAYON

Cheffe de service collectivité

156 boulevard d'Austrasie
54000 Nancy

Tél. : 03 83 30 43 00

Fax : 03 83 35 27 96

Courriel :

lhss@asso-ars.org



MISSION

Accueillir des personnes majeures sans domicile fixe, ayant une ou des pathologies ne relevant pas d'une hospitalisation et dont l'état de santé est incompatible avec la vie à la rue.

Proposer un hébergement, un service de restauration et de blanchisserie, dispenser des soins paramédicaux, proposer un accompagnement médico-social adapté.

FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé Grand Est – assurance maladie

CAPACITÉ

20 lits de soins

ÉQUIPE

Personnel administratif

1 directeur	0,25 ETP
1 secrétaire	0,20 ETP
1 agent administratif	0,30 ETP

Personnel social

1 chef de service	0,20 ETP
1 travailleur social	1,00 ETP

Personnel technique

1 chef de service collectivité	0,20 ETP
1 adjoint d'économat	0,59 ETP
3 agents de service	2,50 ETP
1 moniteur d'atelier cuisine	0,30 ETP

Personnel médical et paramédical

1 médecin	0,15 ETP
1 chef de service paramédical	0,50 ETP
1 infirmière de coordination	1,00 ETP
2 infirmiers	2,00 ETP
1 aide soignant de nuit	0,68 ETP
4 aides soignants	4,00 ETP

ACTIVITÉS 2017

Public

51 personnes différentes
55 personnes accueillies sur l'année :
7 femmes seules
48 hommes seuls

Problématiques de santé

Les personnes peuvent avoir plusieurs problématique de santé

Addictions	23
Altération de l'état général	21
Complications liées à l'alcoololo dépendance	20
Psychiatrie	18
Traumatologie + orthopédie	16
Chirurgie	13
Neurologie	12
Pneumologie	9
Cardiologie	8
Maladies infectieuses.....	8
Soins dentaires.....	4
Urologie + néphrologie	4
Handicap sensoriel	4
Hépto-Gastro-Entérologie HGE	3
Dermatologie	3
ORL	3
Cancérologie	2
Endocrinologie.....	2
Gynécologie	2
Gériatrie.....	2
Phlébologie	1
Hématologie	1

Activité

Taux d'occupation : 97,71%
7 133 journées réalisées

Flux

36 personnes admises
39 personnes sorties

Orientations à l'issue de la prise en charge

Départs volontaires	4 personnes
Fin de prise en charge	7 personnes
Orientation en CHRS	6 personnes
Logement location directe	5 personnes
Hospitalisation	1 personne
Caravane – Squat	3 personnes
Retour famille, Amis	8 personnes
Autres structures sociales	2 personnes
Résidence pour personnes âgées	2 personnes
Incarcération	1 personne

16 personnes présentes au 31 décembre 2017



SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	2
2	RAPPORT QUANTITATIF	3
2.1	Taux d'occupation.....	3
2.2	L'activité.....	3
2.3	Situation matrimoniale	3
2.4	Une population plutôt âgée.....	4
2.5	Origine de la demande.....	4
2.6	Hébergement antérieur à l'admission	5
2.7	Provenance géographique	6
2.8	Les orientations à l'issue de la prise en charge	7
3	RAPPORT D'ACTIVITE EN SOIN PARAMEDICAL	9
3.1	Trajectoire patients.....	9
3.2	Motif de la demande d'admission dans le service.....	10
	Problématiques de santé prises en comptes.....	10
3.3	Accompagnement paramédical.....	13
3.4	Suivi social.....	14
4	CONCLUSION	17
	ANNEXES	18

1 INTRODUCTION

Le service de Lits Halte Soins Santé a été marqué en 2017 par l'accueil de résidents particulièrement âgés, sans projet de retour à domicile, avec pour certains des orientations en Foyer d'Accueil Médicalisé, projet pour lesquels les listes d'attente sont longues, ce qui rapidement impactent la fluidité des entrées et sorties au sein du service. Nous avons alerté l'Agence Régionale de Santé et notamment la Délégation territoriale de Meurthe et Moselle de cette conséquence sur le service et ce d'autant que le taux d'occupation très élevé du service qui est **de 97.71 %**, à savoir les LHSS sont complets quasiment en permanence¹.

Nous sommes également régulièrement confrontés à des sollicitations dans l'urgence, pour l'accueil de personnes qui ne correspondent pas au projet du service, à ses objectifs. Il s'avère que les services hospitaliers peuvent se retrouver en charge de patients qui ne nécessitent plus de soins relevant d'une hospitalisation, sans pour autant, que les personnes en attente d'une solution répondent aux capacités du service des LHSS. Des tensions peuvent alors surgir entre les services hospitaliers et les LHSS, situations qui ne facilitent pas la volonté de la puissance publique de développer des partenariats permettant de répondre aux objectifs de construire un parcours de santé autour du patient. A ce titre, des rencontres entre l'ARS et le CHRU s'organisent selon certaines situations.

Comme nous l'avions évoqué en 2016, le médecin coordonnateur des LHSS qui a quitté ses fonctions en début d'année 2016 était également médecin généraliste de ville. Il suivait beaucoup des patients des LHSS, y compris sur site. Avec son départ, il a été nécessaire de développer d'autres partenariats dans un contexte où les médecins ne se déplacent pas sur le service, sauf exception. Ainsi, les accompagnements de résidents, à l'extérieur, en médecine générale, sont plus nombreux alors que nous faisons face à des résidents qui rencontrent des difficultés à se déplacer du fait de troubles à se repérer dans l'espace et dans le temps. C'est dans ce cadre que nous avons sollicité et obtenu un agrément de l'Agence du Service Civique afin d'accueillir deux volontaires² en service civique. Nous avons accueilli un volontaire en octobre 2017 jusqu'en août 2018. Le travailleur social des LHSS est tuteur du volontaire et elle a suivi une formation en ce sens. Le volontaire bénéficie également d'un programme de formation. Le dernier trimestre 2017 a consisté, pour le volontaire, à identifier les différents services de l'association, du pôle CHRS et Santé, et de rencontrer l'équipe, les résidents et les partenaires du service LHSS. A noter également des évolutions internes avec le recrutement en cours d'une infirmière et d'un aide-soignant, les deux professionnels s'étant positionnés en 2017 vers de nouveaux projets professionnels. Nous saluons également la carrière, le travail, la sympathie d'une des aides soignantes du service, qui débuta à l'ARS en 1982 et qui nous a quitté en octobre 2017 à la suite d'une longue maladie.

¹ DGCS «Evaluation du dispositif lits haltes soins sante (LHSS) », 12 février 2013 : « *Le taux d'occupation moyen 2011 de l'ensemble des structures (hors GIP) est de 85.6 %. Il varie peu entre les différents statuts ou activités des structures. Le taux d'occupation moyen augmente légèrement selon la taille du LHSS, passant de 84.04 % pour les structures de moins de 5 lits, à 85.4 % pour les établissements de 5 à 9 lits, à 87.8 % pour les LHSS de 10 lits et plus* », p. 36.

ORS Midi Pyrénées « Bilan Halte Soins Santé en Occitanie », octobre 2016 « *Le taux annuel d'occupation est de 81,1% en 2014 et de 84% en 2015* », p. 7.

² La mission de service civique est un engagement volontaire de 6 à 12 mois au service de l'intérêt général, réalisé auprès d'organismes à but non lucratif ou de personnes morales de droit public, en France ou à l'étranger, dans neuf grands domaines : solidarité, environnement, sport, culture, éducation, santé, intervention d'urgence, mémoire et citoyenneté, aide humanitaire. Seuls les organismes agréés par l'Agence du Service Civique ou ses délégués territoriaux peuvent accueillir des volontaires en Service Civique.

2 RAPPORT QUANTITATIF

2.1 Taux d'occupation

2017	2016
97.71%	95.05%

Après une légère baisse en 2016 par rapport à 2015, le taux d'occupation en 2017 est à nouveau en hausse. Au cours de l'année nous pouvons observer une stabilité du taux d'occupation mensuel, contrairement à 2016.

Nous avons précisé en introduction les profils des publics accueillis et l'impact sur le taux d'occupation du service qui est élevé. Nous étayerons notre propos dans l'analyse des tableaux ci-dessous.

2.2 L'activité

FILE ACTIVE

Type ménage	2017						2016					
	Ménages		Personnes		Nbre personnes différentes		Ménages		Personnes		Nbre personnes différentes	
Hommes isolés	48	87%	48	87%	44	86%	72	87%	72	87%	59	84%
Femmes isolées	7	13%	7	13%	7	14%	11	13%	11	13%	11	16%
Totaux	55	100%	55	100%	51	100%	83	100%	83	100%	70	100%

La tendance à la baisse du nombre de personnes accueillies observée depuis 2015 se poursuit en 2017. Cette baisse est encore plus significative en 2017 avec plus de 30% de personnes accueillies en moins par rapport à 2016. Ainsi, le fait que nous accueillons des personnes qui sont en attente d'une place en structures médico-sociales ou les délais d'attente sont très longs, vient impacter la durée de séjour et donc la fluidité des entrées/sorties du service.

A noter que 4 résidents sont passés 2 fois sur les Lits Halte Soins Santé.

Concernant la typologie des personnes accueillies, on retrouve exactement la même répartition qu'en 2016 et ce qui renforce donc notre propos ci-dessus.

2.3 Situation matrimoniale

Situation matrimoniale	2017				2016			
	Ménages		Nbre personnes différentes		Ménages		Nbre personnes différentes	
Célibataire	34	61%	33	65%	52	63%	43	61%
Divorcé	12	22%	11	21%	12	14%	10	15%
Séparé	2	4%	2	4%	6	7%	5	7%
Marié	5	9%	3	6%	6	7%	6	9%
Veuf	2	4%	2	4%	4	5%	3	4%
Non renseigné	0	0%	0	0%	3	4%	3	4%
Totaux	55	100%	51	100%	83	100%	70	100%

Les chiffres sont relativement stables dans le temps, et ce depuis plusieurs années concernant la situation matrimoniale des personnes. La part des célibataires restant largement majoritaire avec plus de 60 % des personnes concernées. Concernant les autres situations nous pouvons observer une légère redistribution avec une baisse du nombre de personnes séparées au profit des personnes mariées.

2.4 Une population plutôt âgée

Tranches d'âges adultes	2017				2016			
	Personnes		Nbre personnes différentes		Personnes		Nbre personnes différentes	
plus de 56 ans	12	22%	12	23%	18	22%	15	21%
46 à 56 ans	25	45%	21	41%	29	35%	23	33%
36 à 45 ans	11	20%	11	22%	19	23%	17	25%
26 à 35 ans	5	9%	5	10%	17	20%	15	21%
18 à 25 ans	2	4%	2	4%	0	0%	0	0%
Totaux	55	100%	51	100%	83	100%	70	100%

Un accueil à tous les âges de la vie, dans des proportions équivalentes d'années en années

En 2017 nous pouvons observer comme en CHRS un vieillissement des personnes accueillies. La tranche des 46 à 56 ans reste majoritaire et approche cette année la moitié des personnes. A noter que désormais plus des deux tiers des personnes accueillies ont plus de 46 ans. Ceci se fait au détriment des moins de 35 ans pour lesquels nous observons une baisse significative. L'accueil de personnes âgées ne pouvant plus réintégrer un logement ou un CHRS s'observe. A noter que le terme de personnes âgées concernant des personnes issues de la marginalité et vivant à la rue n'est pas à rapporter avec le sujet âgé dans la population générale. En effet, la vie à la rue, les ruptures d'hébergement, une faible prise en compte des problématiques de santé tout au long de la vie, l'abandon de soi, conduit à une altération générale de l'état de santé physique et psychologique des personnes. Ainsi, à 50 ans, la santé et l'autonomie des personnes est plus proches de celles des personnes de plus de 70 ans dans la population générale.

2.5 Origine de la demande

Origine de la demande	2017						2016					
	Ménages		personnes		Nbre de personnes différentes		Ménages		personnes		Nbre de personnes différentes	
ARS	16	29%	16	29%	15	29%	32	39%	32	39%	29	41%
Autres services sociaux	39	71%	39	71%	36	71%	42	51%	42	51%	33	47%
CHRS	0	0%	0	0%	0	0%	5	6%	5	6%	4	6%
Non renseigné	0	0%	0	0%	0	0%	3	3%	3	3%	3	5%
Samu social	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%	1	1%
Personne elle-même	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Totaux	55	100%	55	100%	51	100%	83	100%	83	100%	70	100%

Origine de la demande Service social et CHRU	2017				2016			
	Ménages		personnes		Ménages		personnes	
CHRU	26	93%	26	92%	26	93%	26	93%
Hôpitaux psychiatriques	2	7%	2	8%	2	7%	2	7%
Totaux	28	100%	28	100%	28	100%	28	100%

La tendance observée depuis 2015 avec un recul des demandes émanant des services de l'ARS s'est confirmée en 2017. La baisse est significative. Parallèlement, nous pouvons observer une nouvelle augmentation des demandes des autres services sociaux et notamment de ceux du CHRU de Nancy. Ces demandes représentent aujourd'hui plus de deux tiers du nombre total des demandes.

A noter que certains services demandeurs ont disparu en 2017, notamment les demandes du SAMU social. Néanmoins elles existent tout de même. L'équipe de l'accueil de jour des sans abri étant la même que celle du SAMU social, les demandes émanant éventuellement de celui-ci sont faites par l'accueil de jour.

Toutefois les modalités d'accueil des LHSS viennent impacter les entrées via le SAMU social. Les LHSS ne sont pas des services d'urgence sauf durant le plan hivernal où en cas de disponibilité, des mises à l'abri temporaires de personnes sans abri et à priori en mauvais santé, peuvent faire l'objet d'une prise en charge rapide. Toutefois, le service étant complet la plupart du temps, pour les motifs évoqués plus haut, il est donc de moins en moins en capacité à pouvoir répondre à ces besoins rapides. Ainsi, l'admission de personnes âgées, sans perspective de prise en charge rapide sur un dispositif social ou de logement accompagné, vient impacter les objectifs du service envers les plus précaires. C'est un sujet qui est souvent mal compris des partenaires orienteurs qui insistent pour que nous accueillons ce type de public, venant avec le temps, transformer les LHSS en un SAS avant l'entrée en FAM ou en EHPAD, avec une fluidité des entrées et sorties au sein du service de plus en plus réduite.

2.6 Hébergement antérieur à l'admission

Hébergement antérieur	2017						2016					
	Ménages		personnes		Nbre personnes différentes		Ménages		personnes		Nbre personnes différentes	
Sans logement, Squat	16	29%	16	29%	14	28%	23	28%	23	28%	17	24%
Structure médicale	20	36%	20	36%	18	35%	19	23%	19	23%	15	21%
Famille, amis	1	2%	1	2%	1	2%	10	12%	10	12%	8	12%
CHRS ou assimilés	10	18%	10	18%	10	19%	10	12%	10	12%	10	14%
Logement personnel	4	7%	4	7%	4	8%	7	8%	7	8%	7	10%
Structure carcérale	0	0%	0	0%	0	0%	7	8%	7	8%	7	10%
Hôtel	3	6%	3	6%	3	6%	3	4%	3	4%	2	3%
Non renseigné	0	0%	0	0%	0	0%	3	4%	3	4%	3	4%
Logement temporaire ALT	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%	1	2%
SAO Demandeurs d'asile	1	2%	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%
Totaux	55	100%	55	100%	51	100%	83	100%	83	100%	70	100%

On observe en 2017 une légère évolution dans la répartition de l'hébergement antérieur à la prise en charge. En effet on constate une augmentation des structures médicales au détriment notamment des structures carcérales et des familles ou tiers.

Ceci est en lien avec l'origine de la demande comme nous l'avons vu précédemment.

2.7 Provenance géographique

Provenance géographique commune 54 et des pays étrangers	2017				2016			
	personnes		Nbre personnes différentes		personnes		Nbre personnes différentes	
Nancy	38	69%	35	69%	51	62%	40	58%
Autres pays étrangers	4	7%	4	7%	0	0%	0	0%
Maxéville	3	6%	3	6%	5	6%	5	8%
Bassin de Toul	2	3%	2	4%	1	1%	1	1%
Autres départements	2	3%	1	2%	0	0%	0	0%
Vandoeuvre lès Nancy	1	2%	1	2%	6	7%	6	9%
Bassin de Pont à Mousson	1	2%	1	2%	2	3%	2	3%
Malzéville	1	2%	1	2%	2	3%	2	3%
Laxou	1	2%	1	2%	1	1%	1	1%
Bassin de Longwy	1	2%	1	2%	1	1%	1	1%
Essey lès Nancy	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
Non renseigné	0	0%	0	0%	11	13%	9	13%
Bassin de Lunéville	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Bassin Saint Nicolas de Port	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Jarville la Malgrange	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Totaux	55	100%	51	100%	83	100%	70	100%

Nationalité	2017				2016			
	personnes		Nbre personnes différentes		personnes		Nbre personnes différentes	
Française	35	63%	34	66%	66	79%	56	80%
Roumaine	6	11%	5	10%	2	3%	2	2%
Albanaise	6	11%	5	10%	1	1%	1	2%
Polonaise	3	5%	2	4%	5	6%	2	2%
Algérienne	1	2%	1	2%	2	3%	2	2%
Marocaine	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
Kosovar	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
Macedonienne	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
Serbe	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
Non renseigné	0	0%	0	0%	2	3%	2	2%
Belge	0	0%	0	0%	1	1%	1	2%
Guineenne	0	0%	0	0%	1	1%	1	2%
Iranienne	0	0%	0	0%	1	1%	1	2%
Sierra-Leonaise	0	0%	0	0%	1	1%	1	2%
Tchadienne	0	0%	0	0%	1	1%	1	2%
Totaux	55	100%	51	100%	82	99%	69	98%

Nationalité	2017				2016			
	personnes		Nbre personnes différentes		personnes		Nbre personnes différentes	
Française	35	64%	34	67%	66	79%	56	80%
Autres	20	36%	17	33%	17	21%	14	20%
Totaux	55	100%	51	100%	83	100%	70	100%

La population accueillie est majoritairement française bien que nous observions cette année une évolution avec l'accueil de résidents de l'Europe de l'Est, qui n'est pas sans écho avec les situations de demande d'asile sur notre département.

2.8 Les orientations à l'issue de la prise en charge

Motif de sortie	2017		2016	
	Personnes		Personnes	
Départs volontaires	4	10%	12	18%
Orientation en CHRS dont	6	16%	13	20%
<i>CHRS ARS Pierre VIVIER</i>	2	33%	4	31%
<i>ARS Foyer d'Accueil Médicalisé</i>	4	67%	1	7%
<i>ARS Appartement de Coordination Thérapeutique</i>	0	0%	4	31%
<i>L'espérance Foyer Libération</i>	0	0%	1	7%
<i>ASLORAL REGAIN 54</i>	0	0%	3	24%
Logement location directe dont	5	13%	1	5%
<i>Résidence sociale Adoma</i>	1	20%	1	33%
<i>ARS Pension de famille Myosotis</i>	1	20%	0	0%
<i>Privé</i>	1	20%	0	0%
<i>Jean Stauffer</i>	1	20%	0	0%
<i>Hôtel meublé</i>	1	20%	0	0%
Fin de prise en charge	7	18%	10	15%
Hospitalisation	1	2%	9	14%
Exclusion	0	0%	4	6%
Caravane - Squat	3	8%	1	2%
Résidence pour personnes âgées	2	5%	3	5%
Retour famille, Amis	8	20%	2	3%
Autres	1	2%	0	0%
Autres structures sociales dont	2	6%	3	5%
<i>Association Ensemble</i>	1	50%	0	0%
<i>Adoma Lits de stabilisation</i>	1	50%	2	67%
<i>Adoma Hébergement Urgence Lemire</i>	0	0%	1	33%
Totaux	39	100%	58	100%
Présents au 31/12/2017	16		19	
Totaux	55		77	

En 2017, nous constatons une nouvelle baisse du nombre de départs volontaires. Ceci est lié à la typologie d'une partie du public accueilli que nous avons évoqué et pour qui, le service des LHSS est une sorte de SAS en attente d'un établissement médico-social adapté.

Nous constatons cette année une légère baisse de la proportion d'orientations en CHRS. Toutefois, 4 personnes sont entrées en Foyer d'Accueil Médicalisé, et 5 en logement autonome ou accompagné.

Par ailleurs moins de personnes sont réorientées à l'hôpital et le nombre de retour en famille connaît une hausse significative (8).

Orientation en logement	2017	2016
	ménages	ménages
Communauté Urbaine du Grand Nancy	5	1
Nancy	2	1
Jarville-la-Malgrange	1	0
Pompey	1	0
Vandoeuvre-les-Nancy	1	0
Totaux	5	1

Durée de séjour des personnes sorties en 2017	<16 jours	16 à 31 jrs	de 1 à 3 mois	de 3 à 6 mois	de 6 à 12 mois	de 12 à 18 mois	de 18 à 24 mois	> de 24 mois	TOTAL
Femmes isolées				1			1	0	2
Hommes isolés	2	3	11	8	8	2	3	0	37

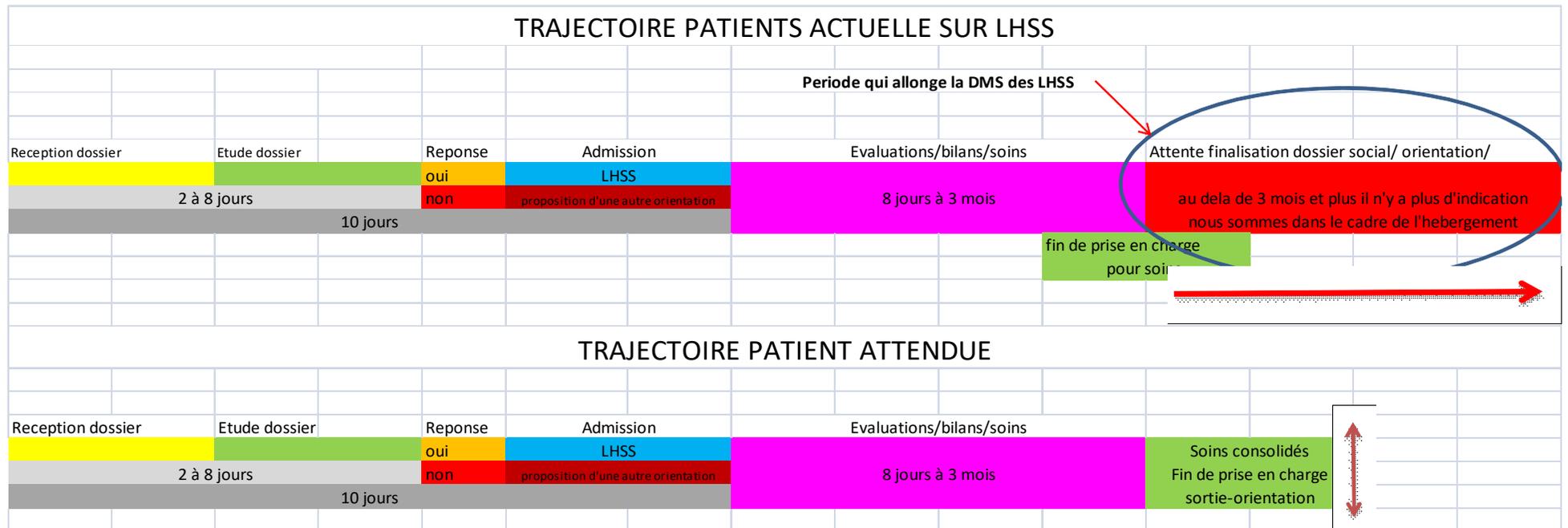
Durée de séjour des personnes sorties en 2016	<16 jours	16 à 31 jrs	de 1 à 3 mois	de 3 à 6 mois	de 6 à 12 mois	de 12 à 18 mois	de 18 à 24 mois	> de 24 mois	TOTAL
Femmes isolées	2	0	2	3	2	0	0	0	9
Hommes isolés	16	8	18	8	4	0	0	1	55

Si la durée de séjour la plus fréquente est toujours de 1 à 3 mois, nous pouvons constater une baisse significative des séjours courts et très courts par rapport à 2016.

14 personnes sont sorties après une durée de prise en charge supérieure à 6 mois dont 4 pour une durée de prise en charge supérieure à 18/24 mois. 16 personnes ont bénéficié d'une prise en charge de 3 mois et moins en 2017 alors qu'elles étaient 46 en 2016. Il y a donc un écart significatif concernant les courts séjours, qui s'explique par les constats posés dans les paragraphes précédents.

3 RAPPORT D'ACTIVITE EN SOIN PARAMEDICAL

3.1 Trajectoire patients



3.2 Motif de la demande d'admission dans le service

Problématiques* de santé prises en comptes

* les personnes peuvent avoir plusieurs problématiques de santé

Addictions	23
Altération de l'état général	21
Complications liées à l'alcool dépendance	20
Psychiatrie	18
Traumatologie + orthopédie	16
Chirurgie	13
Neurologie	12
Pneumologie	9
Cardiologie	8
Maladies infectieuses	8
Soins dentaires	4
Urologie + néphrologie	4
Handicap sensoriel	4
Hépatogastro-entérologie HGE	3
Dermatologie	3
ORL	3
Cancérologie	2
Endocrinologie	2
Gynécologie	2
Gériatrie	2
Phlébologie	1
Hématologie	1

Noms anonymes des patients	Anamnèse des pathologies	TOTAL	Anamnèse des pathologies																							
			Complications liées à l'alcool dépendance	Addictions	Neurologie	Psychiatrie et troubles de la personnalité ou de l'humeur	Altération de l'état général	Endocrinologie	ORL	Cardiologie	Hépatogastro-entérologie HGE	Maladies infectieuses	Chirurgie	Traumatologie + Orthopédie	Urologie + néphro	Gynéco	Pneumologie	Gériatrie	Rin de vie	Soins dentaires	Phlébo	Rhumato	Dermato	Handicap sensoriel	Cancérologie	Hémato
A	AEG avec incurie	2				1	1																			
B	Suite hospit maladies infectieuses	5	1	1									1						1							
C	Tuberculose	2									1						1									
D	Polytraumatisme	5								1		1	1		1									1		
E	Problème social pur	4	1	1	1	1																				
F	Abcès pulmonaire / Epilepsie	6	1	1	1	1	1									1										
G	AEG	3						1		1			1													
H	Fracture Cheville Gauche	4		1							1		1	1												
I	AEG / Plaies jambes	7	1	1		1	1					1	1							1						
J	Fracture luxation cheville droite	4	1	1								1	1													
K	Sortie de détention	1				1																				
L	Errance	2	1	1																						
M	Syndrôme cérébelleux	6	1		1	1	1									1							1			
N	Hématome sous dural	7	1	1	1			1				1											1	1		
O	Chute	4	1	1				1									1									
P	Cicatrisation post chir orthopédique	3		1		1						1														
Q	Pancréatite aigue	3	1	1							1															
R	Fracture per trochantérienne	3	1	1								1														
S	Ostéite chronique	3		1							1	1	1													
T	Expulsion locative avec incurie	3				1				1							1									
U	Séquelles neurologiques d'anoxie cérébrale	4	1	1	1																			1		
V	AEG	3	1	1			1																			
W	Misère sociale avec AEG	5	1	1				1									1							1		
X	Syndrôme anxio-dépressif	1					1																			
Y	AEG	8			1	1	1		1			1	1			1			1							
Z	Endocardite infectieuse	3		1							1	1	1													
AA	Plaie avant bras droit	1									1	1														
BB	Arthrite septique genou droit	4		1								1	1	1												
CC	AEG sur syndrome dépressif	4	1	1		1	1																			
DD	Expulsion	4			1						1	1						1								
EE	AEG	7	1		1		1				1	1	1	1												
FF	Hernie ombilicale	4		1							1	1	1													
GG	Réautonomisation	1				1																				
HH	AEG	1					1																			
II	Incurie	1						1																		
JJ	Hémophilie	6			1		1					1	1	1		1										1
KK	tuberculose multirésistante	3			1												1			1						
LL	Erysipèle	2		1								1														
MM	Réinsertion sociale	2		1																						1
NN	AEG	2				1	1																			
OO	AEG	3		1		1	1																			
PP	Ostéosynthèse tibia droit	2										1	1													
QQ	AEG	2					1			1																
RR	Fracture 1/3 ext clavicule droite	3	1									1	1													
SS	Carcinome épidermoïde poumon gauche	2																1								1
TT	AEG avec syndrome anxio-dépressif	4			1	1	1					1	1													
UU	AEG	5	1			1	1					1	1													
VV	tuberculose multirésistante	3										1					1			1						
WW	Perte d'autonomie	4	1			1					1														1	
XX	AEG+incurie	4	1		1		1			1																
YY	Perte d'autonomie	4					1	1					1	1												
TOTAUX		179	20	23	12	18	21	2	3	8	3	8	13	16	4	2	9	2	0	4	1	0	3	4	2	1

Le profil des résidents admis sur les LHSS au cours de l'année 2017 est sensiblement identique à celui de 2016.

Un nombre croissant de résidents voient leur durée d'hébergement sur les LHSS augmenter et excéder largement les 3 mois, puisque 4 d'entre eux étaient déjà présents en 2016, et que 4 autres sont présents depuis le début de l'année 2017, ce qui explique aussi en partie la similarité du profil des résidents.

La chronicisation de certaines prises en charge n'est pas sans conséquence puisque les dossiers refusés en commission d'admission au motif que le service était plein ont été nombreux, avec pour conséquence directe des incompréhensions avec certains partenaires extérieurs.

L'allongement de la durée de prise en charge peut en partie s'expliquer par une charge en soins majorée ainsi que par la difficulté de trouver, pour nombre de résidents, un médecin traitant, afin de les inscrire dans un processus de soins. La présence, depuis la rentrée 2017, d'une personne en service civique aura été d'une grande aide dans ces démarches, puisque certains résidents autrefois marginalisés sont aujourd'hui suivis régulièrement en cabinet de ville et sont capables de se rendre seuls à leurs rendez-vous, étape indispensable à leur ré-autonomisation, en vue d'un retour à une vie normale.

Il faut toutefois préciser que les problématiques de santé ne sont pas le seul frein à la sortie des LHSS, puisque plusieurs résidents, ne nécessitant plus aujourd'hui de soins quotidiens, sont en attente de dispositifs médico-sociaux actuellement saturés et dont les délais d'attente sont longs.

Tableau récapitulatif consultations par spécialistes 2017

LHSS	Consultations	Accompagnements	Nombre d'heure
Allergologie			
Anesthésie	13	10	25
Cardiologie	23	14	35
Chirurgie Générale et Urgences (CGU)	11	7	17,5
Chirurgie Maxillo-faciale	2	2	5
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (COT)	45	32	80
Chirurgie Vasculaire	3	3	7,5
CLAT	2	2	5
CMP + CPN	24	12	30
Consultation Tabac	9	2	5
CSAPA - UFATT	36	22	55
Dentaire	34	28	70
Dermatologie	13	7	17,5
Diabétologie	1	1	2,5
EMPP Entretiens infirmiers	93		
Fibroscopie	2	2	5
Gynécologie	1	1	2,5
Hématologie	1	1	2,5
Hépatogastroentérologie (HGE)	26	14	35
Kinésithérapie	102	65	162,5
Maladies infectieuses	2	2	5
Médecine B (Consultation)	1	1	2,5
Médecine générale (Consultation)	132	46	115
Médecine L (Alcoologie)	7	4	10
Médecine nucléaire	2	2	5
Néphrologie	3	3	7,5
Neurologie	6	6	15
Odontologie	1	1	2,5
Oncologie	1	1	2,5
Ophthalmologie	4	4	10
Orl	14	10	25
Orthophoniste	19	10	25
PASS	9	4	10
Pharmacie hospitalière / de ville	15	15	37,5
Pneumologie	9	7	17,5
Radiologie / Echographie	30	25	62,5
Rééducation IRR	20	7	17,5
Rhumatologie			
Santifontaine	1	1	2,5
Scanner/IRM	23	18	45
Urologie	10	7	17,5
Vasculaire / Phlébologie	2	2	5
Totaux	752	401	1002,50

• Total en heures de la charge en accompagnement consultation	0,66 ETP
---	----------

Si le volume global des consultations, spécialisées ou non, n'a pas augmenté, on constate une majoration des besoins en accompagnement, se manifestant par un total en heure d'accompagnement qui a quasi doublé par rapport à 2016.

Ceci est en corrélation avec l'augmentation de la charge en soins sur les LHSS, expliquée en grande partie par la prise en charge d'une population plus lourde en termes de soins, mais aussi dans certains cas, moins compliant lorsqu'il s'agit d'effectuer les démarches de soins ou

administratives, ce qui amène les professionnels à « encadrer » les résidents et donc à se détacher du service afin de les accompagner à leurs RDV extérieurs.

Tableau récapitulatif bilans sanguins 2017

LHSS	Bilans sanguins	Nombre d'heure
Bilans sanguins	162	54
Totaux	162	54

• Total en heures de la charge en soins directs =	0,03
---	------

Tableau récapitulatif des injections 2016

LHSS	Injections	Nombres d'heures
Injections diverses	508	169
Totaux		

• Total en heures de la charge en soins directs =	0,11 ETP
---	----------

Calcul du temps soignant pour ces bilans sanguins et injections : on estime (PRN) la durée moyenne d'un moyenne d'un soin direct Classe 1 à 20 mn que l'on multiplie par le nombre d'actes réalisés.

Là encore, on note une nette augmentation du nombre d'actes de soins par rapport à 2016, dont l'explication est liée aux pathologies des résidents accueillis, en particulier Mr X., atteint d'une forme d'hémophilie, et dont la prise en charge nécessite des contrôles biologiques réguliers ainsi que l'injection 2 à 3 fois par semaine de facteurs de coagulation.

3.3 Accompagnement paramédical

Les LHSS visent à développer et dispenser des soins aux personnes en grande précarité.

Suite à une mesure d'expulsion locative, Mr et Mme Z. ont été pris en charge sur les LHSS et le CHRS Pierre Vivier.

Mme, présentant une surcharge pondérale majeure, est en perte d'autonomie depuis qu'elle souffre de parésies des membres inférieurs, l'obligeant à rester en fauteuil roulant. Dès son admission, les professionnels ont été confrontés à des problématiques de prise en charge.

Tout d'abord une problématique thérapeutique, puisque Mme est en refus partiel de soins, n'acceptant pas son expulsion locative, et étant convaincue qu'elle était mieux soignée à domicile, et que son état ne nécessite pas de prise en charge particulière. Ainsi, elle n'accepte pas la modification de son traitement, malgré les explications de son médecin traitant et de l'équipe. Elle refuse également la douche, car elle estime que le matériel n'est pas adapté.

Ensuite, vient une problématique plus sociale, Mme a ses habitudes avec son mari, et sa prise en charge en chambre double n'est pas sans poser quelques soucis. Par exemple, elle aime se coucher tard, voir s'endort devant la télévision une partie de la nuit, ce qui gêne sa voisine. Lorsqu'on lui demande d'envisager de modifier ses habitudes, Mme répond invariablement qu'il suffit de la laisser rentrer chez elle avec son mari et qu'il n'y aura pas de problème...

La prise en charge de Mme Z. a été compliquée tout au long de l'année 2017, et le décès brutal de son mari récemment, a remis en lumière sur certaines difficultés que les professionnels avaient patiemment essayé de faire disparaître.

Au final, la longueur de la prise en charge de Mme Z. sur les LHSS, actuellement supérieure à un an, met en évidence les difficultés d'orientation liées d'une part à son passé, mais aussi à sa situation de santé actuelle. Quant à ses perspectives d'avenir, elles sont désormais minorées, puisqu'elle est en incapacité de s'assumer seule, qu'elle ne bénéficie plus de l'aidant naturel qu'était son mari, et que les solutions potentiellement proposées ne lui conviennent pas.

3.4 Suivi social

Monsieur X est âgé de 58 ans, il est accueilli au sein du service des Lits Halte Soins Santé de l'ARS Pierre Vivier depuis le mois d'avril 2017. Monsieur a été orienté par les Lits de Stabilisation ADOMA³ où il résidait depuis décembre 2015 ainsi que par son médecin traitant, du fait d'une dégradation de son état de santé général et d'une alcool-dépendance. L'objectif principal de la prise en charge en LHSS était de permettre à Monsieur de retrouver un environnement sécurisant, un rythme de vie structuré avec une prise de repas réguliers et d'être stimulé à l'hygiène et à l'entretien de sa chambre.

À son arrivée dans le service, Monsieur X était en perte d'autonomie. Une rupture familiale venait renforcer ses difficultés personnelles. Monsieur X était sous curatelle renforcée depuis septembre 2013 et avait pour projet d'intégrer une pension de famille de l'ARS. Sur le plan administratif, il avait perdu ses papiers. Il n'était pas en mesure de réaliser les démarches liées à la mise à jour de ses documents administratifs, seul. Un accompagnement a donc été réalisé avec Monsieur et sa situation administrative est désormais à jour. Il est bénéficiaire d'une pension d'invalidité de la CPAM.

La prise en charge en LHSS a également permis à Mr d'effectuer un bilan de santé complet (pneumologie, cardiologie, ORL, scanner cérébral, etc....) du fait de la dégradation générale de son état de santé et d'avoir un suivi régulier avec son médecin traitant. L'accompagnement du service a conduit Monsieur X à une réduction de ses consommations d'alcool. Ces dernières sont modérées et moins fréquentes. Suite à cette évolution, la demande en pension de famille de l'ARS a été renouvelée et acceptée. Il a été orienté vers la pension de famille de l'association qui s'est ouverte en fin d'année 2017 et il a donc intégré un logement totalement neuf, à la rencontre de résidents qui venaient d'arriver, comme lui. Nous avons accompagné et préparé Monsieur à son aménagement futur, en proposant des activités d'autonomisation telles que la cuisine thérapeutique et l'accompagnement aux courses. Ainsi en décembre 2017, Monsieur X a intégré un appartement au sein de la pension de famille et s'y sent bien.

³ Ces places ont été créées dans le cadre de la mise en œuvre des mesures du Plan d'Action Renforcé pour les Sans Abri. Elles s'adressent à un public désocialisé, ayant majoritairement un lourd passé de marginalité et de vie à la rue et pour lequel aucune solution d'hébergement d'insertion et a fortiori de logement ne peut être proposé dans l'immédiat compte tenu de la problématique des personnes. L'objectif de ce dispositif est de permettre un hébergement et un accompagnement social adapté afin de stabiliser la situation de la personne prise en charge et d'apporter une réponse et une orientation adaptée aux besoins.

³ Ces places ont été créées dans le cadre de la mise en œuvre des mesures du Plan d'Action Renforcé pour les Sans Abri. Elles s'adressent à un public désocialisé, ayant majoritairement un lourd passé de marginalité et de vie à la rue et pour lequel aucune solution d'hébergement d'insertion et a fortiori de logement ne peut être proposé dans l'immédiat compte tenu de la problématique des personnes. L'objectif de ce dispositif est de permettre un hébergement et un accompagnement social adapté afin de stabiliser la situation de la personne prise en charge et d'apporter une réponse et une orientation adaptée aux besoins.

- **La réunion d'expression des résidents :**

Conformément à la législation en vigueur⁴, les LHSS mettent en œuvre des réunions visant au recueil de l'expression des résidents.

Durant l'année 2017, au sein des LHSS Pierre Vivier, les résidents ont pu participer à des réunions d'expression animées par un travailleur social et un aide soignant. Les thèmes abordés relèvent de la vie en collectivité au sein du service, mais également de tous les problèmes qu'ils peuvent rencontrer durant leur période de prise en charge. Durant l'année 2017, six réunions d'expression des résidents ont été planifiées. A noter que deux ont été annulées faute de participants.

Lors des réunions qui ont eu lieu, entre quatre et sept résidents ont participé pour un total de trente personnes au total sur l'année.

Lors de certaines réunions, du café a été proposé aux résidents.

Au cours des différentes réunions, les thèmes variaient en fonction des personnes présentes, des situations rencontrées, et du contexte actuel au moment des regroupements. Certains points sont abordés régulièrement, tandis que d'autres n'apparaissent qu'une seule fois.

Les sujets abordés sont les suivants :

- Les repas (organisation, menu, ambiance) ;
- Règlement intérieur et respect de celui-ci ;
- La prise en charge globale ;
- L'hygiène ;
- Les activités.

Après chaque réunion d'expression, les questions soulevées par les résidents sont traitées en réunion d'équipe et font l'objet d'une réponse. Un compte rendu écrit de la réunion et des réponses apportées est mis à disposition afin d'être consulté.

⁴ Décret n°20014-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à la 'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles : « Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge. »

Demandes d'admission en LHSS non satisfaites - Année 2017				
Sexe	Age	Service demandeur	Raison de non PEC	Hébergement avant demande
JANVIER 2017				
H	52	CH + ARS SAO Lunéville	Suite entretien : plus de nécessité de soins	Sans domicile
H	80	CHU - Chirurgie vasculaire	Demande annulée : Mr ne veut plus venir	Résidence Phalsbourg ADOMA
H	25	SAO droits communs	Refus : pas d'indication médicale	Hébergé par un tiers
FEVRIER 2017				
H	69	UHCD - CHRU Nancy	Sans suite, le service n'a pas repris contact	Sans domicile
MARS 2017				
H	52	Diabétologie II - CHRU Brabois	Refus : pas d'indication médicale	Logement bailleur public
H	31	CMP Saint Nicolas de Port	Refus : pas d'indication médicale	Logement bailleur privé
H	37	Maladies infectieuses - CHRU Brabois	Demande annulée : Mr est allé chez sa sœur	Sans domicile
H	67	Maladies infectieuses - CHRU Brabois	Refus : refus plûtôt SSR ou retour ACT avec aides	ARS - ACT
H	30	Médecin traitant : Dr CRITON	Refus : suite au comportement violent lors de la dernière PEC.	Sans domicile
AVRIL 2017				
F	42	CPN Pont-A-Mousson	Réorientation vers les ACT	Sans domicile
H	56	Centre hospitalier Vittel	Refus : pas de possibilité d'accueil	Sans domicile
H	53	Neurochirurgie 5A - CHRU Nancy	Refus : pas de place disponible	Logement autonome
H	64	CPN Nancy - unité PHILIA	Refus : pas de place disponible	Sans domicile
MAI 2017				
H	47	Hôpital central - UPUP	Refus : pas d'indication médicale / Entrée le 31/05/17	Logement bailleur public
H	34	CHRU Nancy - UHCD	Demande annulée : Mr est décédé	Sans domicile
JUIN 2017				
H	46	COTA - hôpital central	Demande annulée : Mr ne veut pas venir	Sans domicile
F	59	ALTIR	Demande annulée après liste d'attente : autre solution trouvée	Sans domicile
H	64	UTML - curatrice Mme CUNIN	Refus : pas d'indication de reprise en charge sur le service	Rupture du contrat de séjour de l'EHPAD de
H	57	Unité de soins palliatifs - CHRU Nancy	Refus : plateau technique insuffisant	Logement autonome
JUILLET 2017				
H	40	Microstructure - Réseau toxicomanie Ville Hôpital	Demande annulée après liste d'attente : autre solution trouvée	Sans domicile
H	69	SAO + CHUS Lemire + CHRU UPUP	Demande annulée après liste d'attente : autre solution trouvée	Sans domicile
AOÛT 2017				
H	58	CHRU Nancy - UHCD	Demande annulée après liste d'attente : Mr ne veut pas venir	Hébergé chez sa mère
H	30	CHRU Nancy - Maladies infectieuses	Refus : pas d'indication médicale	Sans domicile
H	59	CHRU Nancy - UPUP	Demande annulée	Foyer Aristide Briand
H	30	CHRU Nancy - Pneumologie	Demande annulée : Mr ne veut pas venir	Hébergement urgence SAO Lunéville
SEPTEMBRE 2017				
H	25	Hôpital Central - COTA secteur 3	Demande annulée : autre solution trouvée	Sans domicile
OCTOBRE 2017				
H	35	Hôpital Central - CGU	Demande annulée : plus de soins nécessaires et solution d'hébergement	Sans domicile
H	60	CHRU Nancy - Pneumologie	Demande annulée : plus de soins nécessaires	Sans domicile
NOVEMBRE 2017				
H	53	ICL - service radiothérapie	Refus : situation trop lourde pour le service	Sans domicile
H	58	CHRU Nancy - UPUP	Annulation de la demande : Mr a quitté le service contre avis médical	Hébergé par la famille
DECEMBRE 2017				
H	43	CHRU Nancy - Pneumologie	Annulation de la demande : autre solution trouvée car pas de sevrage O2	DUO Arélia site du Grand Sauvoy
H	33	Hôpital central - COTA secteur 2	Refus : suite à son comportement inadapté et au dégradations matérielles qu'il a effectué lors de la dernière PEC	Sans domicile

Au cours de l'année 2017, 37 demandes de prise en charge sur les LHSS n'ont pas été honorées.

Sur ces refus, on peut distinguer deux grandes catégories :

D'une part, des refus intervenant lorsque le service était rempli.

D'autre part, les refus car la situation médicale proposée était trop lourde pour les LHSS et son plateau technique restreint, en particulier l'absence d'une présence infirmière 24/24. Ces situations provenaient en grande majorité des services du CHU.

4 CONCLUSION

Il faut se rappeler que les Lits Halte Soins Santé sont nés d'une expérimentation réalisée par le Docteur Xavier Emmanuelli, fondateur du Samu social à Paris chargé de l'accueil des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessitait un temps de repos ou de convalescence sans justifier d'une hospitalisation. Il est donc important au cours des commissions d'admission de pouvoir répondre aux besoins des personnes en situation de grande exclusion, vivant à la rue ou en hébergement précaire et nécessitant un temps de repos, des soins ne nécessitant pas une hospitalisation. Ainsi, il ne s'agit pas de répondre systématiquement à toute personne issue d'établissements de santé, ou d'établissements médico-sociaux, quelle que soit leur situation sociale ou financière, sans possible retour à domicile. Ainsi, le service se verrait saturé, ce qui est déjà le cas, mais sans répondre aux objectifs fondateurs des LHSS, à savoir les personnes exclues de par leur parcours social d'errance, de marginalité, qui ne peuvent bénéficier d'aucune prise en charge du fait de leur inadaptation aux réponses de droits communs.

Perdre l'objectif de l'accueil des personnes en situation de marginalité au profit de personnes rencontrant uniquement un problème d'hébergement et ayant besoin d'aides humaines reviendrait à fermer une porte déjà bien étroite, aux solutions que peuvent mobiliser les personnes en situation de grande exclusion.

ANNEXES

Tranches d'âges adultes	2017				2016			
	Personnes		Nbre personnes différentes		Personnes		Nbre personnes différentes	
plus de 56 ans	12	22%	12	23%	18	22%	15	21%
46 à 56 ans	25	45%	21	41%	29	35%	23	33%
36 à 45 ans	11	20%	11	22%	19	23%	17	25%
26 à 35 ans	5	9%	5	10%	17	20%	15	21%
18 à 25 ans	2	4%	2	4%	0	0%	0	0%
Totaux	55	100%	51	100%	83	100%	70	100%

Un accueil à tous les âges de la vie, dans des proportions équivalentes d'années en années

Niveau d'instruction adultes	2017				2016			
	Personnes		Nbre personnes différentes		Personnes		Nbre personnes différentes	
C.A.P.	20	37%	18	35%	32	39%	27	39%
Sans diplômes	9	16%	9	18%	19	23%	14	20%
Non renseignés	15	27%	13	25%	10	12%	9	13%
B.E.P.	4	7%	4	8%	8	10%	7	10%
C.E.P.	1	2%	1	2%	5	6%	4	6%
Etudes supérieures	1	2%	1	2%	4	5%	4	6%
B.A.C.	5	9%	5	10%	2	2%	2	3%
BTS - DUT	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Certificat de formation générale	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
BAFA CFG	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Totaux	55	100%	51	100%	83	100%	70	100%

SITUATION PROFESSIONNELLES DES PERSONNES ENTREES ET SORTIES

Situation professionnelle des personnes entrées et sorties	2017				2016			
	à l'entrée		à la sortie		à l'entrée		à la sortie	
Sans emploi de plus de trois ans	42	76%	26	68%	57	68%	34	53%
Sans emploi de moins d'un an	3	5%	3	7%	2	3%	4	6%
Sans emploi entre 1 et 3 ans	2	4%	3	7%	18	22%	15	24%
non renseignés	0	0%	0	0%	4	4%	9	14%
autre situation	8	15%	7	18%	2	3%	2	3%
Totaux	55	100%	39	100%	83	100%	64	100%

Ressources à l'entrée	2017	2016
	Personnes	Personnes
Revenu Solidarité Active	16	31
Sans ressources	14	20
AAH	12	16
Pension invalidité	1	0
Retraite	6	7
Allocation chômage	0	2
Salaire	1	2
Prestation familiale	2	2
autre ressources	5	1
Non renseigné	0	3
Totaux	57	84

* les personnes accueillies peuvent avoir plusieurs ressources

Ressources à la sortie	2017	2016
	Personnes	Personnes
Sans ressources	8	13
Revenu Solidarité Active	9	27
AAH	13	11
Pension invalidité	1	0
Retraite	3	5
autre ressources	4	2
Allocation chômage	1	2
Salaire	0	2
Non renseigné	0	3
Totaux	39	65

* les personnes accueillies peuvent avoir plusieurs ressources