

Lits Halte Soins Santé

297 avenue de l'Industrie

66000 Perpignan

Tel : 04.68.61.13.87

Mail : service-lhss@acal.asso.fr

Bilan d'activité

2024

Agir contre les exclusions



Table des matières

INDICATEURS LHSS

INTRODUCTION

I. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

A. Rappel historique 3

B. Missions de l'établissement 4

C. Contexte législatif 5

D. Le personnel des LHSS de l'ACAL 6

II. ADMISSION DES PERSONNES ACCUEILLIES 9

A. L'admission 9

B. Données médicales 12

C. Données sociales 14

III. DONNÉES RELATIVES A LA SORTIE 19

A. Durée moyenne de séjour 19

B. Motifs de sortie 19

C. Éléments comparatifs entre l'entrée et la sortie 20

IV. SPÉCIFICITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL EN LHSS 25

A. Le quotidien comme outil d'accompagnement médico-social 25

B. Les accompagnements liés aux soins 29

C. La prise en charge psychologique 32

D. La prise en charge socio-sportive 35

E. L'Accompagnement social en lien avec la vie quotidienne 40

VIGNETTE CLINIQUE 45

CONCLUSION 49

INDICATEURS LHSS

	Indicateurs	2024	2023	2022	Évolution 2022-2024
Population accueillie	Services orienteurs	61% centres hospitaliers	57% centres hospitaliers	60 % centres hospitaliers	Le chiffre est relativement stable depuis 3 ans
	Demande d'admission	69	85	81	Le chiffre est en baisse cette année
	Nombre de personnes accueillies	44	47	39	Le nombre de personnes accueillies restent plus ou moins constant depuis 3 ans
	Proportion Homme/Femme	86% Hommes 14% Femmes	85% Hommes 15% Femmes	79% Hommes 21% Femmes	
	Moyenne d'âge des adultes accueillis	44 ans	49 ans	50 ans	La moyenne d'âge des personnes accueillies est en baisse
	Nombre de sorties	37	37	29	
	Nombre de refus	26	27	27	
	Principaux motifs	Inadapté ou chronique	Inadapté ou chronique	Inadapté ou chronique	
	Situation d'hébergement à l'entrée	Sans domicile fixe	Sans domicile fixe	Sans domicile fixe	
	Ressources	30% Sans ressources 35% Bénéficiaires du RSA	34% Sans ressources 32% Bénéficiaires du RSA	23 % Bénéficiaires du RSA 23 % Bénéficiaires de l'AAH	
	Sans Couverture Maladie À l'entrée À la sortie	9% 0%	19% 5%	17% 0%	Toutes les personnes sorties bénéficient d'une couverture sociale
	Activité	DMS	78 J	83 J	117 J
Taux d'occupation		83%	94%	92%	
Solution à la sortie en % (établissement social /médico-social ou relogement.)		29%	38%	38%	

INTRODUCTION

Le dispositif LHSS est géré par l'Association Catalane d'Actions et de Liaisons (Association loi 1901, à but non lucratif), celui-ci fait partie intégrante de la Résidence Arc-en-Ciel qui comprend le service Lits Halte Soins Santé, un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale INSERTION, un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale URGENCE.

Le service des LHSS permet une prise en charge médico-sociale de personnes sans domicile fixe vivant souvent dans de mauvaises conditions d'hygiène et de santé, souffrant d'une pathologie aigue ou un état général fragilisé, ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière, mais un étayage médical et social indispensable à un mieux-être.

Depuis 2021, le service a évolué passant de 8 à 10 places et la composition de l'équipe a été repensée afin de répondre aux besoins des personnes accueillies. Un éducateur socio-sportif a été recruté afin de pouvoir travailler sur le bien-être ; il favorise le développement individuel et social des personnes accueillies, ainsi que leur adaptation dans leur milieu de vie, en utilisant le sport comme support dans le champ de la réinsertion sociale, par des temps d'animation collective et individuelle. Pour les personnes accueillies au sein des LHSS, cela est une vraie valeur ajoutée ayant un impact sur la santé des personnes, sur le bien-être psychique.

Les problématique d'addiction, en constante augmentation, nécessitent une évolution de notre prise en charge. Nous nous inscrivons dans une démarche de réduction des risques, en partenariat avec le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) qui intervient sur site 2 fois par mois.

En effet, la nécessité d'accompagner au mieux les personnes en situation d'addiction s'est encore confirmée en 2024, car nous avons accueilli 35 patients présentant une addiction soit 80 % des personnes prises en charge.

BILAN QUANTITATIF

I/ PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

A. Rappel historique

- **L'hébergement en Lits Halte Soins Santé**

Les LHSS ont été créés en 2009.

En septembre 2021, nous avons obtenu l'augmentation de notre capacité d'accueil, passant de 8 à 10 lits.

Les LHSS se trouvent au sein d'une Résidence comprenant un CHRS Insertion, un CHRS Urgence et les LHSS. Les 2 places supplémentaires ont pu être effectives, après que nous ayons transformé 2 logements CHRS Insertion en studios LHSS (externalisation des places CHRS en logements en Diffus).

La mise en conformité de l'établissement permet des espaces collectifs et individuels accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Ce dispositif est ouvert aux hommes, femmes, couples, et a la particularité d'accepter les animaux (un chenil de 3 box étant prévu à cet effet).

Ces studios entièrement équipés bénéficient d'une salle de bains adaptée, d'une kitchenette et, pour ceux du rez-de-chaussée, d'un accès à une terrasse privative. Chaque logement bénéficie d'une climatisation réversible.

Les dix studios sont individuels et répondent aux critères sanitaires et d'accessibilité inhérents à un tel dispositif (douche de plain-pied, élargissement des portes, rampe d'accès pour personne à mobilité réduite, ascenseur).

Ce type d'accueil répond à la Circulaire N°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « Lits Halte Soins Santé » - (LHSS).

Notre service permet un accueil privilégié et individuel, en accord avec le cahier des charges des LHSS. Il offre une prise en charge médico-sociale de la personne en situation de précarité.

- **Situation géographique des LHSS AEC**

Géographiquement implanté dans le proche périmètre du Centre Hospitalier Saint Jean de Perpignan, les LHSS Arc en Ciel permettent ainsi un partenariat et un accès aux Soins facilités de par la proximité qui évite toute surcharge de temps de

transport (même si certains soins spécifiques sont effectués dans d'autres établissements de Perpignan ou autres).

B. Missions de l'établissement

Missions des LHSS selon le décret n°2016-12 du 11 Janvier 2016 (Journal Officiel n°0010 du 13 janvier 2016)

« Les structures dénommées “ lits halte soins santé ” accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, 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. »

Les missions des LHSS sont :

- D'assurer des prestations d'hébergement, de restauration, de blanchisserie,
- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies,
- D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

Pour cela, les LHSS disposent d'une équipe pluridisciplinaire.

La mutualisation des personnels de plusieurs structures peut être organisée dans le cadre de la coordination des établissements.

Signent une convention avec un ou plusieurs établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques.

Peuvent également conclure des conventions, contrats ou protocoles avec des partenaires publics ou privés afin que soient réalisés les actes ne pouvant être entrepris par ses personnels (ex : HAD).

C. Contexte législatif

▪ Le cadre réglementaire

Différents textes législatifs et réglementaires ont permis l'émergence de places LHSS au sein de la résidence AEC.

L'Article L.345-1 du CASF : « Peuvent être accueillies dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale publics ou privés 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 ».

La Circulaire 95-08 du 21 mars 1995 a prévu la possibilité de mettre en place, au sein des C.H.R.S. des places de lits d'hébergement pour soins. **La loi 2005-1579 du 19 décembre 2005** crée les structures dénommées « lits halte soins santé » et définit le principe de leur financement relatif au financement de la sécurité sociale pour 2006.

La Circulaire N°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 précise les modalités d'organisation et de financement du dispositif.

Le Décret 2016-12 du 11 janvier 2016, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits halte soins santé ».

L'Article R314-105 du code de l'action sociale et des familles Les dépenses liées à l'activité sociale et médico-sociale des établissements et services.

L'Article L345-2-2 du code de l'action sociale et des familles : « Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence. Cet hébergement d'urgence doit lui permettre, dans des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine, de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale, réalisée au sein de la structure d'hébergement ou, par convention, par des professionnels ou des organismes extérieurs. Il permet d'être orienté vers tout professionnel ou toute structure susceptible de lui apporter l'aide justifiée par son état, notamment un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un hébergement de stabilisation, une pension de famille, un logement-foyer, un établissement pour personnes âgées dépendantes, un lit halte soins santé ou un service hospitalier. »

L'Article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles reconnaît les lits halte soins santé comme des établissements.

L'Arrêté préfectoral en date du 03 mars 2009 autorise la création de 4 places LHSS à Perpignan sur l'établissement Arc-en-Ciel ACAL.

L'arrêté préfectoral en date du 1er juillet 2018 autorise l'extension de la capacité de la structure LHSS ACAL de 4 à 6 places.

Arrêté ARS n 2019-2522 autorise l'extension de 2 places supplémentaires en Nov. 2019.

Arrêté ARS n 2021-4486 autorise l'extension de 2 places supplémentaires en Septembre 2021.

Nous avons donc à ce jour une capacité d'accueil de 10 personnes.

Le cadre réglementaire des LHSS s'inscrit comme les CHRS à la **loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998**, à la **loi 2002-2 du 2 janvier 2002**.

▪ **Conventions et habilitations actives pour les LHSS Arc en Ciel de l'ACAL**

Au niveau administratif :

Convention avec le Conseil Général pour l'Instruction administrative et l'orientation des bénéficiaires du RSA

Convention de partenariat CPAM

Convention ISM interprétariat

Au niveau de la Santé :

Convention avec le centre Hospitalier de Perpignan et de Thuir

Convention avec le Centre de lutte anti tuberculose (CLAT)

Convention avec une pharmacie de proximité

Convention avec un cabinet d'IDE de ville

D. Le personnel des LHSS de l'ACAL

✚ Directrice Adjointe et Cheffe de Service

✚ Assistante de Service Social

✚ Maîtresse de Maison

✚ Éducateur socio-sportif

✚ Médecin, Infirmière et Psychologue

✚ Surveillant de nuit

- ✚ Agent Technique

- ✚ Mutualisation de moyens : mise à disposition de professionnels de la Résidence Arc En Ciel : Secrétariat / Équipe Socio-Éducative / Agent d'entretien

Un service de restauration collective est situé dans la Résidence Arc-en-Ciel. Ce service de restauration permet aux personnes prises en charge de bénéficier de repas chauds, prenant en considération les spécificités médicales ou les régimes particuliers. En effet, les cuisiniers suivent les indications médicales, transmises par le personnel soignant, concernant les régimes alimentaires spécifiques liés à certaines pathologies.

Au-delà de l'équipe dédiée aux LHSS, des prestations sont centralisées au Siège de l'ACAL :

- ✚ Gestion comptable et budgétaire,
- ✚ Gestion Ressource Humaine (paie, contrat de travail...),
- ✚ Gestion de la sécurité des biens et des personnes,
- ✚ Gestion informatique et système d'informations,

Le travail de l'équipe est rythmé par des accompagnements individualisés et des temps de réunion.

Les débriefings quotidiens :

Ils permettent les transmissions et l'échange des observations faites durant la journée, ce qui garantit la continuité de l'accompagnement.

La formation :

En interne et externe, elle vise à élaborer, un corpus conceptuel et théorique à partir d'apports théoriques mais aussi de notre pratique empirique.

La réunion d'équipe :

Une fois par mois, elle est animée par la cheffe de service, elle est consacrée :

- aux questions relatives à l'organisation du service,
- à la réflexion des projets internes, externes ou individualisés des résidents,

Une fois par semaine, elle est animée par le médecin coordinateur du service, elle est consacrée :

À la coordination des actions

À l'ajustement du projet de la personne

L'analyse des Pratiques Professionnelles :

Une fois par mois, ce temps d'Analyse des Pratiques Professionnelles, animée par une psychologue extérieure à l'établissement, rassemble l'équipe des LHSS.

L'APP a pour objectif de se questionner sur les besoins et les projets des personnes accompagnées, à partir d'observations et de situations concrètes vécues par les professionnels. Elle permet de donner du sens et de la cohérence aux accompagnements proposés, tout en intégrant la diversité des acteurs et les différences de point de vue.

L'accueil des étudiants - stagiaire en formation :

Partie intégrante de notre projet, il remplit une triple fonction :

- offrir aux stagiaires la possibilité de s'exercer à une pratique éducative accompagnée
- transmettre nos savoirs faire et savoirs être, ainsi que les valeurs auxquelles nous sommes attachés,
- re-questionner nos pratiques, grâce aux regards « neufs » des stagiaires, qui nous permettent de sans cesse nous réinterroger.

II/ ADMISSION ET TYPOLOGIE DES PERSONNES ACCUEILLIES

A. L'admission

1. Présentation de la validation des demandes d'admission

Le formulaire de demande d'admission a été retravaillé par l'équipe en 2022 afin qu'il soit plus lisible pour les partenaires et que les informations transmises facilitent la prise de décision.

La demande de prise en charge en LHSS est réalisée par les partenaires médico-sociaux via un formulaire envoyé au service LHSS (courrier/mail).

Ce formulaire comporte trois volets :

Le 1er volet présente succinctement le dispositif LHSS,

Le 2ème volet, à destination uniquement de l'équipe médicale, comprend les données médicales, nécessaires à la prise de décision du médecin coordinateur des LHSS, pour valider la demande d'admission ou non.

Le 3ème volet, concerne la partie sociale dédiée à l'assistante de service social, permettant de recueillir les données nécessaires lors de l'admission et d'avoir un regard sur le parcours de vie de la personne. Les seules conditions sociales d'admission sont le fait d'être majeur et en absence de logement.

Le dossier est validé par la cheffe de service, après avis favorable du médecin coordinateur des LHSS en fonction du besoin médical de la personne.

La notification de décision d'admission est envoyée systématiquement au service orienteur par courrier ou par mail.

2. L'admission

L'Infirmière du service assure la gestion du suivi de la liste d'attente des demandes, et est en lien avec les partenaires extérieurs pour toutes informations complémentaires. Lorsqu'une place se libère, elle contacte les personnes sur liste d'attente et programme la future entrée.

Lorsque la situation de la personne pose question au regard de la prise en charge en LHSS, une préadmission peut être organisée. Cela peut permettre de vérifier un degré suffisant d'autonomie ou encore d'échanger avec la personne autour des contraintes que peuvent représenter une prise en charge en structure collective. En effet, pour des personnes qui sont depuis longtemps en situation de grande précarité ou qui rencontre des conduites addictives importantes, avoir une

connaissance en amont des principales règles de l'établissement leur permet de pouvoir se projeter sur la faisabilité du projet d'accueil.

Avant l'entrée de la personne, son accueil est organisé : préparation du logement, ouverture du dossier social et médical

3. Les demandes d'admissions

MOIS	Nombre de demandes	Demandes Honorées
Janvier	6	6
Février	7	4
Mars	3	2
Avril	7	2
Mai	5	5
Juin	5	3
Juillet	7	2
Août	5	2
Septembre	7	4
Octobre	7	1
Novembre	7	3
Décembre	3	0
Total	69	34

En 2024, le service LHSS a accueilli 44 personnes, dont 38 hommes et 6 femmes :

- 34 ont été admises au cours de l'année 2024
- 10 étaient déjà présentes au 31/12/2023

Nous avons pris en charge moins de personnes en 2024 qu'en 2023 : 44 personnes accueillies contre 47 en 2023.

Cela s'explique par une baisse inexplicée des demandes en fin d'année, et de logements inoccupés pendant plusieurs semaines suite à de la rénovation impérative avant toute nouvelle entrée.

Concernant les demandes, nous pouvons noter une baisse des demandes d'admission par rapport à 2023 avec 69 demandes reçues (85 en 2023).

Notre service est parfaitement identifié grâce :

- Au travail de coordination de l'équipe médico-sociale auprès de tous nos partenaires,
- A la participation des LHSS aux événements de rencontres extérieures organisées par les partenaires (ARS, FAS, PASS, EHM, CHS THUIR, CLAT...),

En 2024, nous comptabilisons 26 refus. Ces refus médicaux se justifient en majorité par une inadaptation de la demande soit en raison de la lourdeur des soins, relevant davantage d'une admission en Lit d'Accueil Médicalisé (LAM) où la présence médicale est permanente, soit pour un motif ne relevant pas médicalement des LHSS (chronicité d'une pathologie par exemple).

De plus, des demandes n'ont pu aboutir suite à un manque de disponibilité au moment de la réception de la demande de prise en charge (pour 9 personnes)

La gestion du suivi de la liste d'attente reste complexe au vu du nombre important des demandes.

4. Origine des demandes

Services d'où ont émané les demandes volet médical	Nombre	%	Admis en 2024	% Admis
Autres	4	6%	2	6%
Centre hospitalier psychiatrique	5	7%	1	3%
Centre hospitalier public	42	61%	25	73%
Clinique privée	5	7%	1	3%
Établissement et service médico-sociaux	2	3%	0	0%
Médecin libéral	2	3%	1	3%
Service d'urgence sociale	6	9%	4	12%
Service spécialisé (addiction/prostitution)	3	4%	0	0%
TOTAL	69	100%	34	100%

Services d'où ont émané les demandes volet social	Nombre	%	Admis en 2024	% Admis
Structure d'accueil des demandeurs d'asile	1	2%	0	0%
115/SIAO	1	2%	0	0%
Centre hospitalier	42	61%	25	73%
Centre hospitalier psychiatrique	5	7%	1	3%
Clinique ou établissement de soins privé	5	7%	1	3%
Maraude/équipe mobile	4	6%	3	9%
Médecin libéral	2	3%	1	3%
Service social départemental	3	4%	3	9%
Service social, médico-social ou judiciaire	3	4%	0	0%
Service spécialisé addiction/prostitution	3	4%	0	0%
TOTAL	69	100%	34	100%

L'hétérogénéité et la multiplicité des partenaires « orienteurs » montrent que le service LHSS est bien repéré comme étant une réponse possible dans le dispositif départemental actuel.

Les volets médicaux et sociaux des demandes n'émanent pas toujours du même service. Ainsi, un service spécialisé en addiction, porteur du volet social, peut s'appuyer sur un service hospitalier pour le volet médical de la demande.

Le centre hospitalier, compte tenu de sa fonction première, et de sa proximité géographique avec les LHSS-ACAL, reste notre principal orienteur que ce soit au niveau du volet médical ou social de la demande. Un réel partenariat s'est tissé avec ce dernier.

B. Données médicales

Les objectifs de prise en charge de la santé sont organisés autour du médecin coordinateur et de l'infirmière.

Nous avons accentué notre travail de partenariat, en renforçant les liens créés par conventions (pharmacie, centre hospitalier, IDEL...).

Le perfectionnement de l'outil informatique a apporté une meilleure confidentialité de la circulation des informations médicales, une meilleure communication interne et externe, et une meilleure traçabilité.

1.Type de pathologies amenant les patients en LHSS

Motif principal de la demande d'admission en 2024	Nombre	%
Altération de l'état général, dénutrition, épuisement	3	9 %
Infection	10	29 %
Post chirurgie	9	26 %
Décompensation aiguë de pathologie somatique chronique	6	18 %
Décompensation aiguë de pathologie somatique psychiatrique	1	3 %
Vasculaire	3	9 %
Dermatologie	1	3 %
Cancérologie	1	3 %
TOTAL	34	100%

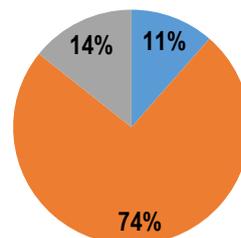
Durant l'année 2024, les motifs principaux d'admission en LHSS étaient :

- Des infections,
- De la post-chirurgie,
- De l'altération de l'état général avec dénutrition marquée et un épuisement physique et/ou psychique,
- De la décompensation aiguë de pathologie somatique chronique
- Du vasculaire
- De l'altération de l'état général, dénutrition, épuisement

2. État physiologique et psychologique des personnes accueillies

On retrouve en 2024 les mêmes stigmates, conséquences de la précarité : dénutrition, épuisement physique et/ou psychique et l'absence de suivi médical global (ophtalmologie, dentaire, gynécologie...).

TYPE D'ADDICTION



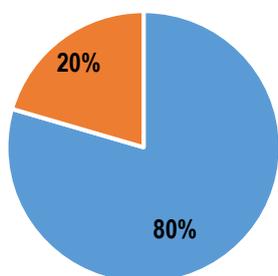
■ Addiction à l'alcool ■ Polyaddiction ■ Addiction à 1 produit

Ainsi, les personnes accueillies en LHSS sont particulièrement affaiblies et immunodéprimées, état majoré par un épuisement psychique.

Le séjour en LHSS permet aux personnes accueillies, une période de répit en se recentrant sur leur état de santé général et les besoins spécifiques (Ex : état dentaire, contrôle de la vue, contrôle de l'audition)

3. Addictions

PERSONNES AVEC ADDICTION

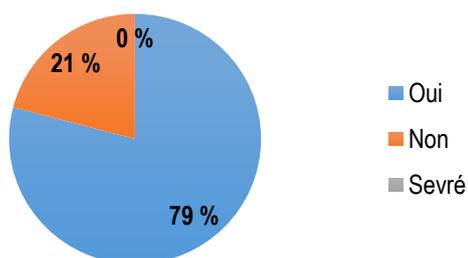


■ Personnes avec addiction ■ Personnes sans addiction

80 % des personnes prises en charge présentent une ou plusieurs addictions (hors tabac) ; soit 35 personnes sur 44. La prise en charge de certains patients très dépendants se révèle compliquée. Les partenariats avec le service d'addictologie du centre hospitalier, avec le CSAPA et avec le CAARUD sont des soutiens indispensables pour l'équipe et

le projet de la personne.

CONSOMMATION DE TABAC

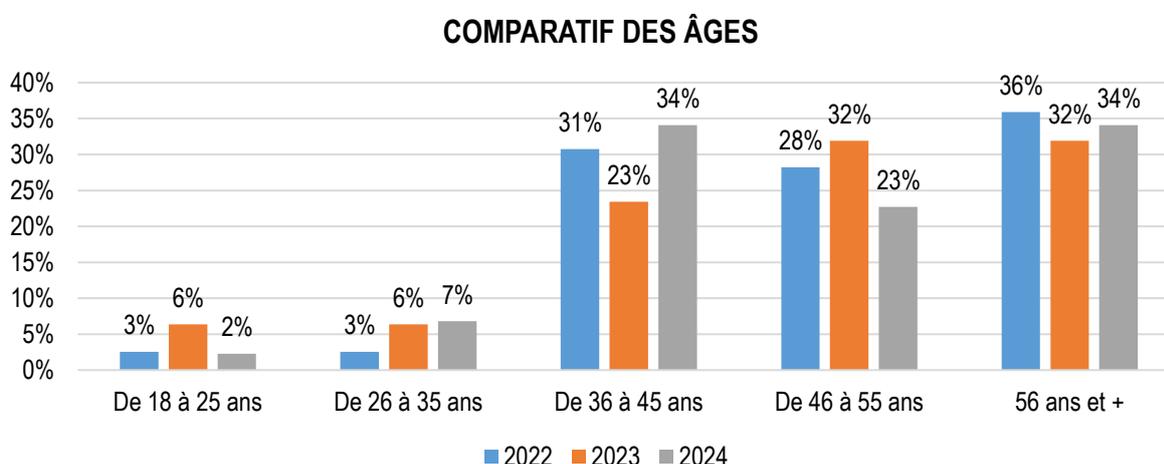


La consommation de tabac est présente pour 34 patients, soit 79%. Un sevrage et un accompagnement est proposé à chacun tout au long de l'année, par l'infirmière du service : avec une

sensibilisation et des actions particulières lors du Mois Sans Tabac.

C. Données sociales

1. Âge des personnes accueillies

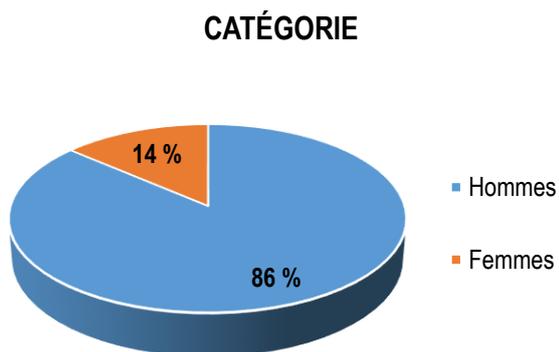


Les écarts d'âges sont sensiblement les mêmes depuis 3 ans : de 25 à 74 ans en 2024, de 19 à 73 ans en 2023, de 18 à 73 ans en 2022.

Toutefois, nous notons depuis 2020 un accueil de personnes de plus en plus vieillissantes et vulnérables. En 2024, 15 personnes sur 44 ont 56 ans et plus, soit près d'un tiers des personnes accueillies alors que nous n'avons accueilli qu'une personne âgée entre 18 et 25 ans et 3 âgées entre 26 et 35 ans.

La précarité touche de plus en plus de personnes vieillissantes. De plus, force est de constater que nous avons accueilli des personnes retraitées qui ne trouvaient pas à se loger avec le montant de leur pension retraite, sans toutefois relever d'une prise en charge en EHPAD. Les pensions de famille peuvent alors s'avérer être une solution de logement adaptée mais le délai des listes d'attente rend souvent le projet irréaliste avant la fin de prise en charge en LHSS.

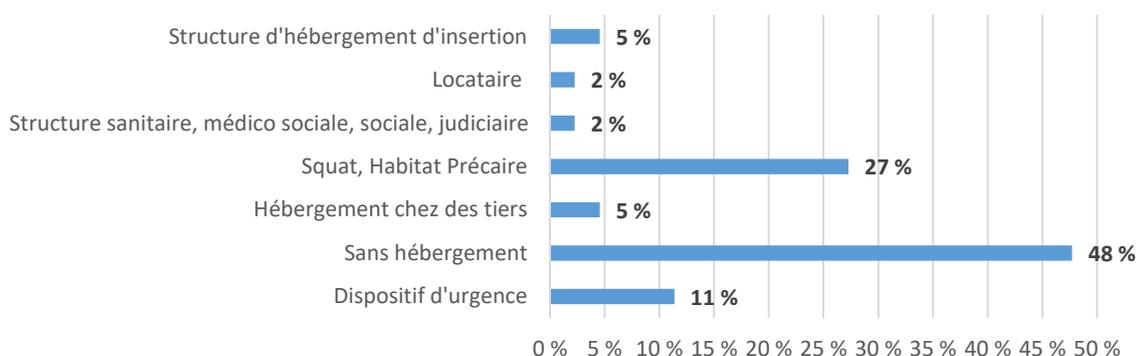
2. Répartition Homme / Femme



Le public accueilli en LHSS reste majoritairement masculin : 38 hommes contre 6 femmes.

3. Situation au regard de l'hébergement avant la prise en charge LHSS

HÉBERGEMENT AVANT LA PRISE EN CHARGE

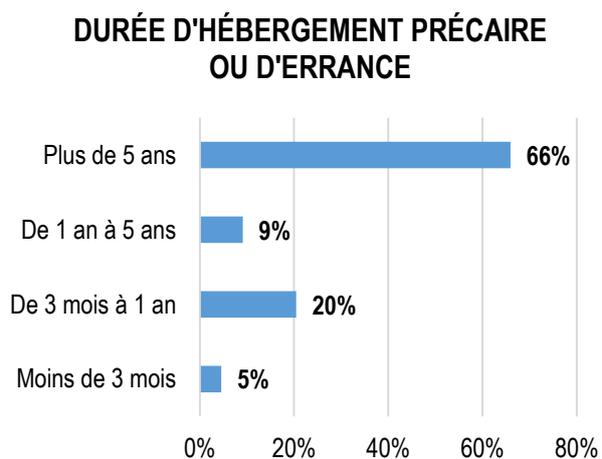


21 personnes n'avaient aucune solution d'hébergement avant leur prise en charge et 12 autres vivaient en squat ou en habitat précaire. 5 personnes étaient prises en charge sur un dispositif d'urgence non compatible avec leur état de santé et 2 hébergées de façon précaire chez des tiers.

3 personnes étaient sur une structure avant leur prise en charge.

1 personne a intégré le service alors qu'elle était locataire. De telles demandes ont fortement augmenté ces dernières années. Il s'agit toujours de situations particulières où la nécessité médicale de prise en charge rencontre une problématique de logement importante (logement squatté / expulsion en cours / insalubrité)

4. Durée d'hébergement précaire ou d'errance



Plus de 7 personnes sur 10 accueillies cette année connaissent un parcours d'errance ou extrêmement précaire depuis plus d'un an (32 personnes) **dont 29 depuis plus de 5 ans, soit 66 %.**

La durée d'errance ou d'hébergement précaire de plus de 5 ans, avant a prise en charge au sein des LHSS est en augmentation constante : 21 % en 2022 et 36% en 2023 contre 66 % en 2024.

Au-delà de l'impact que la précarité peut avoir sur leur état de santé, nous relevons aussi qu'un projet d'insertion est alors très compliqué à envisager. En effet, ces personnes ont besoin dans un premier temps de se poser avant d'envisager quelque projet que ce soit. L'éloignement de l'insertion sociale, qu'elle soit à travers le logement ou l'emploi, est tellement grand qu'une prise en charge dans la durée, avec un soutien socio-éducatif au quotidien, est incontournable pour les aider à définir un projet.

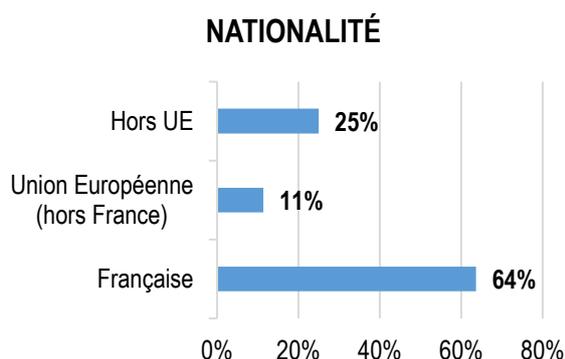
5. Domiciliation

Cette année, 73% des personnes accueillies avaient une domiciliation à leur entrée en LHSS, soit 32 personnes. Notons toutefois, que pour beaucoup d'entre elles, la domiciliation a été initiée lors de l'hospitalisation.

Les personnes entrées sans domiciliation ont été accompagnées dans cette démarche. Celle-ci est indispensable dans l'accompagnement social. En effet, la domiciliation est une étape primordiale et nécessaire pour nombres de démarches avec les différentes administrations.

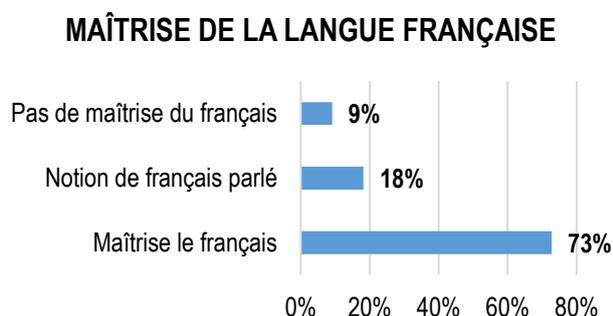
Cette année, nous avons poursuivi le lien privilégié construit en 2020 avec le service de domiciliation de la Croix Rouge, devenu en 2023 service domiciliation du CCAS de Perpignan.

6. Origine géographique



Nous retrouvons cette année sensiblement les mêmes proportions de personnes accueillies que l'année dernière. 28 étaient de nationalité française, 5 originaires de l'union européenne et 11 étrangères, hors union européenne.

Sur les 16 personnes d'origine étrangère, 4 ne maîtrisaient pas du tout la langue française et 8 avaient des notions de français parlé.



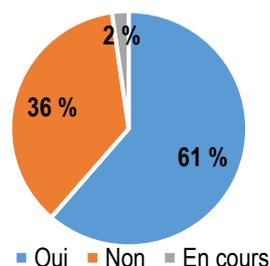
Le recours à des traducteurs assermentés est alors indispensable pour la présentation du fonctionnement de la structure (présentation du règlement, organisation des consultations médicales, entretiens avec les travailleurs sociaux ou tout autre professionnel.

La recherche de solution pérenne à la sortie est particulièrement complexifiée si la situation de la personne n'est pas régulière sur le territoire français ou si elle n'ouvre pas de droits aux minima sociaux.

7. Documents d'identité

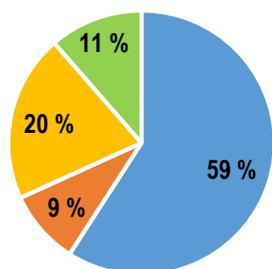
Près des deux tiers des personnes accueillies avaient un document d'identité lors de leur admission (27 personnes) alors que 17 n'en avaient pas.

PIECES D'IDENTITÉ A L'ENTRÉE



8. Couverture sociale

COUVERTURE SOCIALE



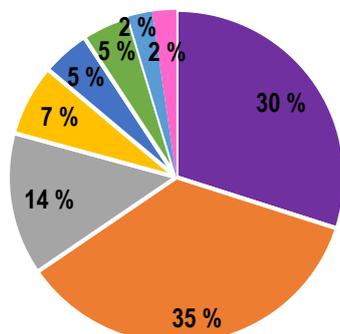
- C2S
- Régime de base
- AME
- Sans couverture sociale
- Régime de base + complémentaire

59 % des personnes accueillies avaient une couverture sociale à l'entrée, soit 26 personnes, 5 personnes bénéficiaient (11%) d'une Aide Médicale d'État et 9 (20%) avait une mutuelle.

Toutefois, encore 4 personnes accueillies en 2024 n'avaient aucune couverture sociale lors de leur admission, soit 9% (contre 19% l'an passé). Il s'agit là de personnes d'origine étrangère, que ce soit de l'Union Européenne ou non.

9. Ressources

RESSOURCES



- Sans Ressources
- RSA
- Retraite
- Allocation chômage
- Autres
- Pension d'invalidité
- AAH
- ADA

Comme l'année dernière, les personnes sans ressources représentent près d'un tiers des personnes accueillies (13 personnes soit 30% contre 34% l'an passé). Les bénéficiaires du RSA sont au nombre de 16, et ceux de l'AAH au nombre de 6.

3 personnes perçoivent la retraite et 2 une allocation chômage.

Deux sont bénéficiaires de la pension d'invalidité et une personne perçoit l'ADA et une autre personne perçoit des ressources de manière aléatoire.

III/ DONNÉES RELATIVES A LA SORTIE

A. Durée moyenne de séjour

Durée moyenne d'hébergement	Moins de 1 mois	Entre 1 et 2 mois	Entre 2 et 6 mois	Plus de 6 mois
Pourcentage	16%	16%	65%	3%
Nombre	6	6	24	1

37 personnes sont sorties du dispositif durant l'année 2024.

Nous notons une légère diminution de la durée moyenne de séjour cette année :

78 jours en 2024 contre 83 jours en 2023 et 117 jours en 2022.

B. Motifs de sortie

Motifs de fin de prise en charge	Nombre	%
Fin du contrat de séjour	25	67%
Rupture par le résident	6	17%
Hospitalisation	2	5%
Décès	1	3%
Rupture par la structure	3	8%
Total	37	100%

En 2024, trois fins de prise en charge ont été prononcées par l'établissement en raison de manquements au règlement. En l'occurrence, ces personnes s'étaient absentes sans prévenir à plusieurs reprises pendant plusieurs nuits consécutives, mettant ainsi à mal leur projet de soins.

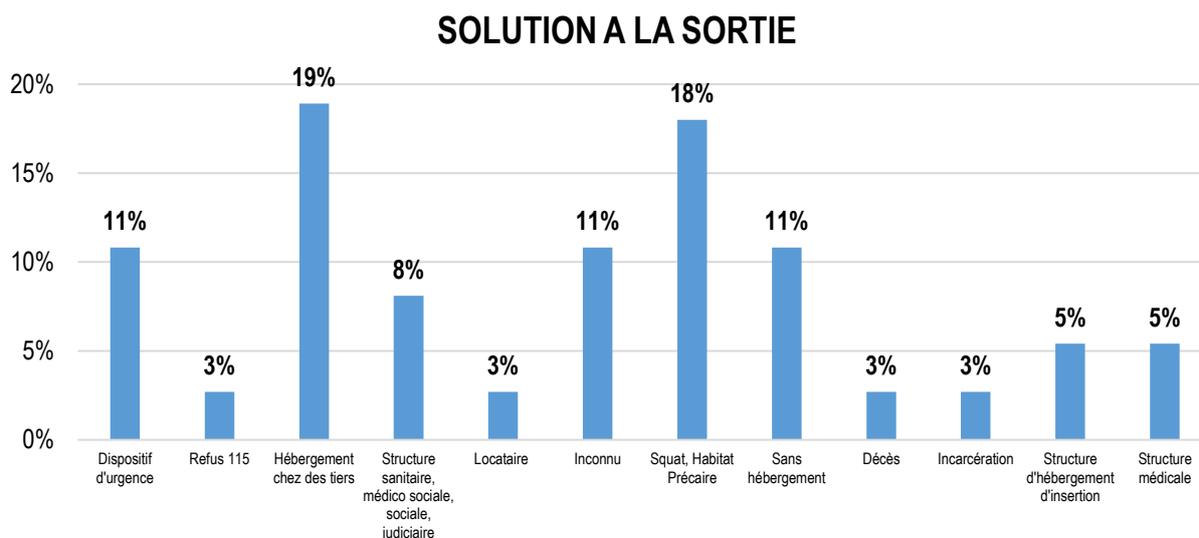
Une personne est décédée après avoir été transférée aux urgences.

Deux personnes ont dû être hospitalisées pendant leur séjour, car leur état de santé n'était pas compatible avec une prise en charge en LHSS.

Dans le cadre des départs pour fin de contrat de séjour (contrat de séjour arrivant à terme, non renouvelé car état de santé ne relevant plus de notre dispositif), plusieurs cas de figure se présentent :

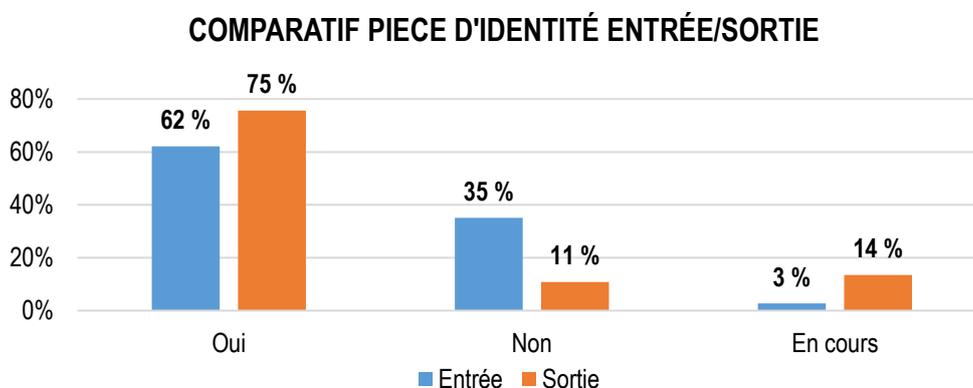
- 7 personnes ont été hébergés par des tiers,
- 4 personnes ont intégré un dispositif d'urgence,
- 3 personnes ont intégré un structure d'insertion : CHRS, place de stabilisation, IML,

- 1 personne est partie en appartement de coordination thérapeutique,
- 1 personne a intégré une pension de famille,
- 4 personnes ont quitté le service à l'issue de leur contrat sur décision médicale (stabilisation ou guérison de leur pathologie) sans solution à la sortie dont un a refusé de contacter le 115,
- 5 personnes ont quitté le service à l'issue de leur contrat sur décision médicale (stabilisation ou guérison de leur pathologie) et ont réintégré leur squat.



C. Éléments comparatifs entre l'entrée et la sortie

1. Documents d'identité

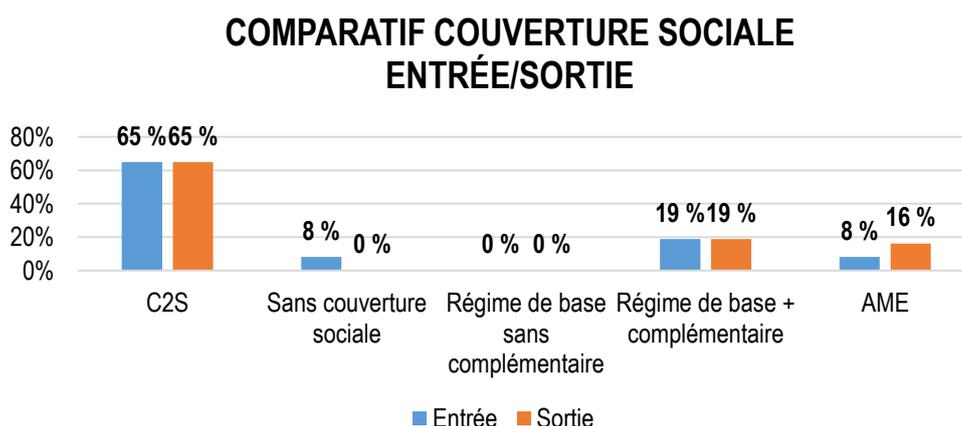


Nous constatons qu'une majorité des personnes sortent du dispositif avec un document d'identité valide (28 personnes, soit 75 %). 5 personnes ont déposé leur demande et sont en attente de son instruction.

L'accompagnement à l'obtention d'un document d'identité valide en France est donc un aspect important du projet social.

Parmi les 4 personnes pour lesquelles il n'y a pas de document d'identité à la sortie, trois d'entre elles sont de nationalité étrangère. Pour autant, nous les avons accompagnés dans la démarche, notamment en leur présentant des associations d'aide aux migrants. Pour la dernière personne, le séjour de l'une a été trop bref pour que la démarche soit initiée ; mais le lien avec les partenaires est effectué lors de la sortie ; afin que la démarche puisse être effectuée.

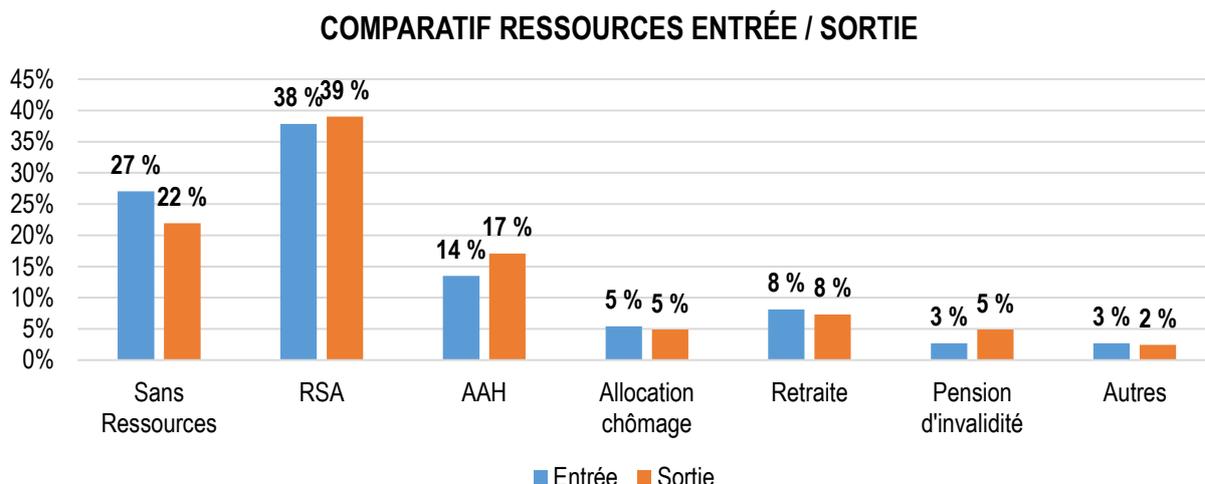
2. Couverture sociale



Aucune personne accueillie a quitté le dispositif LHSS sans couverture sociale.

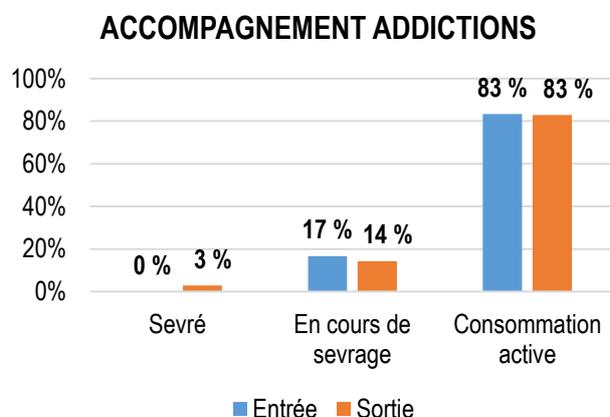
Le partenariat avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie facilite fortement l'ouverture de droits pour ceux qui en ont besoin urgemment et dont la situation administrative permet de faire la démarche.

3. Ressources



Cette année, 9 personnes ont quitté la structure sans ressources soit 22% contre 27% en 2023.

4. Addictions



En 2024 :

- 1 est sevrée à la sortie,
- 5 étaient en cours de sevrage à leur sortie,
- 29 sont sorties avec une consommation active.

Toutes les personnes ayant une consommation active d'alcool, à leur entrée, se sont vus proposer un accompagnement vers le sevrage.

97% des personnes sorties en 2024 fument quotidiennement à leur entrée.

- 1 personne a adhéré à un projet d'aide à la diminution, puis au sevrage. Elle a quitté le dispositif en étant totalement sevrée (avec patchs de substituts nicotiniques)

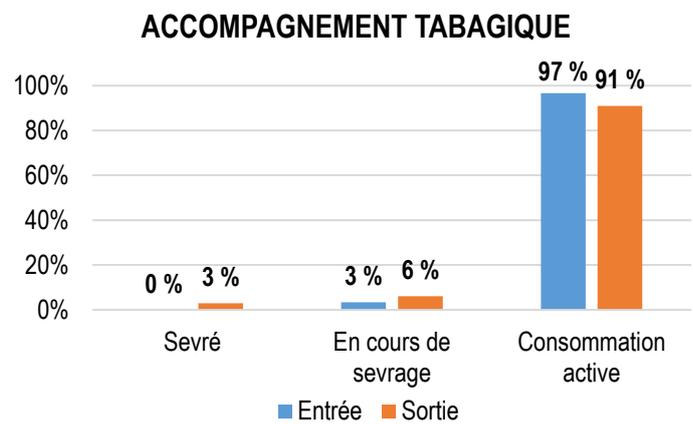
- 2 étaient en cours de sevrage à leur sortie

- 30 personnes avaient une consommation active à leur sortie

-

Chaque personne fait l'objet d'un suivi personnalisé, et la méthode de sevrage (ou d'aide à la diminution) est choisie avec le patient, facilitant l'adhésion.

L'organisation du mois sans tabac sur la structure permet de sensibiliser davantage aux méfaits du tabac. Cependant cette année, au vu du changement d'équipe médicale, cette activité n'a pu être mise en pratique : elle reste un objectif majeur en 2025.



BILAN QUALITATIF

A. Le quotidien comme outil d'accompagnement médico-social

1. L'accueil et sa préparation

Si chaque personne prise en charge en LHSS est unique et que son accompagnement est individualisé, nous notons un dénominateur commun : un fort isolement. Le public a souvent un parcours de vie complexe qui l'a fortement fragilisé. L'équipe s'attache donc à accueillir la personne de la meilleure façon possible. Pour cela, elle a réfléchi à une organisation commune.

Le jour de son arrivée, la personne est accueillie par l'infirmière et l'assistante de service social du service. Ensemble, elles font visiter la structure, installent la personne dans son studio et la reçoivent pour un premier entretien commun. Lors de ce premier entretien, le cadre général de la structure et le règlement de fonctionnement sont expliqués. Une écoute active et attentive ainsi qu'une attitude bienveillante sont alors nécessaires pour entendre les premières demandes de la personne et pour qu'elle puisse exprimer les inquiétudes qu'elle peut avoir à l'entrée dans la structure. Au-delà de la contenance que permet ce premier entretien, il a aussi pour objectif de créer les conditions favorables à l'instauration d'un lien de confiance. Le fait que l'accueil soit assuré en équipe médico-social participe à l'inscription dans le dispositif pour la personne.

En amont de la prise en charge, la maitresse de maison veille à ce que le studio mis à disposition soit propre, accueillant et fonctionnel pour chaque personne. En cela, elle veille au bien-être de la personne dès son arrivée. Elle s'assure que l'installation se passe dans les meilleures conditions, proposant ses services et son écoute. Elle est en charge de l'état des lieux d'entrée, acte qui permet l'appropriation de l'espace de vie par la personne accueillie. Cette étape est souvent primordiale pour des personnes qui n'ont jamais eu de logement ou pas depuis de nombreuses années. En effet, le fait d'avoir un espace privatif, avec une clef pour le sécuriser leur permet de retrouver une forme de dignité.

Les autres membres de l'équipe ne pouvant pas être toujours présents lors de l'arrivée, chacun trouvera le temps de la rencontre en fonction de ses possibilités.

Le médecin, présent un jour et demi par semaine, rencontre le patient dans les meilleurs délais. Lors de la première consultation, il définira avec le patient son projet thérapeutique.

La psychologue, présente 2 jours et demi par semaine pour l'ensemble des personnes de la Résidence, prend le temps d'aller se présenter. L'objectif est d'aller à la rencontre du sujet afin de l'informer de sa disponibilité, de permettre au sujet de percevoir quand et comment il peut se saisir de la présence du psychologue au sein de l'établissement.

Enfin, lors de l'arrivée de la personne et de la visite de la structure, il est bien précisé qu'il se trouve toujours quelqu'un au bureau d'accueil : travailleur social en journée, veilleur la nuit. La mise à disposition d'un téléphone dans chaque studio permettant d'appeler le bureau d'accueil favorise la sollicitation des professionnels si besoin. La nuit pouvant être propice à des moments d'inquiétude ou d'angoisse, le personnel de veille peut aussi apporter une écoute rassurante et bienveillante. Ainsi, au-delà du soutien que l'équipe médico-sociale des LHSS apporte, la personne accueillie peut aussi s'appuyer sur l'ensemble des professionnels de la structure.

2. Le rôle de la maîtresse de maison

Présente 5 jours par semaine, la maîtresse de maison a un rôle prépondérant au quotidien. Elle adapte sa place en fonction des besoins de la personne. Ainsi, dans l'entretien du logement et du linge, elle adapte son accompagnement en allant du soutien à la suppléance en passant par l'apprentissage. Cette notion d'apprentissage est bien souvent indispensable pour des personnes ayant des parcours d'errance.

Cette année, la maîtresse de maison a du davantage pallier au manque d'autonomie des personnes, faisant à la place pour progressivement être dans une notion d'apprentissage. Les problèmes de santé étant limitant pour effectuer les gestes de la vie courante.

Ses interventions au plus près du quotidien lui donne une place privilégiée dans l'écoute et le soutien des personnes accueillies. Ces moments privilégiés favorisent la création d'un lien. Grâce à cette présence bienveillante, une relation de confiance s'établit favorisant une prise en charge globale.

Enfin, elle peut être le premier témoin d'une dégradation physique ou psychique de l'état d'une personne. Elle a alors un rôle d'alerte envers l'équipe sur ses constats ce qui peut permettre de réajuster la prise en charge.

3. Une attention au quotidien

Le personnel des LHSS est attentif et à l'écoute des singularités de chaque personne. Cette attention permet la création de lien indispensable pour l'accompagnement médico-social.

Dès l'admission, l'équipe s'assure que la personne s'intègre bien dans son nouvel environnement et qu'elle se repère dans la structure. Par exemple, elle porte une attention particulière à l'inscription aux repas. Cette attention sur les premiers jours permet aussi d'évaluer les capacités de la personne accueillie et de les partager avec le pôle médical en vue de la construction du projet personnalisé.

La présence quotidienne de l'infirmière, et la visite médicale une fois par semaine par le médecin permet à la personne accueillie d'aborder toute problématique, laissant émerger des demandes qui lui sont propres.

L'assistante de service social du service est également très présente au quotidien avec les personnes accueillies. Sa présence journalière et ses accompagnements extérieur permettent de nombreux échanges.

L'éducateur socio-sportif se place dans une véritable démarche d'aller vers et va au-devant de toutes les personnes accueillies, facilitant l'engagement de la personne dans la pratique d'une activité physique. Ces instances sont des temps où la personne verbalise beaucoup de choses quant à son parcours, ses envies et ses difficultés. L'éducateur socio-sportif peut alors, avec l'accord de la personne renvoyer vers les membres de l'équipe compétents en la matière.

4. Une volonté d'inscrire la personne dans la vie de la Résidence

L'accueil des personnes en LHSS est temporaire mais pour autant, il est important aux yeux de l'équipe que la personne puisse avoir une entière place au sein de la Résidence, être reconnu par l'autre et ainsi pouvoir s'inscrire dans les projets et les ateliers proposés par l'ensemble de l'équipe de la Résidence.

Il peut s'agir de sorties de découverte du patrimoine culturel du département, des activités de loisirs (sortie neige, concert...), des animations au sein de la Résidence (kermesse, vide grenier...) ou encore des ateliers à visée éducative (économie d'énergie, gestion du budget...).

Les ateliers cuisines et les repas partagés sont également des activités appréciées par les personnes accueillies. Ces temps d'échange propice à l'ouverture, à la rencontre de nouvelles cultures et au partage d'un met commun sont des instants

où l'ensemble des personnes accompagnées au sein de la Résidence peuvent se retrouver dans un moment convivial.

Enfin, les sorties et activités de plein air aident les personnes à se percevoir autrement que comme des malades et favorisent aussi l'inscription dans la vie collective de la Résidence.

A la demande d'une des personnes accueillies au LHSS, monsieur G, nous avons mis en place un atelier jardinage sur la structure. La structure bénéficie de nombreux espaces extérieurs inexploités à ce jour. Cette personne a voulu créer un atelier dans le but d'entretenir et valoriser au mieux ces espaces verts.

Cet atelier avait plusieurs aspects :

- La préparation en amont, par l'achat d'équipements adéquats (gants, outils de jardins, sacs...),
- La planification des dates d'atelier,
- L'atelier en lui-même.

Monsieur G est sans domicile fixe depuis plus de 10 ans. Il vit dans un casot sur un terrain de plus de 5000m² sans droits ni titre avec ses deux chiens. A son arrivée au LHSS, son état de santé ne lui permettait pas de pouvoir se déplacer correctement. Par la suite, monsieur étant mieux physiquement, il a commencé à se sentir oppressé sur la structure. En effet, notre structure étant localisée en ville attenante à de nombreux magasins, monsieur ne se sentait pas dans son élément.

Afin de se sentir apaisé et de réduire son stress sur la structure, la mise en place de l'atelier jardinage, lui a permis d'être un peu plus au contact de la nature.

Cet atelier a été ouvert à toutes les personnes accueillies de la structure. Un résident du CHRS travaillant dans les espaces verts a été heureux d'apporter son aide et a pu mettre en avant ses compétences professionnelles.

D'autres personnes accueillies ont participé à cet atelier. Bien entendu, il a été adapté en fonction des différentes capacités physiques des personnes.

Enfin, cet atelier a permis à certains de développer ou de mettre en place des liens sociaux entre les personnes accueillies sur la structure pour partager des connaissances, créer une dynamique de groupe....

Cet atelier se poursuivra en 2025 si cela paraît pertinent pour les personnes accueillies à ce moment-là.

B. Les accompagnements liés aux soins

1. Déclinaison du « soin »

- Le projet thérapeutique

Lors de l'accueil, le dossier médical de la personne accueillie est créé. A l'issue de la première consultation, le médecin coordinateur définit avec le patient un projet thérapeutique. Ce dernier se construit en fonction des antécédents médicaux, de l'anamnèse et de l'examen clinique. Il est inscrit dans le dossier médical du patient (dossier confidentiel tenu conjointement par le médecin et l'infirmière coordinatrice).

Ce projet thérapeutique sera réévalué chaque semaine en consultation. Il servira de cadre de soin. Il sera repris et suivi par l'infirmière qui pourra évaluer l'observance du traitement, la tolérance à celui-ci, afin de pouvoir rapporter les éléments permettant son ajustement avec le médecin.

Le jour de la consultation initiale est établi un dossier d'urgence confidentiel, mis à disposition des professionnels de la Résidence, à l'attention des médecins urgentistes qui pourraient intervenir sur les temps d'absence du médecin, ou de l'infirmière. Ce dossier est réévalué hebdomadairement si besoin.

- La gestion des traitements

L'infirmière s'occupe de la mise en place du traitement selon l'ordonnance de prescription médicale. L'approvisionnement en médicaments se fait par commande à la pharmacie de ville, facilité par le partenariat mis en place. Les médicaments sont stockés dans une pharmacie fermée à clef, à l'infirmerie.

L'infirmière distribue les traitements sous forme de piluliers, en adaptant la distribution selon l'autonomie du patient (quotidiennement ou de façon hebdomadaire). En son absence, un cabinet d'infirmiers libéraux prend le relais.

- La coordination des soins

Elle est réalisée par l'équipe médicale : médecin coordinateur et infirmière coordinatrice. Le lien avec les partenaires est privilégié, garantissant la continuité des soins avec recueil et communications d'informations médicales essentielles tout en préservant le caractère secret des informations médicales. Ce lien se fait avec tout le corps médical ou paramédical réuni autour du patient concerné (Infirmiers libéraux,

kinésithérapeute, laboratoire, médecins spécialistes, CSAPA, CLAT, EMPP, réseau plaie et cicatrisations ...). Ce recueil d'informations est consigné dans le dossier médical du patient gardé à l'infirmierie LHSS.

- Les accompagnements physiques

Ils sont réalisés auprès de spécialistes, ou de soins hospitaliers par l'infirmière. L'autonomie des patients est bien entendu privilégiée. Mais un accompagnement initial permet souvent un meilleur ancrage du patient aux soins par un ressenti de passage de relai entre soignants. Pour certains, la fragilité temporaire par la maladie, l'épuisement à l'arrivée, ou le barrage de la langue justifient d'un accompagnement systématique. Nous tenons à cet « accompagnement avec » qui permet de retrouver confiance par un étayage adapté et une meilleure compréhension de son projet de soin, ce qui augure d'une meilleure autonomie médicale à sa sortie.

Toutefois, il y a également des accompagnements aux courses, pour des démarches bancaires, vétérinaires...qui sont réalisés par l'assistante sociale de la structure. Compte tenu de l'état de santé, de la barrière de la langue, de la vulnérabilité des personnes en outre, certaines démarches se font via l'accompagnement de l'assistante sociale.

- Les entretiens individuels

Pour l'ensemble des personnes prises en charge, des rencontres individuelles régulières sont effectuées.

- L'éducation à la santé

L'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique vise à l'autonomie du patient face à sa maladie chronique. Pour cela, l'équipe médicale s'emploie à délivrer une information ciblée et compréhensible sur la pathologie, la prescription et la délivrance des traitements.

L'éducation à l'hygiène est un des axes de l'éducation thérapeutique. L'IDE met en place les soins de nursing nécessaires si le patient n'y parvient pas seul.

L'IDE peut planifier un rendez-vous chez un dentiste partenaire afin de pallier aux problèmes dentaires. Ces derniers peuvent être une porte d'entrée à des problèmes infectieux plus graves mais aussi de problèmes digestifs et de dénutrition par incapacité à manger ou mâcher correctement.

Une consultation chez un ophtalmologue est également proposée.

La prévention et le dépistage des maladies infectieuses sont réalisées en lien avec les partenaires. Le dépistage de la tuberculose et des MST est systématiquement organisé par l'IDE. Le CLAT, le SMIT et l'EMH du centre hospitalier prennent alors en charge le patient si besoin.

Les femmes se voient orientées vers une sage-femme (qui intervient le vendredi tous les 15 jours au SMIT), afin d'y réaliser une consultation et éventuellement le dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi qu'une mammographie selon leur âge.

L'ensemble de ses démarches s'effectuent toujours avec la personne.

2. Le travail de réseau et de partenariats

Le travail en réseau et partenariat est indispensable pour assurer une prise en charge médicale de qualité sur le service des LHSS.

Les LHSS ont signé des conventions de partenariat avec :

- Le centre hospitalier général, incontournable interlocuteur du fait de la précarité de nos patients mais aussi de sa proximité géographique. Un lien particulier a été tissé avec l'EMH, le SMIT, la PASS, le CLAT et le service d'Addictologie
- Le Centre hospitalier psychiatrique de Thuir est notre référent hospitalier pour les publics en souffrance psychique
- Une pharmacie de proximité permettant une livraison rapide des médicaments sur l'établissement
- Un cabinet infirmier de ville connaissant bien la structure depuis de nombreuses années nous permettant d'assurer la continuité des soins quand l'IDE n'est pas sur la structure.

De plus, nous avons développé un réseau de soignants facilitant notre réactivité pour mettre le soin en place :

- Un laboratoire de proximité
- Un cabinet de kinésithérapie
- Un cabinet de pédicurie-podologie
- Un cabinet d'ophtalmologie
- Un cabinet dentaire
- Un opticien
- Une compagnie de transport connaissant bien le public de la précarité

3. Les interventions de partenaires sur site

Plusieurs acteurs du soin interviennent au sein de la Résidence sous forme de permanence. Ces dernières sont ouvertes à l'ensemble des personnes accueillies le public pris en charge en LHSS peut en bénéficier.

Le CSAPA intervient 2 fois par mois au sein de la Résidence. L'IDE de France Addictions reçoit les patients, adressés par le médecin des LHSS, afin de faciliter leur suivi de sevrage, et sollicite le médecin addictologue de l'hôpital pour les prendre en charge, dans le but de favoriser un ancrage extérieur qui leur servira à la sortie.

Le CARRUD de l'ASCODE intervient également 2 fois par mois sur une permanence. Les personnes peuvent s'y rendre sans que l'équipe soit informée. La possibilité de rencontres anonymes est au cœur de la pratique du CARRUD. C'est un partenaire indissociable et actif des LHSS qui propose un accompagnement individuel à la réduction des risques. Lorsqu'un patient pris en charge en LHSS est déjà connu par le CARRUD, un travail de collaboration est mis en place, notamment dans la démarche de réduction des risques autour de la consommation de substances psychoactives.

L'équipe mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), rattachée au CHS de THUIR, assure une permanence une fois par mois. Elle peut aussi intervenir en dehors de cette permanence à la demande de l'équipe. Ce partenaire permet de travailler une orientation vers les services psychiatrie lorsque cela s'avère nécessaire.

C. La prise en charge psychologique

Lors des rencontres entre la psychologue et la personne accueillie, l'objectif est de permettre la création d'un espace de parole libre, sans obligations ni automatisme de définition de soi. Le but est de créer un espace de verbalisation libre et sans jugement, permettant la prise en compte d'une réalité interne. La psychologue s'attache à ne pas être dans une injonction à une élaboration psychique tout en créant un « espace clinique » cadrant et contenant. Selon l'analyse et la demande, la psychologue pourra proposer plusieurs rencontres pouvant mener au travail psychique du sujet.

1. Lien entre la psychologue et ses collègues des LHSS

La place du psychologue auprès de ses collègues vise à créer une élaboration psychique sur le processus de désocialisation afin de permettre une nouvelle lecture

des problématiques rencontrées (difficulté d'insertion, mise en danger, addiction, répétition, violences...). Cela permet à l'ensemble de l'équipe une prise de recul, une réflexion face à des situations qui mettent à mal le travail tant médical que social.

La psychologue s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire, dans le lien avec ses collègues afin de pouvoir offrir un regard clinique, analytique ainsi qu'un espace d'écoute, d'entraide et d'analyse pour les membres d'un même service.

2. Les difficultés de la mise en place de cette prise en charge psychologique

La psychologue est présente 2,5 jours par semaine au sein de la Résidence Arc En Ciel. Il est alors nécessaire de s'adapter au temps du sujet, au temps de la rue, qui ne correspondant pas au temps institutionnel.

La psychologue va à la rencontre en s'adaptant à la temporalité du sujet accueilli. L'investissement de l'espace offert n'est pas chose aisée pour les personnes venant pour un court séjour dans le service. Par méconnaissance de l'espace offert, ou par expériences passées ayant marqué le sujet, ce dernier peut refuser la rencontre.

L'entretien avec la psychologue est toujours une proposition faite et non une obligation. Le refus doit donc être pris en compte et être respecté.

Cela n'empêche pas, par ailleurs, la psychologue de pouvoir aller à la rencontre de la personne lors de sorties extérieures ou lors d'activités au sein de la structure. Cette démarche d'aller vers peut permettre la création d'un lien, avec la possibilité pour le sujet de pouvoir s'en saisir.

3. Nombres d'entretiens et de personnes accueillies reçues

Nombre d'entretiens et de personnes accueillies reçues.

De Janvier à Octobre 2024, 14 personnes ont pu être rencontrées en LHSS avec une moyenne de 2 à 5 rencontres pour chaque personne. Conformément à la typologie du public accueilli, une majorité d'hommes a été rencontrée (12 hommes pour 2 femmes).

De mi-novembre 2024 au 31/12/24 : 5 hommes rencontrés (total 8 entretiens).

4. Recrutement d'une nouvelle psychologue

Suite à la démission de la psychologue, une nouvelle professionnelle a été recrutée.

Cela a engendré une absence de psychologue pendant environ 1,5 mois, temps du recrutement.

La psychologue participe à la réunion hebdomadaire ainsi qu'à l'APP,

Elle rencontre les personnes si la demande est exprimée ou bien sur proposition d'un rendez-vous suite aux observations des professionnels. L'occasion d'une première rencontre, d'une évaluation de la demande de suivi psychologique, d'une évaluation du parcours de soin en santé mentale, de la prise en soin actuelle (psychiatrie, psychologie, addictologie etc.), une première évaluation du fonctionnement psychique de la personne, de ses attentes quant à son séjour en LHSS,

En fonction de cette première rencontre, le psychologue pourra choisir entre différents types d'intervention :

- Suivi ponctuel,
- Suivi régulier,
- Lien avec les soignants actuels,
- Orientation vers un espace de soin extérieur,
- Échanges informels avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire pour ajustement de l'accompagnement, soutien à l'élaboration de la problématique psychique de la personne,
- Lien avec les partenaires extérieurs spécialisés dans le soin en santé mentale : psychiatrie de ville, médecin traitant, EMPP, service d'addictologie, unité psychiatrique intra ou extra hospitalières....,
- Rencontres ponctuelles avec la CDS afin de penser et accompagner la vie institutionnelle,
- Participation à l'élaboration de certains projets institutionnels (projet cafétéria, parentalité, santé mentale).

5. Projets à venir 2025

- Rencontre individuelle systématique des nouveaux patients,
- Élaboration d'un projet d'activité thérapeutique à médiation animale,
- Création d'un atelier santé mentale en collaboration avec l'EMPP « Bien-être »,
- Soutien à l'élaboration du projet cafétéria,

D. La prise en charge socio-sportive

La prise en charge socio-sportive a pour mission de favoriser le développement individuel et social des personnes. Cette prise en charge utilise le sport comme support à la réinsertion sociale, à l'éducation à la santé et/ou à la relation éducative.

Au sein du service LHSS, l'éducateur socio-sportif a une place centrale dans l'accompagnement des personnes accueillies. Son intervention se situe à la croisée de la prise en charge médicale et sociale. En effet, s'inscrivant dans le projet personnalisé et individualisé de la personne accompagnée, les séances permettent de travailler des points divers comme la réappropriation du corps, les interactions sociales ou encore l'estime de soi.

1. Types d'activités mises en place

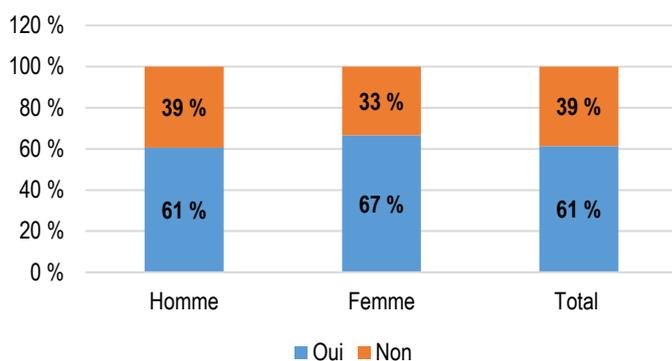
Les activités se sont déroulées de façon collective ou individuelles autour de pratiques sportives ou de loisirs. Les personnes accueillies disent fortement apprécier les activités de pleine nature. Lors de ces moments en dehors de l'institution, leur parole peut être plus libre et favorise les échanges informels.

Les activités proposées peuvent être initiées par l'éducateur socio-sportif ou mise en place suite à des demandes des personnes accueillies.

En fonction des besoins et des attentes l'éducateur socio-sportif a pu proposer des activités telle que la marche nordique, la randonnée, la gymnastique douce, la relaxation, du renforcement musculaire, sortie pêche, pétanque

Cet échantillon des activités proposées montre bien l'étendue des possibles avec un public très précaire. Cela répond à la volonté d'individualisation et d'adaptation de la prise en charge à chaque personne accueillie.

PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ SPORTIVE



Plus de la moitié des personnes accueillies ayant l'autorisation médicale de pratique d'une activité physique s'y sont engagées soit 27 personnes sur 44 (61% des personnes accueillies).

Conformément à la typologie du public accueilli, la pratique est majoritaire masculine. En effet, 23 hommes ont participé à une activité physique proposée par l'éducateur socio-sportif ce qui correspond à 61% des hommes pris en charge et pouvant pratiquer une activité physique. Seulement 4 femmes sur 6 se sont engagées dans une activité physique, soit 67% de la population féminine.

2. Les plus-value de la pratique physique dans la prise en charge

L'activité sportive, bien que perçue comme un outil de renforcement physique, joue un rôle central dans l'accompagnement global des personnes accueillies. En complément des soins médicaux, l'éducateur socio-sportif participe activement à l'engagement des individus dans leur parcours de soin. Lorsqu'une rééducation est nécessaire, l'éducateur peut proposer des séances d'activité physique adaptées, contribuant ainsi à la réhabilitation de la personne dans son ensemble. Cela est particulièrement précieux lorsque des kinésithérapeutes recommandent des exercices quotidiens : l'intervention de l'éducateur socio-sportif devient un soutien indispensable, permettant de maximiser les résultats.

L'activité physique a également des effets notables sur la santé générale des personnes accueillies. En effet, la pratique régulière d'une activité physique, même modérée, améliore l'état de santé global des personnes accueillies, les aide à mieux gérer les symptômes de certaines pathologies et, à plus long terme, contribue à la prévention de complications futures.

En parallèle, l'éducateur socio-sportif occupe une place clé dans la prévention et l'éducation à la santé. Lors des périodes de fortes chaleurs, par exemple, il sensibilise les personnes à l'importance de l'hydratation et leur rappelle les bons gestes pour prendre soin de leur santé au quotidien.

Son intervention a une place primordiale dans la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive. En effet, la pratique d'une activité physique peut venir compenser la sensation de manque ou l'envie du produit addictif en favorisant la réduction du stress et de l'anxiété, en aidant à retrouver un sommeil de qualité, à lutter contre certaines maladies ou encore à accroître la confiance en soi. Les séances de sport visent alors, par le biais du dépassement de soi et du ressenti du corps à travailler sur la place du corps et le relâchement de l'esprit. L'un des objectifs est que la personne ressente du bien-être pendant et après la pratique.

Mr. B âgé de 36 ans est pris en charge à la suite d'une hospitalisation de longue durée. En raison de sa pathologie, il rencontre de grandes difficultés à marcher (douleurs dans les membres inférieurs) et est appareillé à l'aide d'un fauteuil roulant ainsi que de cannes anglaises. La prise en charge aux LHSS lui permet de bénéficier d'un accompagnement autour de sa pathologie et de limiter sa perte musculaire. M. se saisit aussi de son séjour pour demander un accompagnement autour de sa consommation d'alcool. En effet, il semble prendre conscience, grâce à l'éducation thérapeutique proposée, il est possible de réduire sa consommation d'alcool. Pendant son séjour, M. s'est investi dans les propositions d'activité physique. Au travers de séances collectives et individuelles, un travail a pu s'initier autour de la reprise de confiance en soi et de valoriser son estime de lui-même. Il a ainsi pu, par le biais de l'activité physique, échanger sur sa consommation et les effets qu'elle peut avoir sur sa santé physique et psychique. Une activité innovante lui a permis de s'ouvrir à d'autres pratiques sportives. Aussi, Monsieur a pu s'ouvrir avec le temps, à l'occasion à d'autres personnes sur l'établissement notamment à travers une activité pêche.

L'éducateur socio-sportif s'inscrit dans l'accompagnement pluridisciplinaire proposé aux LHSS. Il adapte son activité en fonction du projet individualisé de la personne accueillie. Les séances proposées apportent ainsi plus qu'une simple activité sportive.

L'activité sportive permet également un travail sur l'estime de soi pour les personnes pratiquantes. Cette estime peut se manifester par une meilleure présentation (en lien avec l'esthétique et l'image de soi) ou une reprise de confiance en soi et en ses capacités. Les personnes mettent dans les séances des objectifs autres que purement physiques, elles y incluent des objectifs de développement personnel à travers des objectifs professionnels, des aspirations à un bien être ou d'autres projets personnels.

En outre, la pratique d'une activité physique favorise un travail sur la gestion des émotions ou la connaissance de soi. Ce travail se met en place au travers de l'effort fourni mais également par les échanges avec l'éducateur socio-sportif. Les séances individuelles sont des moments privilégiés où la personne accueillie trouve

une oreille attentive, en dehors de l'espace formel d'un entretien ou d'une consultation médicale.

En dépit, des multiples séances effectuées, monsieur décide en fin de séjour d'annuler l'ensemble de ses rendez-vous médicaux visant à son état de santé car il ne trouvera pas (à ces yeux) une solution satisfaisante pour faire garder son animal de compagnie. Cela remet donc entre ses mains son avenir d'un point de santé....

3. L'activité collective comme vecteur de réinsertion

Les notions d'insertion ou d'intégration dans un collectif sont explorées par le biais d'activités physiques ou de loisirs de groupe. Ces activités permettent la rencontre de l'autre, l'intégration ou la réappropriation d'un cadre commun, les interactions sociales.

En interne, elles sont ouvertes à l'ensemble des personnes accueillies sur la résidence.

Parmi les activités proposées, l'éducateur socio-sportif participe de nouveau cette année, à un projet mené pour l'ensemble des personnes accueillies au sein de la résidence Arc-en-ciel avec un IME du département. Cette collaboration permet la rencontre de jeunes accueillis en IME et d'adultes pris en charge au sein de la résidence à travers des activités mises en œuvre sur l'une ou l'autre des structures. Ces activités sont animées par les professionnels à partir d'idées proposées par les personnes accueillies. Les adultes se trouvent alors valorisés, car au-delà de leur statut de sans-abri, ils prennent alors une place de prévention de parcours de vie chaotique.

4. Difficultés rencontrées

Pour le public ayant un parcours de rue depuis plusieurs années, la pratique d'une activité physique n'est pas une évidence.

Il est pour cela nécessaire de comprendre le sens.

L'accroche éducative est plus difficile et le lien de confiance ne se crée pas facilement. De plus, le premier objectif de la prise en charge, au-delà du soin, est bien souvent d'essayer de trouver une solution de sortie évitant un retour sur l'hébergement d'urgence ou la rue. Cela ne favorise pas l'engagement psychique dans une activité physique venant se concentrer sur le corps. A l'inverse, certains ont du mal à quitter le

mode de fonctionnement inhérent à une vie très précaire. Ainsi, ils sont peu présents sur la structure, continue à se rendre dans les endroits habituels.

La conduite addictive a une influence sur la pratique d'une activité physique. Elle vient impacter l'engagement de la personne dans son projet. Il est alors nécessaire pour l'éducateur socio-sportif d'avoir une connaissance des attentes et besoins des personnes accompagnées et de s'adapter à leurs difficultés.

La démarche d'aller vers est indispensable, elle permet de créer les conditions favorables à la création d'un contact et d'un lien de confiance incontournable à l'engagement, même fluctuant dans la pratique d'une activité physique.

La pratique sportive a montré son efficacité comme levier d'insertion sociale, de développement personnel, mais aussi d'amélioration de la santé physique et mentale des personnes accueillies. Les données collectées témoignent d'un véritable intérêt pour les activités physiques proposées, particulièrement dans un cadre moins institutionnalisé, comme les sorties en pleine nature. Cela a permis de renforcer les liens sociaux et d'offrir aux personnes une nouvelle forme de réinsertion, en dehors des contraintes habituelles.

Un autre point majeur à aborder pour l'avenir est la question de l'engagement des personnes les plus fragiles, celles qui souffrent de dépendances actives ou de troubles psychiatriques. Pour ce public, la pratique sportive peut devenir un moyen de compenser les effets de l'addiction en réduisant l'anxiété, en facilitant le sommeil, et en rétablissant un certain équilibre physique et émotionnel. Toutefois, cet engagement ne peut être pleinement effectif que si un travail de sensibilisation approfondi est effectué, non seulement avec les personnes accueillies elles-mêmes, mais également en partenariat avec l'équipe médicale. Renforcer cette dimension de sensibilisation, en expliquant davantage les bénéfices d'une pratique physique régulière pour la gestion du stress, l'amélioration de l'humeur et la réduction des symptômes liés aux addictions. Une telle démarche pourrait aider à surmonter les réticences initiales et ouvrir la voie à un véritable projet de soins et de réinsertion.

La prévention et l'éducation à la santé continueront à être des axes prioritaires pour l'année à venir. En effet, au-delà de la pratique sportive, il est essentiel de rappeler les bienfaits que l'activité physique apporte à la santé globale.

Cependant, des défis importants demeurent, notamment pour les publics les plus fragiles, ceux qui sont marqués par des années de précarité et d'isolement. La réticence à la pratique d'une activité physique et à prendre soin de soi reste un obstacle majeur. Celles et ceux qui ont traversé des expériences de vie particulièrement difficiles peuvent éprouver des difficultés à s'engager dans un processus de soin ou de réinsertion, en raison de l'impact de leurs souffrances physiques et psychologiques. C'est pourquoi il est impératif d'adopter une approche encore plus individualisée et de continuer à cultiver des relations de confiance solides avec chaque personne accueillie, en prenant en compte leurs besoins spécifiques, leurs résistances et leurs rythmes personnels.

E. L'Accompagnement social en lien avec la vie quotidienne

1. Le projet personnalisé : outil de la prise en charge

Le projet personnalisé de la personne accueillie est co-construit avec l'équipe dans les quinze jours suivant son arrivée. Cet outil permet la contractualisation d'objectifs d'accompagnement pendant la prise en charge. Le séjour étant initialement prévu pour une durée de 2 mois, la temporalité est prise en compte dans le projet personnalisé.

En effet, sans renouvellement pour raison médicale du contrat de séjour, la durée de la prise en charge ne permet pas de contractualiser un accompagnement social global, portant sur tous les besoins et demandes de la personne accueillie. Les objectifs portent principalement sur l'accès aux droits et la construction d'un projet de sortie.

Le fait que le projet personnalisé soit fait rapidement après l'entrée en LHSS permet de donner une vision de la prise en charge proposée pendant le séjour. La durée de prise en charge nécessite d'évoquer rapidement le projet de sortie.

Pour autant, lorsque cela s'avère nécessaire ou lorsque le séjour est renouvelé, de nouveaux axes d'accompagnement peuvent être redéfinis.

L'accompagnement proposé peut alors aborder de multiples points : gestion budgétaire (apprentissage ou résolution de dettes), inscription dans des activités telles que du bénévolat, inscription à Pôle Emploi, recherche de formation ou d'emploi, ...

2. Un accompagnement centré sur l'ouverture des droits

L'une des missions principales de l'assistante du service social est de favoriser l'accès aux droits des personnes accueillies. Cela concerne spécialement les droits à une assurance santé et les droits aux prestations sociales.

Ces démarches peuvent être relativement simples lorsque les personnes ont des documents d'identité à jour et une connaissance de leurs identifiants aux différentes administrations. Toutefois, au vu de leur parcours et de leur situation, elles se complexifient souvent et cela demande alors un travail d'investigation et des accompagnements physiques. Ces accompagnements physiques facilitent la création d'un lien de confiance, permettent d'aborder le parcours de la personne de façon moins formelle que lors des entretiens et aident à avoir une évaluation plus fine des capacités et difficultés de la personne accompagnée.

En effet, lors des accompagnements à l'extérieur, la professionnelle ne se substitue pas à la personne accueillie. Elle lui laisse en premier la possibilité d'expliquer sa situation et sa demande. Elle vient en soutien lorsque la personne se retrouve en difficulté ou n'arrive pas à exprimer son besoin. Outre le fait de favoriser l'autonomie de la personne accompagnée, cela permet d'évaluer ses capacités et de détecter d'éventuelles signes de problèmes cognitifs dont elle peut ensuite faire le relais aux professionnels médicaux.

La professionnelle mène aussi des accompagnements physiques en dehors des démarches administratives. Elle peut ainsi emmener les personnes chercher des affaires dans leur lieu de vie ou encore récupérer du courrier. Ces déplacements peuvent permettre de nouer un lien favorisant l'inscription de la personne dans sa prise en charge.

Ce fut le cas pour M C

M. C qui est d'origine étrangère. Ce dernier vit en France depuis plus de 10 ans. Il vit dans une grange sur une petite commune du département. Sa famille ne vit pas en France mais reste présente puisque cette grange appartient à son frère. Dans le cadre de démarches administratives, monsieur devait récupérer des documents dans sa grange. Cet accompagnement avec l'assistante sociale de la structure a permis à monsieur de se livrer sur son parcours de vie. Cela a permis à monsieur de se livrer et à l'assistante sociale de mieux connaître le parcours, les envies de monsieur afin de l'orienter au mieux à sa sortie des LHSS.

La question des droits à la sécurité sociale est systématiquement étudiée. La professionnelle s'assure que ces droits sont ouverts et accompagne les personnes accueillies dans la démarche si cela est nécessaire. Cela est indispensable pour permettre à la personne de pouvoir bénéficier des soins dont elle a besoin. Lorsque les ressources dépassent le plafond de la CSS sans participation financière, les personnes ne perçoivent pas toujours l'intérêt qu'il peut y avoir à souscrire une complémentaire santé. L'assistante de service social a alors un rôle pédagogique

Le service LHSS a accueilli des personnes en situation irrégulière, présentes sur le territoire français depuis plusieurs années et n'ayant pas de droits AME ouverts empêchant ainsi des soins réguliers. Cette situation, couplée à la précarité de leurs conditions de vie impacte leur santé.

Au-delà de l'accès aux soins que cela permet, la question est également un enjeu de santé publique pour éviter une résurgence de maladies contagieuses potentiellement mortelles sans soins.

L'autre aspect privilégié est la détention d'un document d'identité (carte d'identité ou titre de séjour) en cours de validité. Pour les personnes dont le document d'identité est perdu ou expiré un accompagnement est systématiquement proposé pour son renouvellement. Cette démarche demande parfois un travail « d'investigation » pour retracer le parcours ou obtenir des documents justifiant de la présence sur le territoire français. Lorsque les personnes n'ont pas de droits en France, l'assistante de service social propose un accompagnement vers une association spécialisée en droit des étrangers pour étudier les possibilités de régularisation. Si cela est opportun, elle accompagne les personnes dans la démarche.

L'identification des ressources est également priorisée par l'assistante de service social. Elle s'assure que la personne a des droits et que ceux-ci sont bien ouverts. En explorant la question des droits à une prestation, cela ouvre la porte à un possible travail sur le budget. Ce travail est aussi introduit par le fait que les personnes accueillies s'acquittent d'une caution pour le studio mis à leur disposition. Le travail autour du budget permet de faire un point sur les éventuelles dettes des personnes accueillies. Si cela s'avère nécessaire et possible, un accompagnement spécifique peut alors être proposé (identification des dettes et mise en place d'échéanciers ou constitution d'un dossier de surendettement).

Cette année, nous avons rencontré M. R., qui lors de son admission n'avait aucune ressource, aucun droit ouvert

M. R. est âgé de 41 ans. Il vit à la rue depuis plus de 5 ans et ne fait que très rarement appel au 115. Il a encore des liens avec sa mère et sa sœur mais ces dernières ne peuvent pas l'accompagner dans toutes ses démarches administratives et sociales. Il n'a pas de droits ouverts, est sans ressources et vit de la manche.

M. R. souhaite faire valoir ses droits au RSA. Les démarches lui paraissent très compliquées à réaliser seul. Il l'a perçu par le passé mais ne comprend pas pourquoi, il ne le perçoit plus.

Après plusieurs rendez-vous avec l'assistante sociale, il a pu à nouveau percevoir le RSA. Il s'avère que monsieur n'avait pas fait sa déclaration trimestrielle depuis très longtemps, il avait perdu ses codes d'axe à son compte CAF, et il ne l'avait pas actualisé (adresse...) depuis très longtemps. Cela a permis à M. R. d'avoir un revenu mensuel régulier.

3. Le projet de sortie et l'indispensable travail en réseau et en partenariat

Lors de l'entrée en LHSS, l'assistante de service social fait le relais avec le service orienteur sur les démarches entamées. Si la personne est d'accord, elle peut solliciter d'autres professionnels pouvant avoir une connaissance fine de la situation. Cela peut être le cas d'équipes mobiles comme les Educateurs de Rue, l'EMPP ou la Maraude du CAARUD.

Ce travail de mise en lien aide à avoir rapidement une évaluation la plus précise possible de la situation de la personne accueillie afin de proposer un projet d'orientation le plus adapté.

Lorsque la situation le nécessite, et en accord avec la personne accueillie, l'ASS instruit des demandes de prise en charge dans des structures partenaires (CHRS, Maison Relais, ACT...). Pour cela, le service du SIAO est un partenaire incontournable. En revanche, en raison de la saturation des dispositifs d'insertion, le délai entre la validation de la demande et l'entrée effective n'est que rarement concordante avec la durée de séjour en LHSS. La mise en lien avec des partenaires pouvant continuer à porter le projet de sortie de la rue est alors indispensable.

Ce fut le cas pour M. M.

M.M est âgé de 54 ans. Il est sans domicile depuis plus de 5 ans. Il est célibataire et n'a pas d'enfant. Il a différentes addictions. Il a été orienté par la maraude. Durant son séjour, une orientation en CHRS a pu être travaillée. Toutefois, à sa sortie des LHSS, aucune solution n'a pu lui être proposée faute de place disponible. Monsieur ayant rencontré une compagne a souhaité la rejoindre afin de s'installer avec elle. Cette relation étant très récente, un relais a été fait avec la maraude à sa sortie. Cette équipe a ainsi pris le relais des LHSS à la sortie de monsieur.

Pour M. M., comme pour toutes les personnes accueillies dont le séjour prend fin du fait de la stabilisation des soins sans proposition d'orientation effective, nous proposons systématiquement de faire appel aux services d'hébergement d'urgence via le 115. Cependant, nombre des personnes accueillies refusent cette solution comme Monsieur J.

M.J est âgé de 29 ans. Il est sans domicile depuis plus de 5 ans. Il est célibataire et n'a pas d'enfant. Il consomme quotidiennement du cannabis. Il ne se considère pas comme une personne sans domicile fixe mais comme un voyageur. Il est hébergé de temps en temps par de la famille mais lorsque la situation devient trop pesante monsieur retourne à la rue. Il ne travaille pas, il a beaucoup de projets artistiques mais qui n'ont à ce-jour pas aboutis. Il refuse de faire appel au 115 à sa sortie des LHSS, expliquant que le 115 n'est pas un lieu sécurisant et que c'est peu fréquentable. Monsieur préférera retourner de manière ponctuelle dans de la famille.

VIGNETTE CLINIQUE

VI VIGNETTE CLINIQUE : LE SÉJOUR DE MR C.

Une demande d'admission nous est adressée fin février 2024 par le service des maladies infectieuses et tropicales du centre hospitalier pour Mr C.

Mr intégrera, les LHSS, trois semaines suivant la demande d'admission pour des raisons multiples :

- Un problème dermatologique d'abcès du bras gauche par piqûres sur toxicomanie,
- Une boiterie sur fracture traumatique ancienne de la hanche gauche ostéosynthésée par clou gamma,
- Une altération de l'état général,
- Contexte de VIH positif traité,
- Sérologie VHC positive guérie,
- Bilan initial avec soins dentaires à prévoir.

BILAN INITIAL

Etat de dénutrition avec perte de poids de 4% en 1 mois et IMC à 21

Addictologie : Alcool + cocaïne + tabac

Traitement en cours : Antirétroviral pour VIH et Kardegic antiagrégant plaquettaire

SUIVI ET COORDINATION

Prise de rdv et suivi en addictologie toutes les 2 semaines, pas de produits de substitution prescrit

Événement intercurrent : Hospitalisation pour abus de toxiques avec chute et plaie du crâne

Soins dentaires

Soins de pédicurie

Bilan échoveineuse

SORTIE A DEUX MOIS

Reprise de poids de 2 kg, bilans réalisés sur le plan orthopédique, bilan et traitements dentaires et infectieux.

Sur le plan addictologique : mise en œuvre de contacts de suivi réguliers dans un projet de réduction des risques.

1^{er} séjour :

Monsieur est âgé de 61 ans et est sans domicile fixe depuis plus de 5 ans.

Il a été hébergé par un ami durant 3 mois avant d'intégrer notre service. Suite à un conflit avec son ami, Monsieur s'est à nouveau retrouvé sans solution d'hébergement et dormait dans sa voiture.

Monsieur perçoit une pension d'invalidité et n'a pas de domiciliation.

Monsieur explique ne plus avoir d'addiction.

Mr n'a pas de médecin traitant. Il souhaite s'inscrire dans une démarche de soins.

Ainsi il a pu, au cours de son séjour, pratiquer différentes activités physiques telle que la marche et participer aux activités collectives lui permettant de se poser et d'établir, dans un bon contexte son projet personnalisé.

Monsieur est divorcé et a une fille de 19 ans en étude sur Montpellier.

Après plusieurs jours au sein des LHSS, nous constatons que monsieur semble très agité, parlant seul et s'exprimant avec des propos confus. Sur un temps de soirée, Monsieur se confiera sur son histoire mais ne reconnaissant pas consommer de drogues ni d'alcools.

Son séjour en LHSS permet de réactualiser ses informations, ses droits auprès des différents organismes sociaux (CPAM, Mutuelle...) et de lui fournir une domiciliation. Un travail est fait pour une orientation SIAO vers du CHRS.

Monsieur C se voit obtenir une prolongation de 10 jours après les deux mois de prise en charge initiaux pour des raisons médicales. Monsieur sortira du service vers le 115.

Monsieur C, étant pris en charge par le 115, il reviendra sur la structure afin de récupérer des affaires personnelles stockées dans notre bagagerie. Lors de ces visites, nous contactons le SIAO afin de faire le point sur sa demande d'hébergement et ses délais d'attente.

2nd séjour :

Suite à de nouveaux problèmes de santé, une nouvelle demande a été réalisée fin Septembre 2024 par le service des maladies infectieuses et tropicales du centre hospitalier pour monsieur C. Il sera alors de nouveau pris en charge par notre service mi-octobre.

Entre son premier et son deuxième séjour, Monsieur a eu une interruption de ses droits mutuelle, n'ayant pas réglé sa participation. Nous remettrons donc à jour ses droits et ses paiements afin que ce désagrément ne se reproduise plus à l'avenir.

Par ailleurs, nous poursuivons notre travail sur une future entrée en CHRS.

Durant son séjour, Monsieur C a continué à avoir des comportements inquiétants (parlant seul, propos incohérents dans les couloirs de l'établissement...).

Monsieur nie toujours consommer des stupéfiants et justifie son comportement à son hyperactivité. La réalité va rattraper Monsieur C, puisque lors de la visite hebdomadaire de l'infirmerie LHSS, Monsieur sera retrouvé inconscient et une contusion à la tête. Cet événement occasionnera un passage aux urgences et points de suture. Cette mésaventure, bien que dramatique, lèvera les doutes de l'équipe LHSS sur la prise de stupéfiants par Monsieur.

Ainsi devant les faits, Monsieur a reconnu sa consommation de cocaïne.

Dès lors, la parole de Monsieur s'est libérée tant sur le plan familial, professionnel, et addictologie. La phase du déni étant passée, un accompagnement addictologie fût possible. Ce dernier s'est senti soulagé car il avait honte et peur d'en parler.

Après un renouvellement de 15 jours pour raisons médicales, Monsieur est sorti des LHSS vers le 115. Trois jours après sa sortie, IL viendra nous informer qu'il rentre en CHRS sous peu.

Monsieur n'a jamais été absent des LHSS durant son séjour. Il a investi son studio et l'entretenait seul. La maîtresse de maison l'accompagnait quotidiennement dans l'entretien de son logement, dans l'estime de soi par un travail sur l'hygiène corporelle, mais aussi lors de temps d'échanges formels et/ou informels (café, pause...). Le rôle de la maîtresse de maison est un intermédiaire crucial pour l'équipe LHSS. En effet, les temps entre la maitresse de maison et le patient permet à ce dernier d'aborder des sujets non évoqués lors de rdvs médicaux et/ou sociaux.

Santé :

Monsieur C bénéficiera lors de son séjour aux LHSS de bilans biologiques, d'examens complémentaires (radio, écho, doppler, angioscanner...), bilans dentaire et ophtalmologique ainsi que de séances de kinésithérapies.

La dénutrition sévère évaluée, sera prise en charge avec des repas adaptés et la prescription de compléments alimentaires.

Il est important de signaler que Monsieur a toujours adhéré à l'accompagnement social proposé sur les LHSS.

Sur le plan psychologique, Monsieur C bénéficiera alors de séances individuelles avec la psychologue des LHSS. Ce sentiment d'apaisement joue sur la prise en charge globale du patient, qui a réussi à s'exprimer sur son passé, son présent et son futur.

Un suivi régulier en addictologie est mis en place à la demande du patient au CSAPA.

Ces différentes prises en charge ont demandé une coordination et un travail pluridisciplinaire pour favoriser un accompagnement optimal de Monsieur C. Ce temps de prise en charge aux LHSS lui aura permis de prendre conscience des axes de travail tant médical que social à poursuivre.

CONCLUSION

CONCLUSION

Nous retiendrons pour l'activité 2024 des indicateurs inquiétants concernant le public accueilli sur les LHSS soit 80% d'entre eux en proie avec des problématiques d'addiction et 66 % inscrites dans un parcours d'errance depuis 5 ans.

Ces chiffres sont des réalités humaines empreintes d'une grande souffrance et d'une situation globale très dégradée. Le temps d'hébergement sur les LHSS est une parenthèse lors de laquelle nous devons engager tous les soins médicaux nécessaires pour prévenir au mieux une dégradation de l'état de santé de la personne en cas d'un éventuel retour à la rue. Le temps du social, quant à lui, rime avec un rétablissement des droits et pour certains une solution vers un dispositif d'insertion.

L'ensemble des professionnels s'inscrit avant tout dans un lien humain venant reconforter des personnes souvent très isolées.

La problématique addictive vient de nouveau cette année questionner les limites du collectif pour des personnes en consommation active qui par leur comportement peuvent enfreindre le règlement de fonctionnement et mettre à mal le maintien de la prise en charge.

Le travail d'équipe et le croisement des regards est essentiel sur ce type de situations afin de mettre à distance des réactions hâtives et de prendre des décisions lourdes de conséquence pour les personnes de façon collégiale.

Les actions à mener pour l'année 2025 porteront sur :

- Le déploiement de notre plan d'amélioration continue,
- Le maintien de la dynamique collective,
- L'intégration d'un outil numérique pour l'ensemble des professionnels,
- La poursuite de notre réflexion sur la prise en charge globale des personnes en situation d'addictions.