

Direction générale

Département Inspection Contrôle

**PROGRAMME REGIONAL DE CONTRÔLE DES LITS HALTES
SOINS SANTE**

**BILAN DES INSPECTIONS DES LITS
HALTE SOINS SANTE (LHSS)
REALISEES EN 2018 ET 2019
EN PAYS DE LA LOIRE**

RAPPEL DES OBJECTIFS DU PROGRAMME D'INSPECTIONS DES LHSS

Éléments de contexte :

Afin de renforcer l'efficacité de l'action en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, les autorités administratives compétentes doivent exercer une vigilance accrue sur les établissements et services médico-sociaux. Cette action s'inscrit dans le cadre du programme de repérage et de prévention des risques de maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS, eu égard à la vulnérabilité du public accueilli en Lits Halte Soins Santé. En effet, les structures dénommées " Lits Halte Soins Santé " mentionnées au 9° de l'article L. 312-1 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 (cf. Article D312-176-1 du CASF). De plus, ces structures de création récente (2006) n'avaient jamais été inspectées.

Objectifs principaux:

- Vérifier que les conditions et les modalités d'accueil et de prise en charge respectent la santé, la sécurité, l'intégrité, le bien-être physique et moral et la dignité des personnes accueillies dans les LHSS,
- Détecter les risques en identifiant les points critiques dans le fonctionnement de la structure et/ou dans l'attitude des personnels,
- Repérer les dynamiques existantes ou émergentes, ainsi que les points d'appui dans les établissements, afin de développer les bonnes pratiques,
- Formuler toute proposition pour améliorer la qualité de l'accueil et des prises en charge et soutenir les équipes,
- Sanctionner, le cas échéant, les insuffisances et les abus, en adressant des injonctions aux établissements, dont le non-respect doit conduire à prononcer une fermeture partielle ou totale, temporaire ou définitive.

Outils :

- Guide de contrôle des ESMS 2014 (IGAS)
- Grille régionale d'inspection des Lits Halte Soins Santé

Nombre d'établissements réalisant l'activité : 4 répartis sur 5 sites (2 en 44 sur 3 sites, 1 en 72 et 1 en 85)

SYNTHESE DES INSPECTIONS DES LHSS

La présente synthèse porte sur les constats et analyses effectués au cours d'inspections réalisées en 2018 et 2019 dans le cadre du programme régional de contrôle des LHSS.

Ce travail résulte de l'analyse de 4 rapports d'inspection rédigés sur la base d'un référentiel régional d'inspection, soit la totalité des LHSS de la région Pays de la Loire. Les structures inspectées sont situées en Loire-Atlantique, en Sarthe et en Vendée. Elles sont toutes de nature associative et aucune n'est intégrée à un CPOM.

Les capacités des 5 LHSS inspectés oscillent entre 10 et 15 places, pour un total de 49 places autorisées.

Protocole d'inspection

A l'instar des techniques d'inspection déjà mises en œuvre dans les structures d'hébergement médico-sociales dans le cadre du programme « prévention de la maltraitance/promotion de la bientraitance », le référentiel utilisé pour les LHSS privilégie une approche systémique de la structure autour de la bientraitance institutionnelle (respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, exigences réglementaires, démarche qualité...).

Les inspections relatives au programme de contrôle des LHSS sont annoncées. De manière générale, elles mobilisent deux inspecteurs et un médecin pendant une journée, sur site.

Les membres de la mission visitent les locaux, réalisent des entretiens avec des salariés de toutes catégories professionnelles, ainsi qu'avec des usagers, préalablement prévenus et volontaires.

Dans le cadre d'une procédure contradictoire, les inspections donnent lieu à la rédaction d'un rapport qui est adressé à l'établissement dans un délai de deux mois après la date de l'inspection. L'établissement dispose d'un mois pour faire connaître ses observations sur les constats de la mission et sur les demandes de mesures correctives envisagées par le commanditaire de l'inspection. La phase de dialogue avec l'établissement est close, un mois plus tard, avec l'envoi du rapport final et du tableau des mesures correctives demandées.

Méthodologie de la synthèse

La présente étude repose sur les constats, analyses et demandes de mesures correctives issus des 4 rapports d'inspection rédigés en 2018 et 2019 (en moyenne 20 demandes de mesures correctives par inspection).

Les demandes de mesures correctives sont réparties en quatre grandes catégories, elles-mêmes déclinées en 130 items, non hiérarchisés :

- 1) Gouvernance (Agrément, management et stratégie, gestion de la qualité)
- 2) Fonctions support (Gestion des ressources humaines, conditions d'installation)
- 3) Prise en charge (Admission/Accueil, individualisation des accompagnements)
- 4) Partenariats/Relations avec l'extérieur

Ce travail de synthèse a concerné la totalité des structures autorisées au moment des inspections. Il convient cependant de préciser que le référentiel d'inspection ne permet pas une analyse exhaustive des problématiques d'accompagnement des personnes accueillies.

D'une manière générale, les demandes de mesures correctives, qu'elles soient globales ou ciblées, traduisent des écarts à la réglementation ou aux bonnes pratiques. La récurrence de constats, afférents à un même item et concernant un nombre important d'établissements, permet de mettre en relief les dysfonctionnements et les risques identifiés dans les structures inspectées.

1 GOUVERNANCE

1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation

Les structures inspectées respectent la capacité autorisée et la catégorie de bénéficiaires prévus par l'agrément. Il s'agit de toute personne sans domicile, de plus de 18 ans, quelle que soit sa situation individuelle, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale, adaptée de courte durée, qui ne justifie pas d'une hospitalisation ou d'un service de soins de suite ou de réadaptation.

La population accueillie avait une moyenne d'âge de 42 ans et était principalement masculine.

A la date de l'inspection, le taux d'occupation moyen des LHSS était de 96% (2 structures accueillait un nombre de résidents inférieur à la capacité fixée dans l'arrêté d'autorisation). A noter également qu'un établissement accueillait 2 accompagnants, en sus de la capacité autorisée

1.2 Management et stratégie

Projet de service

Sur les 4 LHSS, la moitié dispose d'un projet de service. Cependant, les deux projets de service examinés étaient soit succincts, soit non validés.

Règlement de fonctionnement

Des observations ont été formulées pour la totalité des structures inspectées (durée de validité de 5 ans dépassée, document non daté, règlement à compléter, règlement à harmoniser.

La nécessité de consulter les instances représentatives du personnel et des usagers avant son adoption (Art. R 311-33 du CASF) a été rappelée dans 3 LHSS. Un affichage du règlement de fonctionnement a également été demandé dans un établissement (article R311-34 du CASF).

Concernant le contenu du RF, il convient de rappeler que ce document doit respecter un équilibre entre les droits et les devoirs des usagers et autoriser des aménagements dans le cadre d'un accompagnement individualisé. Dans une des structures, le volet droits était insuffisamment développé.

Pilotage/délégations de pouvoirs

Dans 2 structures, le Document unique de délégations n'était plus en phase avec la gouvernance associative. Il a été demandé à l'une des 2 structures de travailler un référentiel managérial. Une subdélégation en direction du chef de service était formalisée dans une seule des structures. Des organigrammes hiérarchiques et fonctionnels étaient élaborés, mais il a été demandé à 2 structures de procéder à une clarification de ce document.

Organisation de la transversalité/circulation de l'information

Des temps de réunions d'équipe étaient mis en place au sein de chaque établissement inspecté. Dans deux structures, des observations ont été formulées pour améliorer les retours des comités de direction auprès des équipes.

En revanche, concernant les modalités de transmission et de partage de l'information, des demandes de mesures correctives ont été formulées dans 3 structures où des insuffisances avaient été pointées. En effet, un système d'information partagée permet d'améliorer la continuité du service avec le partage des transmissions et des observations entre les différents professionnels.

Démarche qualité

Plusieurs critères permettent d'apprécier le degré d'engagement de l'établissement dans une politique d'amélioration continue de la qualité (plan d'amélioration continue de la qualité actualisé, présence d'un référent qualité, réunions thématiques, gestion documentaire...). Dans la totalité des LHSS, des demandes de mesures correctives portant sur la structuration d'une politique qualité ont été formulées (PACQ formalisé dans aucune structure). Dans la totalité des LHSS, il a également été constaté que la gestion documentaire n'était pas structurée. Cependant, il convient de préciser que tous les établissements inspectés élaborent un rapport d'activité.

Gestion des risques, des crises, des incidents graves et des situations de maltraitance

Concernant le dispositif de gestion des événements indésirables (EI), une seule structure a formalisé une procédure relative à la définition et au traitement des événements indésirables. Par ailleurs, à l'exception d'un établissement, aucun EI n'a été recensé, ce qui prive les LHSS de leviers pour interroger et améliorer leur organisation. Dans deux services, il a également été constaté que des événements indésirables graves n'avaient pas été déclarés à l'ARS.

En termes d'instructions ou de supports institutionnels sur les conduites à tenir, 2 des 5 LHSS ont élaboré des procédures spécifiques, mais la démarche n'est pas nourrie par l'exploitation des événements indésirables. Il convient de souligner que l'une des structures a rédigé des protocoles de soins individualisés avec des conduites à tenir prenant en compte les problématiques spécifiques de certains résidents.

Par ailleurs, il manque un protocole relatif à la conduite à tenir en cas de maltraitance dans 3 des 4 LHSS.

2 FONCTIONS SUPPORT

2-1 Gestion des Ressources humaines

Personnes/qualifications/affectations

La composition des équipes pluridisciplinaires comprend dans toutes les structures un poste de médecin et une à trois IDE. Dans 2 LHSS, un temps de psychologue (0,15 et 0,20 ETP) est présent au tableau des effectifs. Quant aux professionnels socio-éducatifs, il s'agit principalement d'assistants de services sociaux (3/4), de moniteurs-éducateurs (2/4) et d'AMP (2/4). Le ratio global d'encadrement est en moyenne de 0,49 agent/place (de 0,43 à 0,6).

Lors des inspections, il a été procédé au contrôle des diplômes et des extraits de casier judiciaire (bulletin n°3 du Casier Judiciaire National). Il manquait un diplôme dans une structure. Quant aux extraits de casier, ils étaient présents en totalité dans un seul LHSS.

En termes de formalisation, il a été demandé à 3 LHSS d'élaborer des procédures relatives aux ressources humaines (recrutement, accueil et intégration des nouveaux professionnels, entretiens professionnels) et d'établir des priorités de formation du personnel recruté. A cet égard, il convient de souligner l'importance de la période de tuilage. Pour rappel, l'article D.312-176-1-IV du CASF précise que les « personnels amenés à travailler auprès des personnes accueillies dans les LHSS disposent d'une expérience préalable de travail auprès de ce public. A défaut, ils reçoivent une formation à ce type de prise en charge. ».

Des fiches de poste actualisées n'ont été constatées que dans la moitié des LHSS. Quant aux fiches de tâches, il n'en existe que dans une seule structure.

A l'exception d'un établissement qui a connu un turn-over de personnel, une certaine stabilité des effectifs a été constatée ; les agents des LHSS sont en CDI. Il est à noter que les rapports d'activité associatifs comportent peu de données et indicateurs sociaux spécifiques aux LHSS.

Les entretiens professionnels sont conduits dans la totalité des structures inspectées. Cependant, dans 2 structures, des observations ont été formulées concernant notamment l'absence de compte-rendu et les modalités de déroulement des entretiens.

Formation/accompagnement/soutien des professionnels

Il a été demandé aux LHSS (4/5) de promouvoir une politique en faveur de la bientraitance via notamment des outils institutionnels et des formations.

Concernant les modalités de soutien aux professionnels, la totalité des LHSS avaient mis en place des temps dédiés à l'analyse de la pratique par un(e) psychologue extérieur(e). C'est également un vecteur important de promotion de la bientraitance, dans la mesure où cela favorise un questionnement autour des pratiques professionnelles et une prise de recul nécessaire face aux situations des résidents.

Enfin, il est à noter que les instances représentatives du personnel fonctionnent dans tous les LHSS.

Organisation de la nuit

La surveillance nocturne repose sur une présence sur site dans 3 LHSS et sur un dispositif d'astreinte pour un établissement. Pour ce dernier, deux passages sont organisés la nuit et un système de téléalarme est mis en place. Dans toutes les structures, une astreinte de direction est mise en place. Quant à la qualification de surveillant de nuit, elle n'est pas exigée dans 2 LHSS. Dans les 2 autres structures, la proportion d'agents de nuit qualifiés est supérieure aux 2/3.

La possibilité pour les résidents de joindre l'astreinte est effective dans l'ensemble des LHSS via notamment un téléphone dédié.

Il a été demandé aux structures de poursuivre les actions de professionnalisation en proposant des formations de surveillant de nuit (2 LHSS). Des demandes de mesures correctives ont porté sur la formalisation des modalités de déclenchement de l'astreinte de direction ou sur la rédaction de fiches de tâches pour les agents de nuit (2 LHSS).

Expression collective des usagers (Article. L.311-6 du CASF).

A l'exception d'un LHSS, des instances s'apparentant à une forme de Conseil de la Vie Sociale (réunion de résidents, réunion d'usagers) sont mises en place. Il s'agit de groupes d'expression communs avec les usagers du CHRS dans 2 LHSS. Dans l'une des structures, une véritable dynamique de groupe est instituée avec des réunions dont la fréquence est d'une fois toutes les 3 semaines.

Concernant les enquêtes de satisfaction, elles ne sont pas déployées dans les LHSS.

Quant au recueil des réclamations, aucune structure ne dispose d'un dispositif formalisé. De plus, dans 3 LHSS, le droit de formuler une réclamation pour l'usager n'est pas précisé dans le règlement de fonctionnement.

2-2 Les conditions d'installation

Les normes des locaux d'hébergement et de soins prévoient une salle de soin avec une armoire sécurisée et un coffre, un cabinet médical avec point d'eau, un lieu de vie et de convivialité, un office de restauration, un bloc sanitaire pour 5 personnes accueillies. Il est indiqué également que, dans la mesure du possible, la structure peut assurer l'accueil de l'entourage proche et prévoir un mode d'accueil des animaux accompagnants.

La quasi-totalité des structures inspectées propose des chambres individuelles. Seule une structure dispose de 3 chambres doubles. La plupart des structures sont dotées de lits médicalisés (90%). Dans 3 LHSS, toutes les chambres sont équipées de douches. Un établissement ne disposait que de salles de bains collectives pour la majorité de ses chambres (3 salles de bains pour 9 usagers) à la date de l'inspection. Dans une autre structure, les chambres n'avaient pas de WC privatifs et les douches comportaient un seuil ne les rendant pas accessibles aux personnes à mobilité réduite.

L'accueil de proches (D.312-176-2 du CASF) est possible dans 3 structures, principalement via la possibilité d'ajouter un lit supplémentaire dans une chambre.

Quant à la possibilité de prévoir un mode d'accueil pour les animaux accompagnants (D.312-176-2 du CASF), elle n'est effective que dans deux sites, avec un chenil extérieur privatif d'une place pour l'un et 2 studios aménagés pour accueillir des animaux pour l'autre.

Par ailleurs, concernant le risque légionellose, un seul établissement procède à des analyses d'eau.

Concernant la prévention du risque de brûlures, il a été constaté que les salles de bain n'étaient équipées de mitigeurs thermostatiques que dans un établissement.

Enfin, s'agissant des affichages obligatoires, la charte des droits et libertés de la personne accueillie faisait défaut dans une structure et le règlement de fonctionnement dans une autre.

3 PRISE EN CHARGE

3-1 Processus admission/accueil/évaluation

Globalement, le processus **admission/accueil/évaluation** nécessite d'être formalisé avec l'élaboration des différentes procédures y afférant. Néanmoins, dans 2 structures, ce processus est abordé dans le projet de service.

Des critères d'admission sont définis dans toutes les structures. Ils répondent aux prescriptions réglementaires (personnes sans domicile fixe présentant des problèmes de santé ne nécessitant pas une hospitalisation). Plus précisément, ils peuvent intégrer l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (ex : toilettes). Des critères de non-admission peuvent être également définis pour des pathologies chroniques, des soins aigus, un besoin d'oxygène, voire des pathologies psychiatriques importantes. Il est à noter que les résidents des LHSS sont issus principalement du secteur hospitalier (de 30 à 70% des admissions).

Pour la mission, le critère majeur d'admission repose sur la possibilité ou non d'accueillir des personnes en perte d'autonomie ayant notamment besoin d'aide pour la réalisation des actes de la vie quotidienne. L'accueil de ce type de résident nécessite de disposer de professionnels susceptibles d'aider les personnes à effectuer leur toilette. Or, seulement 2 structures disposent d'AMP dans leurs effectifs.

La phase **accueil**, qui débute à partir de l'entrée du résident dans le dispositif, doit comprendre la remise et l'explicitation des outils de la loi 2002-2 propres à chaque LHSS (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie), ainsi que du dispositif des personnes qualifiées et de la personne de confiance. Il ressort des inspections qu'une information relative au dispositif des personnes qualifiées n'est effectuée que dans une structure. Quant au dispositif de la personne de confiance, les documents institutionnels ne donnent pas d'éléments d'informations dans 3 LHSS.

Dans le cadre de l'examen des dossiers administratifs des résidents, il a pu être vérifié que les **contrats de séjour** étaient tous signés. Cependant, dans 2

structures, le document n'était pas signé du directeur ou d'un responsable ayant délégation.

Dans 3 LHSS, une participation financière de 10% (2 LHSS) ou 20% des revenus (1 LHSS) est demandée aux usagers. Ce point interroge la mission dans la mesure où la disposition relative à la participation financière des usagers, incluse dans le décret LHSS/LAM du 11 janvier 2016, ne concerne que les LAM (Lits d'Accueil Médicalisés). Des contrats collectifs d'assurance « responsabilité civile » ont été souscrits par l'ensemble des structures inspectées. Dans 4 LHSS, il a été demandé de formaliser une procédure d'accès aux dossiers de l'utilisateur (administratif, social et médical).

Concernant la phase **bilan/évaluation**, il a été observé que dans la totalité des LHSS, il n'était pas formalisé de bilan pluridisciplinaire.

3-2 Accompagnement et modalités de sa personnalisation

Projets personnalisés

Les projets personnalisés ne sont élaborés que dans la moitié des structures soit via un avenant au contrat de séjour avec des objectifs de soins et sociaux, soit via un projet de soins se juxtaposant à un projet social. Il manque cependant un projet personnalisé global couvrant l'ensemble des dimensions de l'accompagnement.

Lors des inspections, des systèmes d'information étaient en cours de déploiement dans 2 structures. Il convient de souligner que l'informatisation du dossier de l'utilisateur sera de nature à améliorer sensiblement les supports d'information partagée nécessaires à la construction en pluri-professionnel des projets personnalisés.

Projet de sortie individuel (D.312-176-1-3° du CASF)

Le projet de sortie individuel n'est formalisé dans aucune structure. Il n'est pas non plus intégré dans un volet spécifique aux projets personnalisés.

Or, l'anticipation et la préparation de la fin de l'accompagnement constituent un enjeu important pour les LHSS.

Les durées moyennes d'accompagnement oscillent entre 58 et 100 jours selon les structures, étant précisé que 4 résidents étaient présents depuis plus d'un an lors des inspections. Pour rappel, l'article D. 312-176-2 précise que la durée prévisionnelle du séjour est au maximum de deux mois. Cette durée est renouvelable autant de fois que de besoin, en fonction de l'état sanitaire de la personne. L'allongement de la durée moyenne de séjour peut être notamment imputé à l'accueil de personnes atteintes de pathologies complexes combinées, parfois, à une absence de statut juridique et à un manque de ressources pérennes.

3-3 L'organisation des soins

Attributions du médecin

Un médecin était présent dans chaque LHSS sur des quotités de travail se situant de 0,2 à 0,6 ETP en fonction des structures. Les médecins assurent la responsabilité, la coordination des soins, le diagnostic, la prescription et la continuité des soins. En termes de coordination des professionnels de santé, des réunions pluridisciplinaires ont lieu en général chaque semaine, en présence du médecin et des professionnels paramédicaux

Circuit du médicament.

Il est jugé satisfaisant dans une structure. Dans les 3 autres LHSS, des marges de progrès ont été identifiées dans les domaines suivants :

- la traçabilité des médicaments donnés,
- la liste des médicaments à ne pas écraser,
- la déclaration des évènements indésirables,
- la gestion de l'armoire à pharmacie (absence de coffre pour les stupéfiants, médicament périmé retrouvé, médicaments non utilisés stockés et non retournés en pharmacie),
- les bonnes pratiques non respectées concernant les réfrigérateurs pour les médicaments thermosensibles,
- la présence d'aliments appartenant au personnel dans le réfrigérateur de l'infirmierie,
- l'absence de traçabilité de la température des réfrigérateurs.

Dans 2 LHSS, la dotation en médicaments de la pharmacie humanitaire est supérieure aux besoins évalués.

Continuité des soins

En raison de la petite taille de l'équipe pluridisciplinaire, inhérente au dispositif des LHSS, se pose la question de la continuité des accompagnements pendant les périodes d'absence des professionnels. Pour assurer la continuité des soins, des LHSS font appel à des IDE libérales lors des week-ends ou des périodes de congés des IDE salariés. Le fait pour les structures d'être adossées à des CHRS permet également de compenser les effets liés à la taille critique insuffisante.

Une astreinte téléphonique de direction est mise en place dans toutes les structures. En revanche, une procédure spécifique n'est formalisée que dans une structure. Un manque de procédures pour faire face à des situations en cas d'urgence ainsi qu'à des prises en charge atypiques a également été constaté (pas de prise en charge en l'absence de document de l'assurance maladie).

Dans un LHSS, suite au refus d'un animateur de donner un médicament, il a été utile de rappeler l'article L. 313-26 du CASF :

« Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. »

Projets de soins

Des pratiques hétérogènes ont été rencontrées concernant la notion de projet de soins :

- coexistence d'un projet d'accompagnement social personnalisé et d'un projet personnalisé de soins, sans traduction dans un projet d'accompagnement global,
- existence d'un contrat de soins signé par le bénéficiaire précisant l'objectif, la durée prévisionnelle et le consentement du patient, mais qui ne décrit pas le programme de soins prévu (seule la réévaluation de la date de sortie y est inscrite),
- notion de « parcours de soins » définie à partir de la programmation des soins hospitaliers prévus, mais le document n'est pas signé du bénéficiaire,
- projet de soins réévalué à travers la prolongation du contrat de séjour, ce dernier définissant le diagnostic comme objectif de soins, mais pas les actions et l'accompagnement mis en œuvre au regard des objectifs de soins.

Protection des données de santé /dossier médical

Dans deux structures, un dossier informatisé était mis en place et dans une troisième, le déploiement était en cours lors de l'inspection. Il n'a pas été formulé d'observation sur la structuration des dossiers médicaux. Dans l'établissement non

informatisé, un dossier de liaison urgent (DLU) est préparé sous enveloppe fermée pour chaque patient, à disposition en cas de besoin.

Dans la totalité des structures, les médecins libéraux n'ont pas de droit d'accès au dossier médical informatisé.

Dans une structure, les dossiers médicaux sont rangés avec les dossiers sociaux.

Prise en charge psychiatrique

Dans l'ensemble des structures, les personnes atteintes de pathologies psychiatriques ne sont pas prioritaires dans les admissions, voire non admises en fonction de l'intensité des troubles du fait de la chronicité. En cas de pathologies psychiatriques associées, le lien est effectué avec la psychiatrie de secteur. Des difficultés de prise en charge psychiatrique des migrants domiciliés socialement à Nantes sont relevées par la mission.

Pour deux LHSS, dès la phase accueil, une évaluation est réalisée en lien avec les CMP du secteur ou avec une équipe mobile psychiatrie précarité.

Enfin, dans une structure, une psychologue est mobilisée dès l'entrée du résident. L'articulation avec le secteur psychiatrique est en revanche insuffisamment développée.

4 PARTENARIATS/ RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

Les structures inspectées inscrivent leur action dans un réseau partenarial avec les secteurs hospitalier, psychiatrique, social et médico-social, dans une dynamique de territoire.

Les structures "lits halte soins santé" doivent signer une convention avec un ou plusieurs établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques (article D312-176-1 (III) du CASF). La totalité des LHSS travaille en partenariat, mais seule la moitié a formalisé une convention avec un établissement de santé en prévoyant notamment les modalités d'admission en aval de l'hôpital, ainsi que les suivis médical et social. Il est à noter qu'un LHSS effectue une transmission hebdomadaire, à l'ensemble des structures hospitalières du département, de la disponibilité des places de LHSS. Quant aux coopérations avec le secteur psychiatrique, elles sont à améliorer dans la plupart des LHSS (1 seule convention signée dans ce domaine). Aucune convention n'est conclue avec l'HAD.

Des kinésithérapeutes et des IDE libérales peuvent être appelés à intervenir régulièrement, mais une seule structure dispose d'une convention de coopération signée.

En termes d'actions de coopération à améliorer, les habitudes de travail partenarial avec le secteur médico-social méritent d'être plus développées pour pouvoir construire également des projets de sortie individuels avec des structures de type EHPAD pour les personnes de plus de 60 ans.

Dans le domaine de la prévention, une convention du 09/03/2018 a été conclue avec le CHU de Nantes pour une structure (centre fédératif prévention dépistage 44 et PASS) concernant la mise en place d'un programme de partenariat de prévention et de coordination. Une autre structure dispose d'une convention avec l'association EVEA (7/12/2015) dans le domaine de la prévention des addictions et de la réduction des risques.

Par ailleurs, il est fait appel à des bénévoles dans deux structures, soit très ponctuellement, soit pour animer des ateliers. Des chartes de bénévolat sont signées.

Concernant les échanges interinstitutionnels (partages de savoir-faire, confrontation d'apports théoriques et de pratiques lors de formations conjointes), la fonction d'animation du réseau par la Fédération des acteurs de la Solidarité (Ex FNARS) est à mentionner.

5 CONCLUSION

Les points majeurs qui ressortent de la synthèse de ces inspections concernent les critères d'admission, l'articulation avec la psychiatrie, le projet personnalisé (dont le projet de sortie individuel) et la continuité des soins.

En termes de critères d'admission, la possibilité ou non d'accompagner des personnes en perte d'autonomie ayant notamment besoin d'aide pour la réalisation des actes de la vie quotidienne a été soulignée. En effet, la capacité d'accueillir provisoirement des personnes dépendantes (ex : fractures nécessitant fauteuil roulant, besoin d'aide à la toilette...) n'est effective que dans 2 LHSS. Il convient également de souligner que dans tous les LHSS, les troubles psychiatriques ne sont pas l'indication prioritaire d'admission. Cependant, s'ils existent en tant que troubles associés, un lien est réalisé avec le secteur psychiatrique. Les coopérations avec le secteur psychiatrique sont pour autant à renforcer ou à améliorer dans la plupart des LHSS (1 seule convention signée dans ce domaine).

Le projet de sortie individuel prévu à l'article D.312-176-1-3° du CASF n'est formalisé dans aucune structure, soit de manière particulière, soit via un volet spécifique intégré dans le projet personnalisé. Il est à noter une grande hétérogénéité dans son processus d'élaboration. Un projet personnalisé global couvrant l'ensemble des dimensions de l'accompagnement reste à construire dans l'ensemble des LHSS.

Les horaires des personnels médical et paramédical ne couvrent pas les 24 heures. De ce fait, afin d'assurer la continuité des soins, des transmissions ciblées, des consignes, ou des protocoles de soins généraux et/ou personnalisés sont nécessaires, que ce soit dans un contexte d'urgence (intervention du 15 ou de médecins et IDE libéraux) ou dans un cadre d'aide aux actes de la vie courante (comme par exemple l'administration de médicaments par le personnel).

Au total, au regard du référentiel d'inspection, peu de constats de non conformités ont été établis et peu de remarques ont été formulées, ce qui traduit des prestations d'accompagnement globalement satisfaisantes. Les demandes de mesures correctives adressées aux structures ont porté principalement sur des marges de progrès en termes de démarche qualité, notamment en matière de formalisation.