



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

« La coordination des parcours des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : la place des Lits Halte Soins Santé (LHSS), des Lits d'accueil médicalisés (LAM) et des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) »

Date de validation par le collège : 10/2018

L'équipe :

Direction de la Qualité de l'Accompagnement Social et Médico-social (DiQASM)

- Mme Véronique GHADI, directrice de la DiQASM,
- Mme Christiane JEAN-BART, chef du service « Recommandations », DiQASM,
- Madame Alice TAN, chef de projet, DiQASM,
- Mme Florence LIGIER, Chef de projet, DiQASM,
- Mmes Nagette JOUSSE et Pascale FIRMIN, assistantes, DiQASM.

Commission en charge du Social et du Médico-Social (CSMS) :

- Mme Apolline DARREYE, rapporteur de la note de cadrage
- Madame Juliette LAGANIER, rapporteur de la note de cadrage

Pour tout contact au sujet de ce document : Florence Ligier, f.ligier@has-sante.fr

:

Sommaire

1. Présentation du thème	4
1.1 Saisine et contexte de la Saisine	4
1.2 Contexte du thème	4
1.3 Problématiques repérées	11
1.4 Enjeux de la recommandation	17
2. Cadrage du thème de travail	18
2.1 Données disponibles	18
2.2 Délimitation du thème	18
2.3 Destinataires	20
3. Modalités de réalisation	21
3.1 Modalités de mise en œuvre	21
3.2 Méthode de travail envisagée	21
3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes	22
3.4 Calendrier Prévisionnel	23
3.5 Productions prévues	23

1. Présentation du thème

1.1 Saisine et contexte de la Saisine

Ce projet de recommandation émane d'une saisine de la Direction Générale de la Cohésion Sociale, suite à un questionnaire sur le fonctionnement et l'articulation des prises en charge au sein des dispositifs de soins et d'hébergement pour les personnes en grande exclusion : les Lits Halte Soins Santé (LHSS), les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) et avec les dispositifs d'amont et d'aval. La question de la pertinence des parcours de santé des personnes en grande précarité était aussi posée.

Ce projet de recommandation était inscrit au programme de travail de l'ANESM, et il a été repris dans le programme de travail de la Commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux (CSMS) de la HAS.

Il s'inscrit dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 (1) qui définit comme axe d'action « d'accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées ». Ce document pose comme condition d'accès aux soins des plus démunis « la conciliation de plusieurs logiques d'intervention » et propose de développer « des solutions innovantes associant approches sociale et sanitaire (lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés) ». Cette stratégie est actuellement déclinée sur les territoires à travers les Projets Régionaux de Santé (PRS) pilotés par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Ce projet intervient au moment où le gouvernement lance la nouvelle stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (2), présentée le 13 septembre 2018. Celle-ci prévoit dans son engagement n°4 « Vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité » d'« **augmenter massivement les solutions d'accompagnement social renforcé : 1450 places supplémentaires d'ici 2022 pour les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et Lits Halte Soins Santé (LHSS) ; 1200 places supplémentaires pour les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), soit une augmentation de 25% de l'ONDAM médico-social spécifique** ».

1.2 Contexte du thème

1.2.1 Les personnes sans-domicile : une diversité de profils, des problématiques santé importantes

Une personne est dite « **sans-domicile** » au sens de l'INSEE « si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid), ou si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation (on parle alors de « **sans-abri** »), y compris les haltes de nuit qui leur offrent un abri (chaleur, café, etc.) mais qui ne sont pas équipées pour y dormir » (3).

Si les problèmes de santé mentale, d'addiction ou les accidents de parcours (perte d'emploi, décès d'une personne proche, divorce) sont des facteurs individuels importants dans le parcours d'errance, les profils des personnes sans-domicile se sont largement modifiés et sont hétérogènes.

Profils des personnes sans-domicile :

Deux enquêtes de l'INSEE menées respectivement en 2001 et 2012 permettent de mesurer certaines évolutions concernant le profil des personnes sans-domicile (4). Nous ne disposons pas

de données aussi complètes plus récentes. Cependant, même si les dernières données datent de 2012, elles permettent d'objectiver des évolutions dans les profils des personnes sans-domicile.

En France, le nombre de personnes sans-domicile a augmenté de 50% en moyenne entre 2001 et 2012 (5). L'INSEE a estimé le nombre de personnes sans-domicile à 141 500 en 2012 (6).

La comparaison des données des deux enquêtes de l'INSEE permet de mettre en avant les évolutions suivantes :

- **Un public majoritairement masculin mais qui se féminise** : 62% des adultes sans-domicile sont des hommes, 38% sont des femmes (3). Cependant la proportion des femmes a augmenté de 4% entre 2001 et 2012 (4).
- **Une augmentation de la part du public vieillissant** : si le public sans-domicile est relativement jeune (27% de ce public a entre **18 et 29 ans**, 50% entre **30 et 49 ans**, 23% **ont plus de 50 ans**) (3), les personnes de plus de 60 ans nées en France, sont trois fois plus nombreuses en 2012 qu'en 2001 et représentent 10% des sans-domiciles (4).
- **Une augmentation de la part du public né à l'étranger** : l'enquête INSEE de 2012 montre que 56% des personnes sans-domicile sont nées à l'étranger. Par ailleurs, si entre 2001 et 2012 le nombre de sans-domicile nés en France a augmenté de 14%, celui des sans-domicile francophones nés à l'étranger a augmenté de 67% et celui des sans-domicile non-francophones nés à l'étranger a augmenté de 207% (4). Ce public est arrivé récemment en France et présente une situation précaire au regard du séjour (titres de séjour courts dont le renouvellement n'est pas certain, ou absence de titre de séjour).
- **Une augmentation de la part des enfants** : le nombre d'enfant sans domicile a augmenté de **85 %** dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants. Cette augmentation est entièrement le fait de mineurs étrangers car la part des enfants accompagnant des adultes nés en France est en diminution (-4%) (4).

Santé des personnes à la rue :

Les personnes sans-domicile sont globalement en moins bonne santé et meurent en moyenne 30 ans plus tôt que la population générale, puisque l'âge moyen de leur décès en France est de 49.6 ans (7).

En raison de leurs conditions de vie, les personnes en grande précarité présentent des signes de vieillissement accéléré. Les facteurs de risque liés à la vie à la rue sont importants, tels qu'une **surexposition** au risque **d'agressions physiques et sexuelles** pour les hommes et encore plus pour les femmes. La **malnutrition**, le **manque de sommeil**, **d'hygiène et de soins** et les **addictions** sont également des facteurs de risque importants (8).

L'enquête Samenta réalisée par le Samusocial de Paris permet d'estimer que 31.5 % des personnes sans domicile présentent au moins un trouble psychiatrique sévère et parmi elles, 22.9% n'ont jamais eu de recours aux soins (9). L'étude issue du projet "Un chez-soi d'abord", visant à offrir à des SDF un logement préalablement à un accompagnement pluridisciplinaire notamment psychiatrique incluant plus de 700 SDF, dont 70% avec schizophrénie et 30% avec troubles bipolaires, a montré que la moitié des SDF ne recevait pas un traitement de fond approprié (antipsychotiques pour la schizophrénie ou régulateurs d'humeur pour le trouble bipolaire). Et près de la moitié (48%) avait une dépression non traitée, qu'ils aient une schizophrénie ou un trouble bipolaire. 46% recevaient des anxiolytiques au long cours et 15% des hypnotiques au long cours, "ce qui n'est pas recommandé, à cause des risques de dépendance, de chute, de désinhibition et d'altération des fonctions cognitives (10)".

Par ailleurs, en raison du vécu parfois traumatique ou des mauvaises expériences, les réticences à se soigner sont fortes selon les différents entretiens menés avec les professionnels du secteur social. Aussi le recours aux soins est parfois tardif et les services d'urgence des hôpitaux (généralistes et psychiatriques) peuvent constituer l'unique porte d'entrée.

1.2.2 Les dispositifs de soins pour les personnes sans-domicile :

Pour répondre aux besoins de soins spécifiques d'une population précaire, des dispositifs de soins et d'hébergement temporaires, les LHSS et ACT ont été créés dans les années 1990 dans le cadre d'expérimentations puis ils ont été pérennisés dans les années 2000. Les LAM ont été créés dans les années 2000 pour répondre à des besoins non couverts par les LHSS et les ACT, ils ont été pérennisés en 2016. Ces dispositifs sont relativement récents, mais leur croissance est rapide¹.

Les prises en charge s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires comprenant, outre une direction, du personnel médical (à minima un médecin, et en fonction des dispositifs, un psychiatre, du personnel infirmier, des aides-soignants ou auxiliaires de vie sociale), du personnel social et éventuellement du personnel d'hébergement et d'entretien. Les équipes ont vocation à proposer une prise en charge médicosociale coordonnée.

Les orientations sont obligatoirement effectuées par un professionnel de santé, voir uniquement par un médecin ou un médecin psychiatre pour certains dispositifs. L'évaluation sociale n'est pas obligatoire sur l'ensemble des dispositifs. L'entrée dans le dispositif est subordonnée à l'avis favorable du médecin de la structure.

Les durées de prise en charge sont variables : 2 mois renouvelables pour les LHSS ; pour les ACT, il est précisé qu'il s'agit d'un hébergement temporaire ; pour les LAM les textes ne prévoient pas de durée de prise en charge, mais ceux-ci restent des dispositifs d'hébergement temporaire et dans le dispositif « un chez-soi d'abord » il n'y a pas de durée d'hébergement car le principe même de ce dispositif est de proposer comme point d'entrée un accès à un logement durable (les personnes sont locataires de leur logement ou ont vocation à le devenir).

Historique et missions :

Les différents dispositifs sont nés d'initiatives expérimentales des acteurs de terrain pour répondre à des besoins non couverts pour la prise en charge des problématiques santé des personnes sans-domicile.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique :

Le dispositif ACT :

Au début des années 1990 des associations créent un dispositif d'hébergement temporaire à destination des personnes atteintes de VIH en situation de précarité. En lien avec la DGS, en 1994 ce dispositif donne naissance aux ACT à titre expérimental. Ces dispositifs d'aide aux malades avaient pour objectif premier d'offrir un lieu de vie pour des personnes isolées atteintes du VIH « ayant des difficultés financières et sociales et nécessitant un accompagnement continu et permanent du fait de la maladie » (11). Une coordination médicale et psychosociale se met en place pour chaque résident.

L'avancée de la recherche en France sur les traitements du Sida transforme le profil des résidents accueillis en ACT. Il ne s'agit plus d'accompagner la fin de vie des résidents mais de les soutenir dans le cadre d'un projet individualisé et personnalisé (12).

¹ En 2005, seuls existaient les 170 lits infirmiers du Samusocial de Paris et quelques dispositifs expérimentaux, la capacité des LHSS est de près de 1500 places au 31/12/2017 ; 45 LAM existaient en 2012, il y en a plus de 500 au 31/12/2017 ; 360 places ACT « un chez-soi d'abord » ont été créées entre 2011 et 2017.

En 2002, les ACT acquièrent le statut d'établissement médico-social (13). Les ACT s'ouvrent à des personnes atteintes d'autres pathologies et hébergent dorénavant « des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical » (14). Afin de garantir le respect du droit à une vie familiale des personnes hébergées, les ACT peuvent également accueillir leurs proches (15). Les ACT fonctionnent « sans interruption » et ont pour missions l'hébergement « à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (14). Les objectifs, les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens médicaux, psychologiques et sociaux de chaque ACT sont définis dans le projet d'établissement. (15)

Le cas particulier des ACT « Un chez-soi d'abord »

Le décret 2016-1940 du 28/12/2016 (16) confère également le statut d'ACT aux logements captés dans le cadre du programme « Un Chez-soi d'abord ». Ce programme expérimenté entre 2011 et 2016 sur quatre villes françaises (Paris, Lille, Marseille, Toulouse) est inspiré du modèle américain « housing first »² qui propose de changer radicalement la prise en charge des personnes « durablement sans abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères » (16) en proposant un accès dans un logement ordinaire directement depuis la rue et un accompagnement soutenu pluridisciplinaire au domicile.

L'expérimentation menée a fait l'objet d'une évaluation scientifique par une équipe de chercheurs. Les résultats intermédiaires portant sur les deux premières années d'accompagnement montrent des résultats probants. Outre le maintien dans le logement³ des publics sans-abri, l'étude montre pour les personnes atteintes de schizophrénie une diminution des symptômes de la maladie, une trajectoire de rétablissement supérieure à celle du groupe témoin et une amélioration de leur qualité de vie. Les résultats sont moins probants pour les personnes souffrant de troubles bipolaires. Concernant le recours au système de soins, on constate une diminution de moitié de la durée moyenne d'hospitalisation pour les personnes logées par rapport aux personnes du groupe témoin, avec plus spécifiquement une diminution des hospitalisations en psychiatrie, signant le rôle positif du programme sur la coordination des parcours de soins (18).

De plus, les effets positifs semblent se maintenir sur le long terme : « en 2015, soit quatre ans après le début de l'expérimentation, plus de 85% des personnes sont toujours logées et suivies. Le recours aux droits, l'accès à des ressources et l'inscription auprès d'un médecin traitant sont effectifs pour la quasi-totalité d'entre elles. Globalement, l'acceptation de la maladie, la meilleure connaissance des symptômes, l'observance des traitements, ainsi que l'engagement dans un suivi sanitaire s'intensifient avec la durée de l'accompagnement. En parallèle, les ruptures de prise en charge ou les situations de crise sont moins fréquentes, plus courtes et d'une gestion simplifiée pour l'ensemble des acteurs. L'ensemble des personnes a repris des liens avec son entourage, amis ou familles et 20% ont une activité professionnelle ou sont en formation. » (19)

Cette expérimentation a été pérennisée fin 2016. Dans ce cadre, le décret 2016-1940 du 28/12/2016 (16) précise que l'ACT peut avoir « pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères d'accéder sans délai à un logement [...] et de s'y maintenir ; de développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale. Les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement médico-social adapté, qui est réévalué au moins une fois par an ».

² Ce modèle a été initié par Sam Tsemberis à New York dans les années 1990. Il s'appuie sur un accès à un logement indépendant, sans condition de traitement psychiatrique ou d'abstinence, accompagné d'un accompagnement médical et social dans le respect des choix de la personne (17).

³ Les personnes bénéficiant du programme un chez-soi d'abord occupent leur logement à M24 plus de 150 jours sur 180 (18)

Les Lits Halte Soins Santé :

En 1993 des lits d'hébergement et de soins infirmiers ont été mis en place à titre expérimental par le Samusocial de Paris afin d'accueillir 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 afin de les soigner » (20).

La loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 (21) relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006 dans son article 50, a conféré un statut d'établissement médicosocial aux LHSS, dont les missions ont été précisées par le décret 2006-556 du 17 mai 2006 (22). Ces missions seront amendées par le décret 2016-12 du 11 janvier 2016 (23).

Les LHSS « 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 ».

Les LHSS ont pour missions « 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. Elles assurent des prestations d'hébergement, de restauration, de blanchisserie. Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année » (23)

Les Lits d'Accueil Médicalisés :

La création des LAM à titre expérimental a fait suite à l'évaluation du dispositif des LHSS par la DGCS en 2008. Cette évaluation mettait en avant un écart important entre le public cible des LHSS et le public réellement accueilli par ceux-ci puisque près de 30% du public présentait uniquement des pathologies de longue durée.⁴ Aussi, 45 LAM ont été créés à titre expérimental pour accueillir des « personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre. » (24) Ces lits ont été pérennisés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. (25)

Le décret 2016-12 du 11 janvier 2016 précise les missions des LAM qui accueillent « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures ». Les LAM ont pour missions « de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ; d'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ; 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 vie et de le mettre en œuvre. Elles assurent des prestations d'hébergement, de restauration, de blanchisserie. Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année » (23).

Les textes réglementaires prévoient des prestations minimales et un accompagnement pluridisciplinaire médicosocial au sein de l'ensemble de ces structures. Les coûts annuels à la place varient de manière conséquente d'un dispositif à l'autre (32 764 € en métropole pour les ACT, 14 000 € pour les ACT « un chez-soi d'abord », 41 683 € pour les LHSS et 73 912.5 € pour

⁴ <https://www.cnle.gouv.fr/les-lits-d-accueil-medicalises-lam.html>

les LAM)⁵. Les prestations notamment d'accompagnement et leur intensité varient donc également d'un dispositif à l'autre. Mais par ailleurs, les textes ne fixant aucun ratio entre les différents types d'accompagnement, au sein d'un même dispositif les prestations d'accompagnement peuvent également varier fortement. Par exemple, certains LHSS vont privilégier l'accompagnement médical, alors que d'autres, au regard de leur projet d'établissement vont renforcer l'accompagnement social.

Typologie et profil des publics accueillis sur les dispositifs

Les données chiffrées utilisées sont issues de différents supports en fonction des dispositifs⁶. Certaines données chiffrées datent de plus de 5 ans. Cependant elles permettent de déterminer une tendance. Les échanges avec les parties prenantes confirment ces tendances, mais celles-ci peuvent avoir évolué et certaines problématiques peuvent donc être sous-estimées. Les méthodologies de ces supports sont différentes et ne permettent pas de comparaison entre les dispositifs, mais permettent néanmoins d'appréhender les typologies des publics hébergés dans chaque dispositif et les problématiques y afférant.

Dans l'ensemble, les typologies des publics accueillis dans les dispositifs de soins pour les personnes en situation de précarité sont similaires aux typologies des publics sans-domicile repérés par l'enquête INSEE de 2012 (3).

Ainsi, **les personnes étrangères** représentent 43 % des personnes accueillies dans le dispositif ACT (hors un chez-soi d'abord) en métropole hors Ile-de-France, 78% en Ile-De-France et 70% en Outre-mer.

Concernant les LHSS, la part des personnes étrangères représente de 65% à 74% des personnes accueillies dans les structures de l'échantillon de l'enquête du cabinet Ernst and Young⁷. Pour les LAM, la part des personnes étrangères varie entre 63% et 91% (28).

Une exception cependant, les personnes logées dans le dispositif « un chez-soi d'abord » sont de nationalité française à 86%. Ceci s'explique pour deux raisons : l'accès à ce dispositif nécessite d'être en situation de séjour régulier sur le territoire et ce dispositif s'adresse à un public très particulier : « des personnes majeures, durablement sans abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères » (16). En effet, pour les personnes d'origine étrangère, l'état de sans-domicile est plus régulièrement lié à une situation précaire au regard du séjour et moins à une problématique personnelle de type santé mentale.

Les personnes vieillissantes représentent également une part importante du public accueilli.

En 2012 ils représentaient 17% des personnes accueillies en LHSS (20), alors qu'ils ne représentent que 10% des personnes sans domicile. En 2017, dans les structures LAM de l'enquête du cabinet Ernst and Young (28), ils représentent au moins 31% des personnes hébergées. Leur part dans ces dispositifs est supérieure à leur part parmi les personnes sans-domicile (environ 10%). Cette surreprésentation est en lien avec une dégradation de l'état de santé liée à l'âge.

⁵ Coûts moyens à la place en 2018, Instruction ministérielle n°DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 (26)

⁶ Les données chiffrées utilisées sont issues pour les ACT du bilan national des ACT 2017 (27), pour les ACT « un chez-soi d'abord » du rapport intermédiaire de recherche « un chez-soi d'abord » (18), pour les LHSS du rapport Itinere de 2013 (20) et du rapport final de 2018 de l'enquête réalisée par le cabinet Ernst and Young (28) et pour les LAM du rapport final de l'enquête réalisée par le cabinet Ernst and Young (28).

⁷ Le cabinet Ernst and Young n'étudie pas dans son enquête l'ensemble des structures LHSS, mais un échantillon de structures sélectionné dans 3 départements d'étude.

Dans les ACT, les personnes de plus de 60 ans sont plus faiblement représentées puisqu'elles représentent 11% des personnes hébergées en métropole hors Ile-de-France, 12% en Outre-mer et 5.6% en IDF.

Pour les ACT « Un chez-soi d'abord », la seule donnée sur l'âge des participants est la moyenne d'âge qui est de 38 ans. Les personnes de plus de 60 ans sont donc peu ou pas représentées, cette particularité peu encore une fois s'expliquer par rapport à la spécificité du public auquel s'adresse ce programme.

Une part importante des publics de ces dispositifs présente **des conduites addictives et/ou des troubles psychiatriques**. Ainsi pour le dispositif ACT, 5% des personnes hébergées en Ile de France ont un usage à risque de substances psychoactives, 10% un usage à risque d'alcool et 5% ont un traitement de substitution aux opiacés. Pour la métropole hors Ile-de-France ces chiffres sont respectivement de 16%, 19% et 13 % et pour l'Outre-mer de 17%, 12% et 1%. Par ailleurs, ils sont 18% à souffrir de maladies psychiatriques en Ile de France, 25% en métropole hors Ile-de-France et 10% en Outre-mer (27).

La maladie psychiatrique étant la porte d'entrée du dispositif « Un chez-soi d'abord », toutes les personnes présentent des troubles psychiatriques, 39% présentent une dépendance à l'alcool et 45% une dépendance aux substances non alcooliques.

Concernant les LHSS, le rapport Itinere (20) indique que 54.30% des personnes accueillies entre le 01/09 et le 30/11/2011 présentent une ou plusieurs addictions et 23.60% un trouble psychiatrique.

Enfin l'ensemble de ces structures a pour caractéristique d'accueillir **un public essentiellement masculin**. Ainsi les ACT accueillent en 2018, 67% d'hommes en métropole hors Ile-de-France, 56% en IDF et 69% en Outre-mer.

Pour les ACT logement d'abord se sont 83% d'hommes qui sont inclus dans l'étude.

En LHSS, 79% des personnes accueillies entre le 01/09 et le 30/11/2011 sont des hommes (20), en 2018 dans l'échantillon de l'enquête du cabinet Ernst and Young, ils sont 85% (28). Dans les LAM, la proportion d'hommes est similaire à celle des LHSS, soit 80% dans les structures de l'échantillon de l'enquête d'Ernst and Young (28).

Dans les ACT, la part des femmes présente est cohérente avec la part des femmes dans la population des sans-domiciles. Dans les autres dispositifs les femmes sont sous-représentées.

Le rapport Itinere soulevait déjà ce questionnement sur l'accueil des femmes. Il mettait en avant des locaux pas toujours adaptés qui posaient « une difficulté majeure pour l'accueil de tiers, en particulier d'enfants de femmes isolées, qui nécessitent une prise en charge. L'impossibilité d'accueillir ces enfants aboutit parfois à la renonciation aux soins, la femme refusant que ses enfants soient placés » (20). Par ailleurs lorsque des structures LAM ou LHSS sont dédiées à l'accueil de femmes, la demande est présente (28).

Au regard de l'augmentation du nombre d'enfants sans-domicile, la question de l'accueil des tiers et des femmes devra être traitée.

1.3 Problématiques repérées

Les problématiques ont été identifiées à travers les évaluations, enquêtes et rapports précédemment cités ainsi qu'à travers les entretiens et auditions des différentes parties prenantes.

La recommandation est une recommandation de type parcours, aussi nous avons fait le choix de classer les problématiques repérées autour des trois étapes clefs du parcours que sont l'entrée dans les dispositifs, l'accompagnement pendant le séjour et la sortie des dispositifs.

1.3.1 Problématiques repérées à l'entrée des dispositifs

Lors de la création des LHSS, le cahier des charges national⁸ prévoyait que « la régulation des places disponibles [devait] être organisée, en fonction du contexte local, dans le cadre du dispositif de veille sociale. » (29). Malgré cela dès 2013, le rapport Itinere faisait le constat d'un mode d'orientation direct retenu pour la majorité des structures (20). Cette obligation de régulation n'a pas été reprise dans le décret de 2016, ni pour les LHSS, ni pour les LAM (23). Par ailleurs, elle n'existe pas dans les textes régissant les ACT. Enfin, les Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) n'ont pas pour mission l'orientation sur les dispositifs médicosociaux et ne sont souvent pas équipés de personnel médical, alors même que le public auquel ils s'adressent est commun avec celui des ACT, LHSS et LAM et que le Siao a une mission de référent de parcours pour les personnes qu'il accompagne (30). Le mode d'orientation direct reste donc la règle pour la majorité des structures, même si certains dispositifs de régulation départementale ou infra-départementale peuvent exister.

Cette absence de régulation a pour conséquences :

- Des différences d'appréciation des situations pouvant ou non relever d'une prise en charge pour le même type de structure.

Ainsi le rapport Itinere soulève que « selon les structures, en fonction de l'approche des médecins responsables et des responsables de LHSS, la lourdeur des pathologies entraînant une décision favorable ou un rejet de la demande est différemment évaluée » (20). L'enquête menée par le cabinet Ernst and Young en 2018 pointe des disparités de régulation des orientations dans les trois départements visés par cette enquête (28). Un des départements propose une régulation « partiellement centralisée », un autre une régulation infra-départementale et le troisième ne présente aucune régulation des admissions en LHSS. L'enquête évalue que si les orientations directes permettent « une plus grande souplesse dans la prise en charge en urgence », l'absence de régulation ne permet pas une « priorisation des demandes en fonction de la gravité de la situation » et indique que les « critères de recevabilité des demandes [sont] propres à chaque structure ».

- Des procédures d'orientation complexes pour les orienteurs :

En effet, chaque structure a alors son propre dossier et ses propres modalités d'accueil. Le risque est de n'orienter systématiquement que vers la structure la mieux connue du dispositif orienteur. L'enquête du cabinet Ernst and Young note que « le public accueilli par les LHSS est en pratique très localisé et [la] diversité [des structures d'accueil] ne permet pas une prise en charge optimale

⁸ Cahier des charges annexé à la circulaire DGAS/SD.1A n°2006-47 du 7 février 2006 (29) relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé » article 4.2

de l'ensemble des besoins identifiés » (28). Certaines structures peuvent également prévoir une procédure d'admission spécifique (avec entretien par exemple). La procédure peut décourager certains usagers, qui vont alors, soit renoncer aux soins, soit limiter leurs demandes à une ou quelques structures.

- La création d'un effet filière :

Cet effet filière peut exister entre LHSS et LAM ou ACT et également entre structures gérées par un même gestionnaire, interrogeant également l'équité de traitement. Cependant, cet effet filière semble limité (20) (28), les hôpitaux étant les principaux orienteurs des LHSS et ACT. L'effet filière semble plus prononcé dans les LAM où une grande partie du public (variable en fonction des départements) vient des LHSS (28).

De plus, les études et rapports font apparaître deux problématiques majeures concernant les motifs de refus des candidatures proposées :

- Un manque de place dans les dispositifs

Le bilan national 2017 des ACT évalue à 21% les refus de candidatures pour absence de places disponibles en métropole hors Ile-de-France et à 11 % en Outre-mer. Cette problématique du manque de places est encore plus importante en Ile-de-France où 48% des candidatures sont refusées faute de places (27). Le rapport Itinere indiquait que pour les LHSS, un tiers des refus avait pour cause l'absence de places disponibles (20). L'enquête du cabinet Ernst and Young indique que 35% des refus ont pour cause un manque de place (28).

- Des candidatures inadaptées qui restent nombreuses

Le bilan national des ACT 2017 indique que 38% des candidatures sont refusées en métropole hors Ile-de-France car le dispositif n'est pas adapté aux besoins des personnes. Ce chiffre est de 18% en Ile-de-France et de 43% en Outre-mer (27). Pour les LHSS, le rapport Itinere indiquait que 26.7% des refus étaient motivés par la lourdeur de la pathologie et 23% par l'absence de motif sanitaire (20).

L'enquête du cabinet Ernst and Young indique que le degré de connaissance des dispositifs par les partenaires présente une amélioration, mais encore 27 % des refus sont liés à une non adaptation du dispositif à l'état de la personne. L'enquête précise que cette donnée est très hétérogène selon les territoires et qu'elle peut être très faible localement (28). Cela confirme la problématique du manque de lisibilité des structures par rapport aux partenaires. Les critères propres à chaque typologie de structure sont parfois mal connus des partenaires. Par ailleurs, les structures, au sein d'une même typologie n'accueillent pas toutes le même public (structures spécialisées pour certaines pathologies par exemple..). De plus, le degré d'appréciation de l'adéquation d'une pathologie par rapport au dispositif pouvant varier d'une structure à l'autre, ces dispositifs ne sont pas clairement repérés et identifiés par les services orienteurs.

Au regard de la complexité des circuits d'admission, certaines personnes ne recourent probablement pas à ces dispositifs et renoncent aux soins. Cette demande invisible bien que difficile à quantifier est néanmoins existante.

Enfin la dernière problématique à l'entrée dans les dispositifs concerne la question du recueil et de la transmission des informations, dans le respect des droits des usagers⁹. Plus le diagnostic psycho-médicosocial sera précis et l'évaluation fine, plus le travail sur le projet, et notamment le

⁹ Tels que définis dans la recommandation « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap » de l'ANESM, repères juridiques page 2-4 (31)

projet de sortie en LHSS pourra se mettre en place rapidement afin d'éviter les ruptures de parcours (y compris de soin) et éviter à la personne d'avoir à recommencer la construction de son projet à chaque entrée dans un nouveau dispositif.

1.3.2 Problématiques repérées pendant la prise en charge

Les problématiques repérées dans la mise en œuvre de l'accompagnement des personnes sont de deux ordres :

- Problématiques liées aux typologies des publics accueillis :

L'évolution des typologies des publics sans-domicile constatée ci-avant a un impact sur les pratiques d'accompagnement des professionnels.

- Problématiques liées à l'accompagnement des personnes d'origine étrangère :

La part des personnes étrangères présentant des situations administratives très précaires est considérable. Ceci s'explique par le fait que parmi les dispositifs de soin, les LHSS, LAM et ACT (à l'exception des ACT « Un chez-soi d'abord ») ont la particularité de présenter un caractère d'accueil inconditionnel. Ils sont donc les seuls dispositifs de soin (hors hôpital public et addictologie) à pouvoir prendre en charge les personnes sans droit au séjour, ou avec un droit au séjour précaire.

Ces publics présentent des spécificités qu'il est nécessaire de prendre en compte dans l'accompagnement : barrière de la langue, prise en compte des problématiques de type stress post-traumatique régulièrement présentes, prise en compte des représentations culturelles dans l'accompagnement y compris aux soins, connaissance du droit des étrangers (droit au séjour et droits sociaux y afférents).

Par ailleurs, la résolution des situations administratives est longue et entraîne un allongement des durées de séjour dans les différentes structures. L'augmentation de la durée de séjour est problématique notamment pour les LHSS qui ont une durée de séjour théorique de deux mois. Mais elle est également problématique pour les autres dispositifs quand ils se retrouvent à maintenir des personnes dont l'état de santé ne le justifie plus, mais dont la problématique sociale rend difficile l'orientation.

Enfin, la situation irrégulière au regard du séjour peut entraîner des difficultés d'accès à certains traitements ou soins (soins de suite ou de confort, petits équipements non pris en charge par l'assurance maladie), pouvant également engendrer des coûts pour la structure.

- Problématiques liées à l'accueil du public féminin :

Ici se pose essentiellement la question de l'adaptation des lieux d'accueil. En effet, l'enquête menée par le cabinet Ersnt and Young indique que, lorsque des structures sont réservées à l'accueil des femmes ; la demande du public féminin est importante. A l'inverse, dans les structures mixtes, les femmes sont sous-représentées (28).

En lien avec l'adaptation des structures au public féminin, le rapport Itinere soulève également la difficulté de l'accueil des enfants accompagnants. En 2011, moins de 30% des structures prévoient cet accueil.

Il sera donc nécessaire d'interroger la capacité des établissements à assurer un accueil sécurisant des femmes et des enfants. Ceci nécessite des locaux adaptés, mais également une organisation de la cohabitation entre les différents publics.

- Problématiques liées à l'accompagnement de personnes présentant des situations médicales complexes : problématiques psychiatriques, addictives, situations de handicap, cumulées ou pas avec des problématiques liées à l'âge

Au-delà de la pathologie qui a motivé la demande d'admission, les personnes présentent souvent des comorbidités connues à l'entrée ou découvertes pendant le séjour. L'état de santé de la personne peut alors être trop complexe à appréhender pour la structure.

Pour les LHSS notamment cette problématique est importante. L'enquête du cabinet Ersnt and Young estime à 19% les personnes présentes dans les LHSS enquêtés et qui devraient plus probablement relever d'un LAM (28).

Par ailleurs, suivant les dispositifs (hors ACT « Un chez-soi d'abord ») et les enquêtes entre 16% et 23% des personnes ont des pathologies psychiatriques et entre 20% et 54% des dépendances.

Ces accompagnements interrogent le cadre de l'établissement : possibilité ou non de lever l'interdit de consommer de l'alcool au sein de la structure, régulation des relations avec les autres résidents, régulation des relations avec le voisinage, création de dispositifs spécifiques (ACT psychiatrie, ACT « Un chez-soi d'abord ») et nécessite une adaptation des compétences des équipes pour accompagner ces situations complexes). Ces accompagnements complexes ont également pour conséquence l'allongement des durées de séjour.

- Besoins émergents :

Les différentes structures remontent des demandes pour une prise en charge de mineurs (une expérimentation existe en ACT).

- Hétérogénéité dans la mise en œuvre des projets d'accompagnement, de vie ou de sortie

En plus de la mission de soins et d'hébergement, les LHSS, LAM et ACT ont pour mission réglementaire d'accompagner les personnes autour de leur projet ; projet d'accompagnement pour les ACT, de vie pour les LAM, de sortie pour les LHSS. Or si les missions d'accompagnement au projet diffèrent d'un dispositif à l'autre, au sein même de chaque dispositif, il n'existe pas de consensus de la mission d'accompagnement au projet et les pratiques sont hétérogènes.

- LHSS : L'élaboration d'un projet de sortie

Les moyens d'accompagnement des LHSS sont inférieurs à ceux des autres structures, les durées de séjour également. La mission d'accompagnement est donc plus restreinte et l'accompagnement au projet se limite à l'élaboration d'un projet de sortie. Cependant la mission d'accompagnement social et notamment « ce que la structure considère relever de son rôle en terme d'élaboration du projet de sortie varie considérablement d'une structure à l'autre. Si certaines considèrent devoir accompagner les personnes jusqu'à une modalité d'hébergement durable ou de logement [...] d'autres considèrent qu'une sortie en CHU ou hôtel pour quelques nuits peut être acceptable » (28).

- LAM, ACT, ACT « Un chez-soi d'abord » : un accompagnement sur un projet de long terme :

Les moyens d'accompagnement de ces structures sont plus importants, la prise en charge médico-sociale étant le postulat de l'intervention. Le projet mis en place avec la personne doit alors être un projet personnalisé tel que défini dans la recommandation de bonnes pratiques professionnelle de l'ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé » (32). Il doit témoigner « explicitement de la prise en compte des attentes de la personne, [englober] la question de l'individualisation » et permettre « d'inclure différents volets dont il organise l'articulation (volet éducatif, pédagogique, de soins...) ». A ce titre, il doit s'inscrire dans un parcours et permettre une implication des autres acteurs au-delà de la structure d'accueil quand celle-ci propose une prise en charge temporaire.

Cependant les pratiques d'élaboration du projet de vie et d'accompagnement diffèrent entre les structures. Le rapport d'enquête du cabinet Ernst and Young note que « son expression et sa mise en œuvre présentent des limites : le projet de vie peut être perçu comme « artificiel », il est nécessairement évolutif dans le temps et est rarement suivi et formalisé » (28).

Concernant le dispositif « Un chez-soi d'abord », « l'expérimentation vise à assurer un accompagnement spécifique à des personnes ayant des besoins singuliers en valorisant leurs compétences, à faciliter l'articulation entre le sanitaire et le social, et à évaluer l'efficacité du dispositif en terme de qualité de vie, de rétablissement, et de coût social » (33). Les résultats probants de cette expérimentation nécessitent de s'interroger sur la diffusion de ce type d'accompagnement à d'autres publics et d'autres dispositifs.

1.3.3 Problématiques repérées à la sortie des dispositifs

Accompagner la sortie, un enjeu commun à l'ensemble des établissements :

Pour bien accompagner la sortie de la structure et réussir l'intégration dans une nouvelle entité, l'identification des éventuelles difficultés de la personne à vivre les séparations et les ruptures, de ses besoins et de ses attentes ou aspirations peut aider à la gestion des transitions et à l'intégration dans la nouvelle structure d'accueil. Identifier les risques liés à la transition et mettre en place les adaptations nécessaires à celle-ci demeurent des conditions majeures de réussite dans cette phase de transition, ce qui peut nécessiter un accompagnement renforcé de l'équipe sociale.

Des problématiques différentes en fonction de la durée de séjour :

- Les LHSS : une problématique particulière liée à une durée réglementaire :

La durée réglementaire de deux mois nécessite de pouvoir proposer des solutions rapides et adaptées, car par ailleurs, sauf pour quelques problématiques spécifiques la durée réglementaire semble adaptée aux nécessités de la prise en charge médicale.

Une grande partie des personnes accueillies ne présentent pas de titre de séjour, ou des titres très précaires. Les solutions à la sortie se limitent donc à l'hébergement d'urgence ou d'insertion, généraliste (CHU - CHRS) ou spécialisé (AT-SA, HUDA, CHUM, CADA), en fonction des situations des personnes. Or l'enquête du cabinet Ernst and Young repère un point de blocage lié notamment à la saturation des dispositifs pour les sorties vers les CHRS (28).

Par ailleurs, pour les personnes ne présentant pas de difficultés particulières au regard du séjour, les sorties vers le logement ou vers des structures de soin résidentiel de plus longue durée

présentent également des points de blocage ; liés à la saturation des dispositifs mais aussi pour les soins résidentiels, à des réticences à accueillir des personnes sans solution à la sortie.

Les LHSS sont alors confrontés à deux alternatives :

- Orienter vers une solution précaire de sortie :

L'enquête du cabinet Itinere (20) relevait que « les sorties se réalisent en majorité vers la rue et les structures d'hébergement ». Le retour à la rue représentait 22% des sorties pour les associations et centres hospitalier et plus de 40% pour le Samusocial de Paris. L'enquête du cabinet Ersnt and young indique une nette amélioration puisque sur les trois départements d'étude entre 8% et 11% des personnes sortent vers la rue, l'hôtel ou le CHU de courte durée. Malgré cette amélioration, encore 32% de personnes en Ile-de-France sortent vers des solutions précaires, cela reste donc un enjeu important (28) .

- Maintenir des personnes dont la situation sanitaire n'est pas adaptée à la prise en charge LHSS :

L'enquête du cabinet Ersnt and Young évalue à 15 % le nombre de personnes dont la pathologie nécessiterait plutôt une prise en charge de type LAM. A l'inverse, 33% des personnes maintenues sur le dispositif n'ont plus besoin du suivi médical complet du LHSS (28).

Ces deux alternatives ont pour corollaire une augmentation de la durée de prise en charge moyenne en LHSS. En effet, en 2011 elle était évaluée à 2.6 mois (20) et elle est évaluée en 2016 entre 3 mois et 4.2 mois en fonction des départements d'étude (28).

- La sortie des LAM et des ACT :

La durée de prise en charge de ces dispositifs n'est pas réglementée, les pathologies étant plus importantes, la durée de séjour y est plus longue. Les dispositifs peuvent donc plus aisément concilier la durée de prise en charge sociale avec la durée de prise en charge médicale.

Cependant la question de la sortie des personnes vers une solution adaptée au projet de vie se pose également. L'enquête Ernst and Young identifie des points de blocage important à l'accès aux structures de soins résidentiel de longue durée (EHPAD, FAM, MAS, ACT, SLD...) et au logement pour les personnes sortant de LAM (28).

Ces difficultés sont liées à trois raisons majeures :

- Difficulté à trouver une place disponible et adaptée en termes d'accompagnement médical, social, liée au niveau d'autonomie de la personne,
- Difficulté à vaincre la défiance et la réticence des structures d'aval face à l'accueil du public en très grande précarité, avec des addictions (alcool, ou autres produits psychoactifs) et largement stigmatisé, présentant par ailleurs des difficultés de solvabilité financière,
- L'accès au logement social et très social est saturé dans de nombreux départements, alors même que les personnes hébergées en LAM ou ACT sont par définition des publics précaires.

Ces difficultés d'accès au logement se retrouvent également pour les personnes sortant d'ACT.

- La spécificité du dispositif un « chez-soi d'abord »

Pour les ACT « Un chez-soi d'abord », l'accès au logement est concomitant à l'entrée dans le programme, aussi si la question de la sortie n'existe pas par rapport au logement, cette question se pose pour l'accompagnement proposé qui a vocation à permettre le rétablissement de la personne et qui doit donc avoir une perspective de fin.

1.4 Enjeux de la recommandation

L'enjeu principal de cette recommandation est d'aider les professionnels des structures ACT, LHSS et LAM à mieux identifier leur place et leur rôle dans le parcours des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, à mieux se coordonner avec les structures d'amont et d'aval et à proposer un accompagnement au plus près des besoins des personnes dans l'objectif d'éviter des ruptures de parcours et de permettre l'accès à un logement durable.

Cela passe par le renforcement de la coordination entre et au sein des dispositifs. Cette coordination doit permettre d'éviter également les ruptures d'accompagnement ou de référent. Ceci nécessite d'organiser la complémentarité des actions sur un territoire pour permettre la continuité des prises en charge sanitaires (médecine et établissements de santé et hospitaliers), sociales et médico-sociales.

Egalement, l'enjeu de cette recommandation est d'aider les professionnels des structures à accompagner les usagers dans la définition et la mise en œuvre de leurs projets (de sortie pour les LHSS et de vie pour les autres structures). L'enjeu final est de permettre à l'usager de définir son projet et de le mettre en œuvre sans rupture de soins ou d'hébergement.

2. Cadrage du thème de travail

2.1 Données disponibles

Le cadre législatif et réglementaire des établissements LHSS, LAM et ACT, et ACT « Un chez-soi d'abord » est défini par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Les recherches documentaires préliminaires réalisées en lien avec le service documentation montrent qu'il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques en France concernant ces typologies d'établissement.

Il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques concernant l'accès aux soins des personnes sans domicile.

Les programmes de type housing first (17), ont fait l'objet de méta analyses et d'essais contrôlés randomisés, y compris l'expérimentation française « Un chez-soi d'abord » démontrant l'impact positif de ce modèle.

Sur les autres types de dispositifs, il n'existe pas de littérature scientifique à même valeur probante. Pour autant un nombre significatif d'articles aborde la thématique de la santé des plus précaires. Par ailleurs, les dispositifs LHSS et LAM ont fait l'objet d'enquêtes et/ou d'évaluation portant sur leur efficacité, leur efficience et/ou les problématiques rencontrées et la Fédération Santé et Habitat compile tous les ans les rapports d'activité des ACT permettant un recueil des savoirs des acteurs de terrain.

Enfin, plusieurs RBPP de l'Anesm abordent directement certaines thématiques qui seront étudiés dans le cadre de l'élaboration de ces recommandations :

- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (32),
- Ouverture de l'établissement sur son environnement (34),
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (35),
- Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L.312.1 du CASF (36),
- Repérage et accompagnement des situations de rupture dans les parcours des personnes accueillies en CHRS (37),
- Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS (38).

2.2 Délimitation du thème

Les RBPP se structurent à partir des trois étapes importantes pour le parcours des usagers au sein des LHSS, LAM et ACT, dont le dispositif « Un chez-soi d'abord » : l'entrée, le séjour et la sortie des dispositifs.

Les questions retenues sont les suivantes :

- A l'entrée :

Comment s'assurer d'une bonne connaissance des dispositifs par les partenaires et notamment les partenaires susceptibles d'orienter des personnes ?

Comment organiser le processus d'orientation pour s'assurer d'une cohérence entre les profils des personnes orientées et les missions des différentes structures ?

Comment organiser le processus d'orientation pour permettre une équité de traitement des situations sur un territoire ?

Comment assurer une coordination des partenaires orienteurs ? Quel rôle peut jouer le SIAO au sein de cette coordination, notamment à travers sa mission de coordination des parcours¹⁰ ?

Comment s'assurer, dans le respect du droit des personnes accueillies, d'un recueil et d'une transmission des informations sociales et médicales utiles à l'entrée afin d'éviter les erreurs d'orientation, de faciliter la mise en place de l'accompagnement médicosocial par la structure et de fluidifier les parcours des personnes ?

Comment assurer un accueil bienveillant et sécurisant des personnes ?

Comment favoriser l'adhésion des personnes à la prise en charge proposée ?

- Pendant le séjour :

Comment adapter la prise en charge aux spécificités des publics accompagnés ?

- Comment adapter la prise en charge aux besoins des publics migrants (précarité du séjour, prise en charge du stress post-traumatique, barrière de la langue...) ?
- Comment organiser les conditions d'un accueil adapté des femmes et des enfants (que ce soit dans le cadre d'accueil de tiers ou dans le cadre d'accueil d'enfants en temps qu'usagers) : conditions matérielles permettant un accueil sécurisé, régulation des relations du groupe, protection, accompagnement médical spécifique, lien avec les conseils départementaux dans leurs missions de protection de l'enfance notamment pour les femmes avec enfants de moins de trois ans... ?
- Comment adapter la prise en charge aux besoins des personnes présentant des problématiques de santé mentale ? Quelles sont les bonnes pratiques identifiées dans le cadre des programmes de type housing first (17) ?
- Comment adapter la prise en charge aux besoins des personnes souffrant d'addictions (accompagnement à la réduction des risques, adaptation du règlement de fonctionnement, gestion des troubles du comportement liés à la consommation ou à l'état de manque, gestion du vivre ensemble) ?

Comment accompagner la personne au plus près de ses besoins ?

- Comment évaluer avec la personne ses besoins de prise en charge médicale et sociale ?
- Comment faciliter la construction d'un projet (de vie ou de sortie) avec la personne accompagnée, qui soit adapté à ses attentes, ses capacités, sa temporalité et celle de la prise en charge ?
- Comment aider les personnes à se réinscrire dans un parcours (permettre un accès aux droits, à la prévention, aux soins, assurer une éducation thérapeutique...) ?
- Comment favoriser la coordination pluri-professionnelle au sein de la structure ? Les expériences de multi-référence¹¹ développées dans le programme « un chez-soi d'abord » sont-elles transférables aux autres dispositifs ?

¹⁰ La loi ALUR (30) précise que le siao a pour mission de « suivre le parcours des personnes ou familles [...] prises en charge jusqu'à la stabilisation de leur situation »

¹¹ L'abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche du programme expérimental « Un chez-soi d'abord » définit la multi référence *comme suit* : « La multi référence correspond à une culture et une pratique située. Elle prend sens dans une orientation de travail qui

- Comment les informations sensibles, médicales et sociales peuvent—elles être partagées, dans le respect des droits des personnes, dans l'objectif de fluidité des parcours ?

- A la sortie :

Comment préparer et accompagner les sorties du dispositif dans un objectif de sécurisation des parcours afin d'éviter les ruptures et de permettre à chaque fois que possible l'accès à un logement autonome de droit commun ?

Concernant les LHSS, comment, dans un délai contraint organiser les conditions d'une sortie digne de la personne dans la double exigence d'éviter les remises à la rue et de ne pas maintenir en LHSS des personnes dont la situation médicale ne le justifierait pas ?

Comment mobiliser le SIAO, dans sa mission de référent de parcours pour prévenir les ruptures¹² et fluidifier les parcours ?

Comment mettre en place le partenariat sanitaire, médico-social et social nécessaire à la sortie dans des dispositifs adaptés aux problématiques des personnes ?

Comment accompagner les personnes vers une solution de sortie adaptée ? Quels sont les éléments d'une intégration réussie dans une structure d'aval ?

2.3 Destinataires

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles s'adressent à l'ensemble des professionnels intervenants au sein des structures LHSS – LAM et ACT.

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles pourront également être utilement consultées par les professionnels de la veille sociale et du sanitaire orientant des personnes vers ces structures.

visé à faire vivre une politique de rétablissement. C'est une culture commune, « de ne pas oublier que le cœur de la pratique consiste à comprendre collectivement ce que la personne demande à l'équipe et non pas que sa demande soit construite en miroir des supposées qualifications professionnelles de chacun » (33).

¹² La loi ALUR précise que le siao a pour mission de « suivre le parcours des personnes ou familles [...] prises en charge jusqu'à la stabilisation de leur situation » (30)

3. Modalités de réalisation

3.1 Modalités de mise en œuvre

- Promoteur : HAS : Élaboration par le service « Recommandations » de la DiQASM, avec un chef de projet dédié et des vacations de chargé de projet,
- Rencontres en amont de la validation du cadrage de l'autorité à l'initiative de la saisine et de certaines parties prenantes,
- Constitution d'un groupe de travail (GT), réuni lors de 5 séances,
- Appel à contributions à travers un questionnaire adressé aux professionnels des LHSS – LAM – ACT pour recueillir les savoirs des professionnels de terrain tels que les bonnes pratiques professionnelles déjà existantes, les axes d'amélioration, notamment autour de l'accompagnement au projet de l'utilisateur,
- Constitution d'un groupe de lecture (GL) et consultation de celui-ci,
- Consultation des parties prenantes sur le document rédigé avant passage en commission réglementée.

3.2 Méthode de travail envisagée

Le sujet et les thématiques retenues relèvent principalement des sciences sociales, et ne se prêtent pas à la méthodologie de classification de la littérature comme cela est fait dans le domaine de la santé. Il sera donc nécessaire de s'appuyer sur un consensus au sein du groupe de travail pour identifier les pratiques qui seront retenues.

Phase de revue systématique et de synthèse de la littérature :

- Analyse critique de la littérature, cependant le système de cotation du niveau de preuve défini dans le guide méthodologique de la HAS n'est pas adaptable aux thématiques retenues qui relèvent principalement des sciences sociales,
- Analyse des retours de l'appel à contribution,
- Rédaction d'un argumentaire scientifique explicitant les méthodes de travail, la stratégie de recherche documentaire et les critères de sélection des articles, une présentation du thème et du contexte d'élaboration des recommandations, une synthèse critique, concise et hiérarchisée de la littérature retenue, les références bibliographiques et la liste des participants,
- Rédaction de propositions de recommandations et envoi de celles-ci aux membres du groupe de travail avant sa réunion.

Rédaction de la version initiale des recommandations :

- Le groupe de travail se réunit 4 fois pour élaborer la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture et aux parties prenantes. Nous ne désignerons pas de Président du groupe de travail, la méthodologie restant à éprouver,

- Au regard de la typologie de la documentation disponible, la rédaction des recommandations pourra s'appuyer sur la recherche du consensus.

Phase de lecture :

- Le chef de projet adresse de manière concomitante aux membres du groupe de lecture et aux parties prenantes l'argumentaire scientifique, la version initiale des recommandations et la grille de retour,
- Le chef de projet rédige une analyse et une synthèse des retours du groupe de lecture qu'il adresse aux membres du groupe de travail,
- Le chef de projet recueille et analyse l'avis des parties prenantes. L'analyse des avis des parties prenantes sera mise à la disposition de la CSMS, en amont de la séance de validation des RBPP, dans une logique d'aide à la prise de décision. Elle ne sera pas présentée aux membres du groupe de travail. Les contributions des parties prenantes n'ont pas vocation à être intégrées dans l'expertise mobilisée pour construire les RBPP, elles peuvent toutefois permettre aux membres de la CSMS de mesurer la qualité de la réponse à la problématique posée et d'envisager de solliciter des travaux complémentaires dans le cadre du programme de travail de la HAS.

Phase de finalisation :

- Réunion du groupe de travail : analyse des réponses et commentaires du groupe de lecture et rédaction de la version finale des recommandations. Le consensus sera systématiquement recherché pour la prise en compte ou non des remarques et commentaires du groupe de lecture et des parties prenantes,
- Présentation au collège et validation par la CSMS.

3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes

Composition du groupe de travail :

- un responsable d'une structure médicosociale ayant mis en place un accueil de personnes confrontées à des difficultés spécifiques,
- un responsable de service d'accompagnement social d'hôpital,
- six personnels travaillant en LHSS, LAM, ACT ou ACT « un chez-soi d'abord » en veillant à ce que chaque typologie de structure soit représentée et en veillant à ce que les différents corps de métier soient représentés (personnel(s) social(aux), travailleur(s) pair(s), infirmier(s), médecin(s), responsable(s) de structure(s), médecin,(s) psychiatre(s)),
- un responsable d'EMPP,
- un responsable de PASS,
- un responsable d'équipe de maraudes,
- un responsable de SIAO,
- un universitaire expert sur les questions de grande précarité et de soins,
- un addictologue,
- quatre usagers des dispositifs.

Composition du groupe de lecture :

La composition du groupe de lecture sera similaire à celle du groupe de travail.

Parties prenantes :

- Une ARS
- Un Conseil Départemental
- Une DRJSCS
- La DGCS
- La DGOS
- La DGS
- La DIHAL
- La Fédération Habitat et Santé
- La Fédération nationale des PASS
- La FAS

3.4 Calendrier Prévisionnel

- **Juillet 2019** : Publication de la note de cadrage,
- **Juin 2019 – Février 2020** : Revue de littérature – Rédaction d'un argumentaire,
- **Juillet 2019 – Août 2019** : Appel à contribution,
- **Septembre 2019 – Octobre 2019** : Exploitation des données de l'appel à contributions,
- **Octobre 2019 – Décembre 2019 – Février 2020 – Avril 2020** : Réunions du groupe de travail,
- **Avril 2020 – Mai 2020** : Relecture par le groupe de lecture et les parties prenantes,
- **Juin 2020** : dernier groupe de travail d'intégration des retours de la phase de relecture,
- **Juillet 2020** : Soumission à la commission et Information du collège de la HAS.

3.5 Productions prévues

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « La coordination des parcours des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : la place des Lits Halte Soins Santé (LHSS), des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et des Appartements de coordination thérapeutique (ACT) »

Fiche repère à l'attention des professionnels orienteurs explicitant les différents dispositifs et les modalités d'orientation de chacun d'eux.

1. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2017.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
2. Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes. Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Investir dans les solidarités pour l'émancipation de tous. Dossier de presse. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
3. Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Dossier. Dans: Institut national de la statistique et des études économiques, ed. France, portrait social. Edition 2014. Paris: INSEE; 2015. p. 123-38.
https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1288519/FPORSOC14i_D1_sansdomicile.pdf
4. Mordier B. Introduction de cadrage. Les sans-domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. Economie et statistique 2016(488-489):25-35.
5. Fondation Abbé Pierre. L'état du mal-logement en France 2018. Rapport annuel #23. Paris: Fondation Abbé Pierre; 2018.
https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/23e_rapport_sur_letat_du_mal-logement_en_france_2018_-_le_rapport_complet.pdf
6. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. INSEE Première 2013(1455).
7. Feantsa, Fondation Abbé Pierre. 3ème regard sur le mal-logement en Europe. Brussels ; Paris: Feantsa ; FAP; 2018.
http://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/3e_regard_sur_le_mal-logement_en_europe_2018.pdf
8. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet (London, England) 2014;384(9953):1529-40.
9. Observatoire du Samusocial de Paris, Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Rapport final. Paris: OSP; 2010.
10. Fond G, Tinland A, Boucekine M, Girard V, Loubiere S, Auquier P, *et al.* Prescription of potentially inappropriate psychotropic drugs in homeless people with schizophrenia and bipolar disorders. Results from the French Housing First (FHF) program. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2019;89:84-9.
11. Direction de la sécurité sociale, Direction générale de la santé. Circulaire n°65 du 17 août 1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structure d'hébergement pour personnes malades du Sida. Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et la ville; 1994.

12. Direction générale de la santé, Direction de l'action sociale, Direction de la sécurité sociale, Sous-direction du financement de l'offre de soins. Circulaire DGS/DIV-sida/DSS/1 A/DAS n° 99-171 du 17 mars 1999 modifiant la circulaire n° 65 du 17 août 1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes malades du sida. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 1999.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-17/a0171182.htm>
13. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (1). Journal Officiel 2014.
14. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées. Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique. Journal Officiel 2002(16410).
15. Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Direction de la sécurité sociale. Circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT). Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2002.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-13/a0130986.htm>
16. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique «Un chez-soi d'abord». Journal Officiel 2016.
17. Tsemberis S. Housing first. The pathways model to end homelessness for people with mental health and substance use disorders : Hazelden Publishing; 2010.
18. Assistance publique hôpitaux de Marseille, Faculté de Médecine Aix-Marseille université, Tinland A, Girard V, Loubière S, Auquier P. Un chez soi d'abord. Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitatif ; 2016.
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport_interm_recherche_quantitatif_mai_2016_ucfdb.pdf
19. Premier ministre, Ministère du logement et de l'habitat durable, Ministère des affaires sociales et de la santé. Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » principaux résultats 2011-2015. Paris; 2016.
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/4_pages_ucfdb_avril_2016_mise_en_page.pdf
20. Ministère des affaires sociales et de la santé. Evaluation du dispositif lits haltes soins santé (LHSS). Rapport final. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf
21. Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 (1). Journal Officiel 2005.
22. Ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement. Décret n°2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé ». Journal Officiel 2006.
23. Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes. Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées «lits halte soins santé» (LHSS) et «lits d'accueil médicalisés» (LAM). Journal Officiel 2016(10).

24. Ministère du travail des relations sociales de la famille de la solidarité et de la ville. Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité. Journal Officiel 2009.

25. Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (1). Journal Officiel 2012.

26. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des solidarités et de la santé. Instruction interministérielle n°DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2018 des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez soi d'abord ». Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir_43565.pdf

27. Fédération santé & habitat. Bilan national des appartements de coordination thérapeutique (ACT) 2017. Paris: Fédération Santé & Habitat; 2018.

28. Direction générale de la Cohésion sociale. Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS). Rapport final. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_parcours_personnes_accueillies_lam_lhss_rapport_final.pdf

29. Circulaire DGAS/SD.1A no 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé ». Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2006.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-03/a0030038.htm>

30. Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (1). Journal Officiel 2014.

31. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Saint-Denis: ANESM; 2018.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf

32. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2008.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf

33. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, Gesmond T, Laval C, Estecahandy P. Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord ». Abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche. Paris: Ministère du logement et de l'habitat durable; 2016.

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/abrege_du_rapport_final_volet_qualitatif_de_recherche.pdf

34. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2008.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ouverture.pdf

35. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2009.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf

36. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2012.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_reco08_acces-droits_web_2.pdf

37. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2015.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-rbpps-reperage_et_accompagnement_en_chrs-interactif.pdf

38. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2015.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpps-prise_en_compte_de_la_sante_en_chrs-pdf_interactif.pdf