



UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
D'INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE

MENTION : Pathologies Chroniques stabilisées

**Accompagner les hébergés en LHSS et LAM :
Quels défis pour les professionnels ?**

Présenté et soutenu publiquement le 2 juillet 2024 à 11h30 au Pôle Formation
par Djamel BOUCHARÉB

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur Nicolas PENNEL

Enseignant infirmier :

Madame Marie-Cécile SAMYN

Directrice de mémoire :

Madame Gwladys ACOULON

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, Je remercie les membres du jury, Monsieur le Professeur Nicolas PENNEL et Madame Marie-Cécile SAMYN, pour leur temps et leur évaluation de ce travail.

Je remercie ma directrice de mémoire, Madame Gwladys ACOULON, pour son encadrement, ses suggestions et sa confiance. Votre soutien et vos conseils ont été essentiels à l'aboutissement de ce travail.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance à Monsieur le Professeur François Puisieux et à Marie-Eve Godeffroy dont l'appui administratif et logistique a été crucial tout au long de cette recherche.

Un remerciement à Maëlle Prioux, directrice adjointe des soins du Samu social, et à Valérie Thomas, directrice médicale, pour leur soutien, leur confiance et leur aide précieuse. Travailler à vos côtés a été un véritable plaisir et une source constante d'inspiration. Votre dévouement et votre expertise ont grandement enrichi ce projet.

Un remerciement à la F2RSM Psy Hauts-de-France, en particulier au Dr Camille Vincent ainsi que Delphine Pastureau, Emile Fares, et Claire-Lise Charrel, pour leur accompagnement précieux. Votre expertise et votre soutien ont grandement enrichi ce projet.

Je tiens surtout à exprimer ma gratitude à ma famille, notamment à ma mère, mes sœurs, et surtout à mon épouse, pour leur amour inconditionnel, leur patience et leur encouragement. Vous avez été une source de motivation et de force.

Je n'oublie pas mes collègues de la promotion, en particulier Nahida, Fairouz, Marie et Aurélie, pour leur présence et leur soutien. Les moments partagés avec vous ont été enrichissants et ont largement contribué à rendre cette expérience mémorable.

Enfin, je remercie toutes les personnes que j'ai rencontré au cours de cette aventure. Chacune de ces rencontres a été une source d'enrichissement personnel et professionnel, me permettant d'approfondir mes connaissances et de développer des compétences précieuses.

Table des matières

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	2
Précarité et santé	3
Précarité.....	3
Pauvreté.....	4
Les personnes sans-domicile.....	4
Conséquence de la précarité sur la santé.....	5
Continuité des soins	6
Définition.....	6
Acteurs concernés.....	6
Particularité de l'accompagnement des personnes précaires.....	7
Lits Halte Soins Santé (LHSS) et Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)	10
Fonctionnement et public.....	10
Services proposés.....	10
Défis et recommandations.....	11
Le Samu social	11
LHSS et LAM au Samu social.....	12
Personnel LHSS et LAM.....	12
MÉTHODOLOGIE	14
Contexte	14
Question de recherche	14
Hypothèses et Objectifs	15
Hypothèse principale.....	15
Objectif.....	15
Critères d'évaluation.....	15
Hypothèse secondaire.....	16
Objectif.....	16
Critères d'évaluation.....	16
Critères d'inclusion	16
Critères d'exclusion	17
Élaboration du questionnaire	17
Recueil des données	17
Données recueillies	17
Méthodologie statistique	19
Analyse statistique	19
RESULTATS	20
Description de la population	20
Hypothèse principale selon laquelle ces professionnels font face à plusieurs obstacles majeurs dans leur mission.....	22
Hypothèse secondaire selon laquelle une formation adéquate est nécessaire pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins.....	31

DISCUSSION	36
Analyse critique des résultats par hypothèse	36
Hypothèse principale	36
Hypothèse secondaire	37
Pour résumer	38
Analyse au regard de la science infirmière	39
Conduites addictives	39
Troubles psychiques.....	39
Troubles cognitifs	40
Barrière de la langue	41
Manque de personnel	41
Ressources matérielles	42
Organisation des services.....	42
Coordination des soins.....	43
Formation des professionnels	43
Pour résumer	44
Forces et limites de l'étude	44
Forces.....	44
Limites	45
L'IPA pour répondre aux défis identifiés ?.....	46
Perspectives et recherches futures	47
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	51
Annexe I.....	51
Annexe II	57
Annexe III	58
Annexe IV	59

Table des illustrations

FIGURE 1. COMPARAISON DES EFFECTIFS AU LAM ET AU LHSS	12
FIGURE 2. REPARTITION PAR GENRE DES PARTICIPANTS	20
FIGURE 3. NOMBRE DE PARTICIPANTS SELON LES ETABLISSEMENTS	21
FIGURE 4. CLASSEMENT DES OBSTACLES PAR ORDRE D'IMPORTANT SELON LES PARTICIPANTS.....	22
FIGURE 5. FREQUENCE DES DIFFICULTES A CONTINUER LES SOINS EN CAS DE CONDUITES ADDICTIVES	23
FIGURE 6. DIFFICULTES EN FONCTION DU PERSONNEL VIS A VIS DES PATIENTS AYANT DES CONDUITES ADDICTIVES	23
FIGURE 7. FREQUENCE DES DIFFICULTES A CONTINUER LES SOINS EN CAS DE TROUBLES PSYCHIQUES	24
FIGURE 8. DIFFICULTES EN FONCTION DU PERSONNEL VIS A VIS DES PATIENTS AYANT DES TROUBLES PSYCHIQUES	24
FIGURE 9. FREQUENCE DES DIFFICULTES A CONTINUER LES SOINS EN CAS DE TROUBLES COGNITIFS	25
FIGURE 10. FREQUENCE DES DIFFICULTES EPROUVEES EN CAS DE BARRIERE DE LA LANGUE.....	25
FIGURE 11. CONNAISSANCE DE LA MALADIE COMME OBSTACLE (1)	26
FIGURE 12. CONNAISSANCE DE LA MALADIE COMME OBSTACLE (2)	26
FIGURE 13. DISCRIMINATION DES HEBERGES.....	27
FIGURE 14. LE MANQUE DE PERSONNEL	27
FIGURE 15. LA DISPONIBILITE DES RESSOURCES MATERIELLES	28
FIGURE 16. RESPONSABLE DE LA CONTINUITÉ DES SOINS	29
FIGURE 17. COORDINATION INTERNE ENTRE LES SERVICES (1)	29
FIGURE 18. COORDINATION INTERNE ENTRE LES SERVICES (2)	30
FIGURE 19. PREPARATION AUX CONDUITES ADDICTIVES (1)	31
FIGURE 20. PREPARATION AUX CONDUITES ADDICTIVES (2)	32
FIGURE 21. PREPARATION AUX TROUBLES PSYCHIQUES (1)	32
FIGURE 22. PREPARATION AUX TROUBLES PSYCHIQUES (2)	33
FIGURE 23. PREPARATION AUX TROUBLES COGNITIFS (1)	33
FIGURE 24. PREPARATION AUX TROUBLES COGNITIFS (2)	34
FIGURE 25. AMELIORATIONS PROPOSEES	35

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

CESF : Conseiller en Économie Sociale et Familiale

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

LHSS : Lits Halte Soins Santé

QCM : Question Choix Multiples

SDF : Sans Domicile Fixe

F2RSM : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts de France

INTRODUCTION

La précarité, définie comme un état d'insécurité économique et sociale, a un impact significatif sur l'accès aux soins de santé et la continuité des soins. Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) jouent un rôle crucial dans la prise en soin des personnes sans domicile fixe (SDF) nécessitant des soins médicaux qui ne justifient pas une hospitalisation complète. Ces structures sont essentielles pour combler le manque entre les soins de santé conventionnels et les besoins spécifiques des populations précaires.

Les défis rencontrés dans les soins de santé des personnes précaires sont multiples et variés. Ils incluent la stigmatisation, la complexité des maladies chroniques et psychiatriques, ainsi que le manque de ressources pour assurer une fluidité et une cohérence des soins. La coordination interservices, l'éducation thérapeutique et la formation continue sont des éléments clés pour surmonter ces obstacles.

Dans cette recherche, nous nous intéressons à la manière dont sont perçues et se manifestent les difficultés spécifiques de soins des personnes précaires. En particulier, nous souhaitons comprendre comment la continuité des soins est maintenue dans les structures telles que les LHSS et les LAM. En examinant la littérature, nous cherchons à identifier les principaux défis rencontrés dans les soins des personnes en situation de précarité. Cette analyse nous permettra de mieux appréhender les dynamiques de la continuité des soins dans les LHSS et LAM et d'identifier les leviers d'amélioration pour une prise en soins optimale de cette population vulnérable.

Ainsi, cette étude vise à explorer les particularités de la prise en soins des personnes SDF dans les structures de LHSS et de LAM. En mettant en lumière les défis quotidiens auxquels les professionnels sont confrontés pour assurer la continuité des soins, nous espérons contribuer à l'amélioration des pratiques pour les populations en situation de précarité.

Précarité et santé

Pour bien comprendre les enjeux de cette recherche et les étapes de notre raisonnement, il est essentiel de commencer par définir un concept central : la précarité, qui englobe la pauvreté et inclut la situation des sans-domicile fixe (SDF), représentant une forme extrême de vulnérabilité.

Précarité

La précarité, selon le dictionnaire Le Robert, se caractérise par la fragilité et l'instabilité, désignant des difficultés à se procurer le nécessaire pour vivre. Elle évoque souvent l'insécurité économique et sociale qui touche ceux qui n'ont pas accès aux ressources nécessaires pour atteindre un niveau de vie acceptable (1).

Cette notion englobe les domaines des revenus, du logement, de l'emploi et de l'accès à des services tels que les soins de santé (1). D'autres définitions mettent en avant l'instabilité et l'insécurité, en particulier concernant l'emploi et le logement (2). La précarité se caractérise par un défaut d'accès à plusieurs dispositifs essentiels permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux (3).

Il est également souligné que la précarité n'est pas seulement un manque de revenus, mais une insécurité globale affectant divers aspects de la vie quotidienne, y compris l'emploi, le logement, l'éducation et les soins de santé (4). Elle inclut aussi une dimension d'insécurité et de vulnérabilité accrue due à divers facteurs de risque environnementaux accumulés tout au long de la vie (5).

Ainsi, la précarité apparaît comme un état de vie affectant un individu ou un groupe. L'absence de sécurités essentielles entraîne des conséquences potentiellement graves sur le bien-être individuel (6).

Le rapport de J.WRESINSKI semble donner une définition qui reprend tous ces domaines.

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. » (4)

Ainsi, cette notion englobe une variété de situations et de conditions.

Dans notre étude, la population examinée se trouve en situation de précarité avancée, affrontant des conséquences graves dues à cette condition. La précarité, en affectant divers domaines de l'existence, mène souvent à la grande pauvreté (7).

Cette forme extrême de précarité peut être assimilée à la pauvreté ou à la misère, impliquant une perte significative des moyens de subsistance et une dégradation des conditions de vie (8). La pauvreté et la précarité sont intimement liées (3), car les personnes en précarité deviennent fréquemment pauvres en raison de revenus insuffisants et de moyens de subsistance limités (7).

Pauvreté

Selon le dictionnaire Le Robert, la pauvreté est l'état d'une personne qui manque de moyens matériels et d'argent, indiquant une insuffisance de ressources. Elle désigne un manque de ressources financières suffisantes pour satisfaire les besoins de base tels que la nourriture, le logement, les vêtements, les soins de santé et l'éducation (9).

La pauvreté est souvent mesurée par des seuils de revenu spécifiques (2) et se définit généralement par un manque de ressources financières pour répondre aux besoins de base (8). Toutefois, elle est de nature complexe et multidimensionnelle, intégrant des aspects de bien-être économique (revenu et consommation), de ressources essentielles (éducation, santé) et d'exclusion sociale (10). La pauvreté conduit à une vulnérabilité accrue due à l'absence de ressources stables, ce qui empêche une pleine participation à la société (2). La vulnérabilité, définie comme la capacité réduite à anticiper, faire face à, résister et se remettre des crises, est influencée par des dimensions sociales, économiques, culturelles et environnementales qui diminuent la capacité des individus à se protéger des effets néfastes (1). En France, environ 9 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté, dont 3 millions d'enfants et 140 000 personnes SDF (3).

Les personnes sans-domicile

La notion de sans-domicile fixe (SDF) englobe des personnes qui sont privées d'une résidence fixe. Cette définition est plus large que celle de sans-abri. Elle inclut non seulement les personnes qui dorment dans la rue ou dans des abris de fortune, mais aussi celles qui alternent entre différents hébergements sans jamais faire l'expérience de la rue. La définition repose moins sur le critère de l'habitat que sur celui de la précarité du statut d'occupation (11).

Après avoir défini les notions de précarité et de pauvreté ainsi que leurs caractéristiques, il est important de se concentrer sur leur impact sur la santé, en particulier sur l'accès aux soins des personnes qui en souffrent.

Conséquence de la précarité sur la santé

La précarité et la pauvreté ont un impact significatif sur la santé, augmentant la mortalité et la morbidité, tout en réduisant l'accès à la prévention et aux soins. Les conditions de vie extrêmes, l'alcoolisme et les accidents corporels entraînent une détérioration physique sévère, souvent accompagnée de maladies négligées et de souffrances traitées avec indifférence (3,12).

La précarité restreint également l'accès aux structures d'accompagnement et affecte la capacité des individus à gérer leur maladie, soulignant ainsi la nécessité d'un soutien spécifique (13). Ces personnes sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques, de cancers, de troubles mentaux et d'addictions, avec souvent un pronostic plus sombre (14). Les patients précaires font face à des problèmes de santé complexes nécessitant des soins spécialisés et coordonnés(15). Les maladies chroniques sont plus fréquentes chez les personnes en situation de précarité, et leur position socioéconomique influence fortement leur morbidité et mortalité, créant ainsi un cercle vicieux de vulnérabilité (16,17).

L'accès aux soins est profondément affecté par la précarité, avec des conséquences importantes sur la santé des individus et des communautés concernées (1). Plusieurs facteurs, dont le statut économique et social, réduisent l'accès aux soins de santé préventifs et curatifs (12). De plus, la stigmatisation, l'isolement social et parfois le refus des personnes en grande précarité de recevoir de l'aide, en raison de méfiance ou de désillusion envers les systèmes de soutien, entravent également cet accès (13).

La limitation de l'accès aux soins peut aggraver l'état de santé général des individus précaires et conduire à des inégalités de santé importantes (12). La complexité du système de santé, les obstacles d'accès et le manque de continuité dans les suivis limitent considérablement les opportunités de soins pour les sans-abri (2).

Ainsi, la précarité exacerbe les maladies chroniques et les conditions de vie précaires, soulignant l'importance de stratégies de soutien spécifiques et coordonnées pour améliorer la santé des personnes en situation de précarité et assurer la continuité des soins.

Continuité des soins

Définition

« La continuité des soins se définit comme un jugement porté sur la fluidité et la cohérence des soins rendus selon une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs ressources ou services sont impliqués.

Ces services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse en l'absence de bris (Reid et al, 2002). » (12)

La continuité des soins se réfère à une approche qui vise à garantir que les patients reçoivent des soins de manière coordonnée et ininterrompue à travers différents niveaux et types de services de santé. Elle inclut trois composantes essentielles :

- Continuité de l'information : Il s'agit du transfert efficace des informations sur la santé du patient entre les soignants.
- Continuité relationnelle : Cette composante concerne la relation thérapeutique continue entre le patient et les professionnels,
- Continuité organisationnelle : Elle implique la coordination des différents services de santé, assurant ainsi que tous les aspects des besoins du patient sont pris en compte de manière intégrée (18).

Acteurs concernés

La continuité des soins est la capacité de fournir des soins de manière uniforme et coordonnée à travers le temps, surtout lors des transitions entre différents niveaux de soins ou entre différents prestataires (19), elle concerne:

- **Patients et familles** : Ils sont au cœur du processus de continuité des soins et doivent être activement engagés dans leur propre parcours de santé.
- **Professionnels de santé** : Comprend les médecins, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, assistants sociaux, et autres professionnels paramédicaux, qui jouent un rôle crucial dans la communication et la coordination des soins.
- **Équipes de coordination** : Chargées de la gestion opérationnelle quotidienne, de la coordination des fonctions et de la gestion des ressources nécessaires à la continuité des soins.
- **Services auxiliaires et de support** : Fournissent des services essentiels de soutien indirect, tels que le personnel de nettoyage et les techniciens de laboratoire.

- **Administration** : Élabore les politiques, fournit les ressources et établit les attentes pour le personnel, favorisant une culture de collaboration indispensable à la continuité des soins (19).

La continuité des soins nécessite une collaboration étroite entre divers professionnels de santé et les patients pour assurer des soins de qualité tout au long du parcours de santé.

Particularité de l'accompagnement des personnes précaires

Nous allons examiner les particularités de l'accompagnement des patients en situation de précarité, grande précarité et sans abri. Pour cela, nous nous baserons sur diverses recherches et articles abordant cette problématique de manière directe ou indirecte. Les résultats de ces recherches seront regroupés par thèmes, en citant les plus pertinents.

Troubles psychiatriques

La population SDF souffre plus fréquemment de troubles psychiatriques graves et d'addictions comparativement à la population générale, tout en présentant des taux d'observance et de suivi médical plus bas (2). Un tiers de la population sans logement personnel souffre de troubles psychiatriques sévères, y compris des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur (principalement des troubles dépressifs sévères) et des troubles anxieux (2).

Addictions

Près de trois personnes sur dix dans cette population souffrent de dépendance ou de consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) (2). Les individus en situation de grande précarité présentent souvent une dépendance à diverses addictions (15).

Les personnes ayant passé de longues années en errance et souffrant d'addictions ont recours aux soins tardivement, souvent à cause de la dépendance à l'alcool qui prend le pas sur les questions de santé (13).

Communication, relationnel

Les individus en situation de grande précarité peuvent éprouver des sentiments d'abandon, des troubles psychiques chroniques, et des conduites de survie axées sur l'immédiateté, évitant souvent toute aide prolongée (16). Des barrières linguistiques et culturelles limitent également leur accès à des soins de qualité (20). Enfin, la communication et l'engagement sont souvent difficiles pour ces patients, car ils manquent de matériel psychique ou de capacité à participer activement à leur propre processus de soin, compliquant le travail des soignants (21).

Coordination

La prise en soins des sans-abris implique une multitude d'acteurs et la coordination de ces interventions est un défi récurrent (22). En effet, la diversité des perspectives et des approches des différents acteurs rend la coordination particulièrement complexe. Cependant, elle est indispensable pour assurer une prise en soin globale (20).

Formation professionnelle

Pour répondre efficacement aux besoins des personnes en grande précarité, les soignants doivent continuellement développer leurs compétences avec des formations spécifiques à cette population (18). Par ailleurs, des difficultés significatives de communication, tant verbales que non verbales, existent entre les médecins et les personnes en situation de précarité, ce qui peut impacter la qualité de la prise en charge et du suivi médical (23).

Il est essentiel de développer des compétences pour comprendre et tolérer, sans jugement, les comportements parfois difficiles ou les refus de soins des patients, tout en reconnaissant leur souffrance profonde et leurs comportements paradoxaux (21).

Éducation thérapeutique

La précarité a un impact négatif sur la qualité de vie, les connaissances sur la maladie, le soutien social, le réseau social, et la perception de la maladie (22). L'éducation du patient est essentielle pour améliorer l'observance et pour assurer la continuité des soins (13). En renforçant l'éducation thérapeutique et en offrant un meilleur encadrement par des spécialistes, il serait possible de combler ces lacunes dans la gestion de la maladie (21).

Barrières financières

La pauvreté peut refléter une condition où les personnes ont considérablement moins de ressources ou d'accès aux services que la moyenne de la société, conduisant à leur exclusion sociale. Elles sont confrontées à des obstacles majeurs, tels que des barrières financières.

L'accès financier aux soins est un frein majeur pour les personnes en situation de précarité, aggravé par le manque de couverture sociale adéquate et le coût des soins non pris en charge par les assurances ou les aides publiques.

Stigmatisation et discrimination

Les sans-abris sont fréquemment considérés comme des marginalisés de la société, mais ils sont également sujets à des cas d'exploitation et d'agression.

La honte et la stigmatisation liées à la situation de sans-abris peuvent dissuader ces individus de rechercher de l'aide et des soins. Ils évitent les soins pour préserver leur image et cela est plus particulièrement observé chez les individus ayant vécu des expériences négatives ou discriminatoires dans le système de santé (24).

Les émotions telles que la peur des effets secondaires, l'angoisse de devenir dépendant et le sentiment de stigmatisation sont associées à un risque accru de non-adhésion (14).

Les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé mentale reconnaissent que la stigmatisation complique la réinsertion et le maintien des soins pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Ils insistent sur l'importance de surmonter les préjugés afin de fournir un soutien approprié et continu (17). En effet, la stigmatisation joue un rôle majeur dans l'isolement des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Cet isolement est accentué par les symptômes de la maladie, ainsi que par la honte et la crainte de la discrimination (17).

Les LHSS et LAM offrent des soins et un soutien social aux personnes SDF dont la santé nécessite des soins ou une convalescence, sans nécessiter une hospitalisation complète.

Nous les avons définis, car notre étude vise à comprendre l'impact des difficultés décrites précédemment au sein de ce type de service.

Lits Halte Soins Santé (LHSS) et Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

Les LHSS et les LAM sont des structures médico-sociales dédiées à la prise en charge des personnes SDF nécessitant des soins médicaux, sans pour autant justifier une hospitalisation complète.

Fonctionnement et public

Les LHSS offrent une prise en soins sanitaire et sociale pour les personnes SDF dont l'état de santé nécessite des soins ou une convalescence, sans hospitalisation complète. Ces structures fonctionnent 24 heures sur 24, toute l'année, et fournissent des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social et une éducation sanitaire (25,26). Elles sont agréées au titre de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et accueillent des personnes majeures sans domicile, indépendamment de leur situation administrative (25).

Les LHSS s'adressent principalement aux personnes d'âge moyen, souvent confrontés à des problèmes de santé chroniques et à des conditions de vie précaires. Ils fournissent des soins temporaires, tandis que les LAM offrent un hébergement plus stable avec un suivi médical pour des conditions plus chroniques (25).

Services proposés

Les LHSS fournissent un hébergement temporaire avec des soins médicaux et infirmiers pour diverses conditions de santé, des blessures mineures aux maladies chroniques. Les résidents bénéficient également d'un suivi thérapeutique, de la gestion des médicaments, d'un accompagnement social pour accéder à d'autres services sociaux et médico-sociaux, et de l'aide à la recherche d'un logement permanent (25).

Les LAM, quant à eux, assurent une prise en charge par une équipe multidisciplinaire comprenant des médecins, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux. Ils offrent un hébergement stable pour les personnes en situation de précarité médicale, avec un niveau de soins médicaux continus adaptés aux besoins médicaux plus complexes et chroniques. Des programmes de réhabilitation et de réintégration sociale sont mis en place pour aider les résidents à améliorer leur qualité de vie et à retrouver une autonomie aussi grande que possible. Un support psychologique est également disponible pour gérer les problèmes de santé mentale exacerbés par la précarité (27).

Défis et recommandations

Malgré les progrès réalisés, les LHSS et LAM rencontrent des défis importants, notamment la nécessité de plus de ressources pour répondre à une demande croissante. Il est recommandé d'augmenter le financement et de mieux coordonner les services sociaux et de santé pour optimiser l'efficacité de ces structures (25).

Différents termes ont été utilisés pour désigner une même réalité : la précarité, la pauvreté et les SDF, qui correspondent toutes à celle des hébergés en LHSS et LAM au Samu social de Paris.

Le Samu social

L'étude portant sur les LHSS et LAM du Samu social de Paris, il est essentiel de faire le point sur le Samu social et l'organisation de ses services.

Le Samu social, initié en 1993 par Xavier Emmanuelli, est un dispositif puissant visant à lutter contre l'exclusion sociale (28).

L'objectif principal du Samu social est de combattre l'exclusion par une approche holistique et multidisciplinaire, favorisant la collaboration entre divers secteurs (santé, social, psychiatrique et éducation) (28).

Les services qui y sont proposés sont :

- Numéro d'urgence 115
- Équipes Mobiles Pluridisciplinaires
- Centres d'Hébergement d'Urgence
- Lits Haltes Soins Santé
- Espaces Solidarité-Insertion
- Observatoire de la Grande Exclusion
- Maisons-Relais (28)

Notre étude se concentre spécifiquement sur deux dispositifs essentiels proposés par le Samu social : les Lits Haltes Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM).

LHSS et LAM au Samu social

Le Samu social gère plusieurs sites, dont cinq LHSS et deux LAM. Chaque LHSS a une capacité d'accueil comprise entre 30 et 35 personnes. Un des sites LAM peut accueillir 10 personnes, tandis que l'autre a une capacité de 20 personnes.

Le nom de ces sites est :

- LHSS Saint Michel
- LHSS Ridder
- LHSS Plaisance
- LHSS Les Lilas
- LAM Les Lilas
- LHSS Babinski
- LAM Babinski

Personnel LHSS et LAM

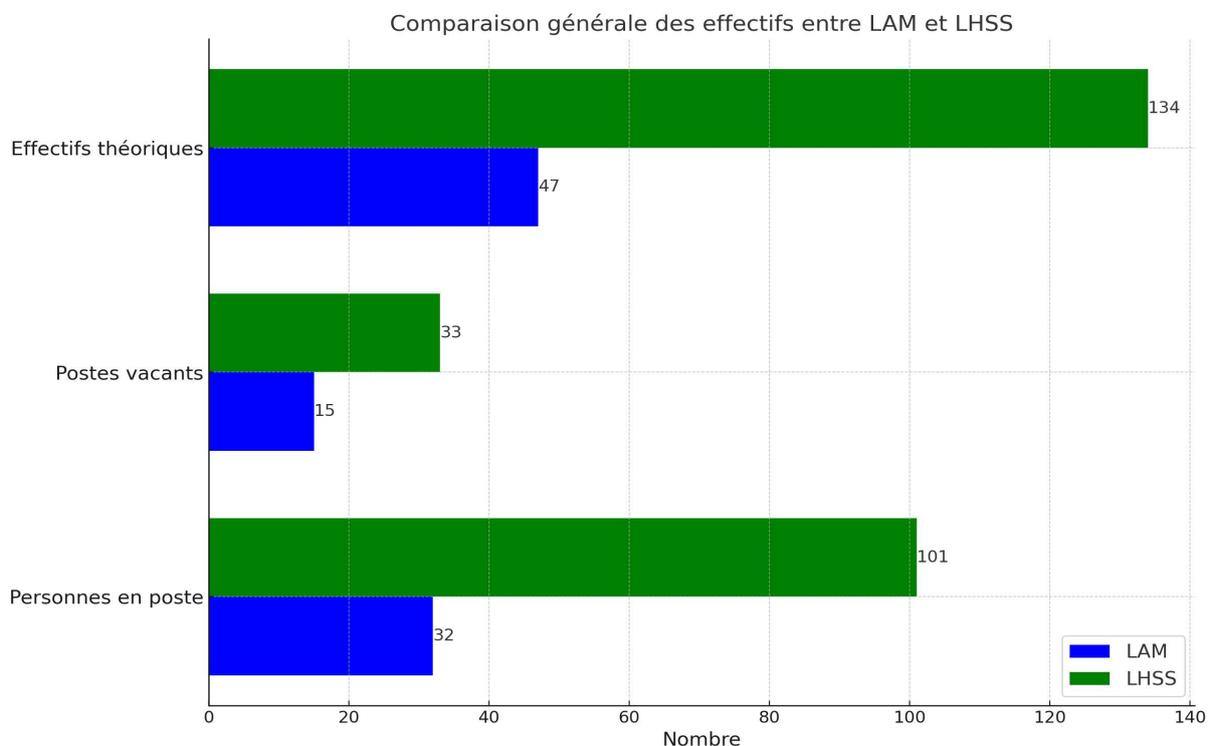


Figure 1. Comparaison des effectifs au LAM et au LHSS

Pour l'étude, nous avons potentiellement eu 134 participants (101 personnes en poste au LHSS et 32 au LAM) auxquels se sont ajoutés 6 médecins répartis sur les différents sites (Figure 1).

Pour relier les éléments abordés précédemment et justifier notre démarche, nous avons essayé de comprendre, à partir de la littérature, comment les difficultés spécifiques aux soins des personnes précaires sont perçues et quelles sont les stratégies de prise en charge proposées.

En LHSS et LAM, ces particularités se manifestent à travers des défis quotidiens auxquels les soignants doivent faire face pour assurer la continuité des soins.

Ces professionnels développent des méthodes et des pratiques adaptées pour répondre aux besoins complexes de cette population.

Ainsi, cette étude vise à comprendre comment ces difficultés se manifestent, comment est-ce qu'elles sont perçues dans les LHSS et LAM, et comment les professionnels y font face pour assurer une continuité des soins optimale.

Nous avons choisi de concentrer notre analyse sur les aspects médicaux et sociaux spécifiques à l'accompagnement des hébergés dans les structures de LHSS et de LAM. Nous n'avons pas approfondi certains aspects administratifs tels que les droits. En effet, bien que ces éléments soient pertinents dans un contexte global d'accompagnement, ils n'apportent pas de valeur ajoutée significative à notre étude qui est focalisée sur les pratiques et la continuité des soins.

MÉTHODOLOGIE

Contexte

Les ruptures dans la continuité des soins peuvent accroître la mortalité au sein des populations précaires. Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux et comprendre comment les professionnels du Samu social garantissent la continuité des soins des personnes hébergées, notamment dans des structures telles que les LHSS et les LAM.

Question de recherche

La question de recherche porte sur les difficultés rencontrées par les professionnels pour assurer la continuité des soins des personnes hébergées. Elle vise à identifier ces difficultés et à examiner comment les ressources disponibles pour les professionnels peuvent influencer la continuité des soins. Cette approche permettra d'identifier et de hiérarchiser les barrières spécifiques rencontrées dans les LHSS et LAM. En comprenant ces obstacles, l'étude pourra proposer des interventions ciblées pour améliorer la continuité des soins, avec pour objectif final de réduire les ruptures de suivi et d'améliorer les résultats de santé des hébergés.

"Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les professionnels du Samu social en LHSS et LAM pour assurer la continuité des soins chez les personnes hébergées ?"

Type d'étude : Quantitative, observationnelle, prospective, multicentrique.

Période d'étude : Avril à juillet 2024

Lieu de l'étude : LHSS, LAM du Samu social Paris.

Durée de l'étude : 6 mois

Période d'analyse intermédiaire : Avril 2024

Période d'analyse complète : Avril à juillet 2024

Population cible : Professionnels exerçant sur les LHSS/ LAM du Samu social de Paris.

Hypothèses et Objectifs

Hypothèse principale

Les professionnels travaillant dans les LHSS et LAM rencontrent des difficultés pour assurer la continuité des soins chez les personnes hébergées.

Objectif

Identifier et analyser les difficultés rencontrées par les professionnels pour maintenir la continuité des soins chez les personnes hébergées.

Critères d'évaluation

- Taux de réponses positives aux questions visant à évaluer la fréquence des difficultés rencontrées (Fréquemment, Occasionnellement, Rarement, Jamais).
 - **Question 2** : Difficultés liées aux conduites addictives.
 - **Question 4** : Difficultés liées aux troubles psychiques.
 - **Question 6** : Difficultés liées aux troubles cognitifs.
 - **Question 8** : Difficultés liées à la barrière de la langue.
 - **Question 10** : Impact de la discrimination.
 - **Question 11** : Impact du manque de personnel.
 - **Question 13** : Impact de la rotation du personnel.
 - **Question 15** : Impact du manque de ressources matérielles.
 - **Question 16** : Efficacité de l'organisation des services.
 - **Question 19** : Difficultés de coordination entre les services du Samu social.
 - **Question 21** : Difficultés de coordination avec les services externes.

- Taux de réponses positives aux questions visant à identifier si ces facteurs sont perçus comme des obstacles majeurs à la continuité des soins (Oui, Non).
 - **Question 9** : Impact du manque de connaissance des maladies.
 - **Question 12** : Impact du manque d'expérience ou de formation.
 - **Question 14** : Disponibilité des ressources matérielles.

Hypothèse secondaire

Les professionnels ont besoin de formations spécifiques pour mieux assurer la continuité des soins chez les personnes hébergées.

Objectif

Identifier les besoins en formation des professionnels, les prioriser et proposer des interventions ciblées pour améliorer la continuité des soins des personnes hébergées.

Critères d'évaluation

- Taux de réponses positives aux questions visant à évaluer le niveau de préparation des professionnels (Très bien préparé(e), Assez bien préparé(e), Peu préparé(e), Pas préparé(e)).
 - **Question 3** : Préparation à gérer les conduites addictives.
 - **Question 5** : Préparation à gérer les troubles psychiques.
 - **Question 7** : Préparation à gérer les troubles cognitifs.

- Taux de réponses positives aux questions visant à identifier et hiérarchiser les besoins en formation et les suggestions pour les améliorations
 - **Question 18** : Responsabilité de la gestion de la continuité des soins.
 - **Question 19** : Difficultés de coordination entre les services du Samu social.
 - **Question 20** : Outils et méthodes pour améliorer la coordination interne.
 - **Question 22** : Outils et méthodes pour améliorer la coordination externe.
 - **Question 23** : Avantages d'une personne ressource.
 - **Question 24** : Suggestions pour améliorer la continuité des soins.

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude tous les professionnels du Samu social, des LHSS et des LAM dont les fonctions les impliquent directement dans la prise en soin et l'accompagnement des hébergés.

Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude tous les professionnels qui ne sont pas directement impliqués dans l'accompagnement des hébergés, quelle que soit leur profession ou leur discipline et ne travaillant pas dans les services cités.

Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé en s'appuyant sur des concepts et sur une revue de la littérature existante que nous avons développés dans l'introduction. Sa conception a été monitorée par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts de France (F2RSM) et avec la validation de la direction médicale du Samu social.

Recueil des données

Une présentation de l'étude a été réalisée dans les services pour encourager le personnel à y répondre avec l'accord préalable de la direction des soins et de la direction médicale.

L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire (cf. annexe I) qui a été retranscrit sur le logiciel GOUILE qui est un outil de conception de cahier d'observations. Celui-ci a été diffusé de manière électronique via le réseau de messagerie interne du Samu social et a été accessible par un lien de type QR code affiché dans tous les services participants à l'enquête (cf. annexe II).

Ces affiches ont été placées dans des zones réservées aux professionnels.

Plusieurs visites en personne ainsi que plusieurs relances par mail ont été effectuées auprès des services pour sensibiliser le personnel à l'étude et à l'importance d'y participer. Ces relances ont été hebdomadaires.

Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test et a été validé. Cette étape a permis d'évaluer la formulation des questions, leur ordre, la faisabilité des réponses, la compréhension des questions et la longueur du questionnaire. Des améliorations ont été apportées en fonction des résultats du pré-test.

Données recueillies

Le recueil de données a été effectué de manière anonyme, et stocké sur un serveur sécurisé. Pour renforcer les données et encourager la participation, l'absence de réponse aux questions rédactionnelles n'entravait pas la progression du questionnaire. Ces questions visaient à approfondir certains aspects et à identifier les thématiques majeures.

Cette enquête de 25 questions (cf. annexe I), réparties en 5 blocs thématiques, a interrogé :

Le profil sociodémographique des répondants :

- Genre
- Âge
- Profession
- Expérience dans le secteur de la santé
- Établissement d'exercice principal au sein du Samu social
- Durée de travail au sein du Samu social
- Expérience auprès des personnes en situation de précarité

Fréquence des difficultés rencontrées dans la continuité des soins :

- Difficultés pour assurer la continuité des soins aux personnes avec des conduites addictives
- Difficultés pour assurer la continuité des soins aux personnes avec des troubles psychiques
- Difficultés pour assurer la continuité des soins aux personnes avec des troubles cognitifs
- Difficultés dues aux barrières linguistiques
- Impact de la discrimination sur la continuité des soins

Ressources humaines et matérielles disponibles :

- Impact du manque de personnel sur la continuité des soins
- Impact du manque d'expérience ou de formation du personnel
- Impact de la rotation du personnel
- Disponibilité et suffisance des ressources matérielles
- Impact du manque de ressources sur la continuité des soins

Organisation et coordination des soins :

- Efficacité de l'organisation du service pour assurer la continuité des soins
- Responsable principal de la gestion de la continuité des soins au sein de l'équipe
- Principales difficultés de coordination interne au Samu social
- Outils et méthodes pour améliorer la coordination interne
- Principales difficultés de coordination avec les services externes
- Outils et méthodes pour améliorer la coordination externe
- Avantages de disposer d'une personne ressource au sein du Samu social

Suggestions pour améliorer la continuité des soins :

- Propositions pour renforcer la continuité des soins
- Types de professionnels pouvant assurer efficacement la continuité des soins

Méthodologie statistique

Résultats obtenus

Différents fichiers sont disponibles et consultables (cf.annexe IV) :

- Un fichier « *univariées* , **data**, **table** » qui reprend l'ensemble des analyses descriptives pour chacune des variables recueillies.
- Des représentations graphiques

Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce à des analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.3.1

RESULTATS

Description de la population

Parmi les 33 participants, 24,2% sont des hommes (n=8) et 75,8% sont des femmes (n=25) (Figure 2). Bien que 139 participants potentiels aient été ciblés, divers événements ont limité le taux de réponse. Une partie de la période de l'étude coïncidait avec les vacances scolaires et un audit mandaté par l'agence régionale de santé (ARS) réalisé tous les cinq ans. La préparation de cette inspection a été anxiogène et chronophage pour les professionnels impactant ainsi leur participation à l'étude.

À ce jour, le questionnaire reste disponible et les résultats présentés sont provisoires.

De plus d'autres études étaient en cours à ce moment-là comme la mise en place d'ordonnance imagée, l'évaluation de l'utilisation des outils informatiques par les professionnels.

L'âge moyen des répondants est de 39,9 ans avec un écart type de 11,5 ans.

L'âge minimum est de 22 ans, le maximum est de 70 ans et la médiane est de 38 ans.

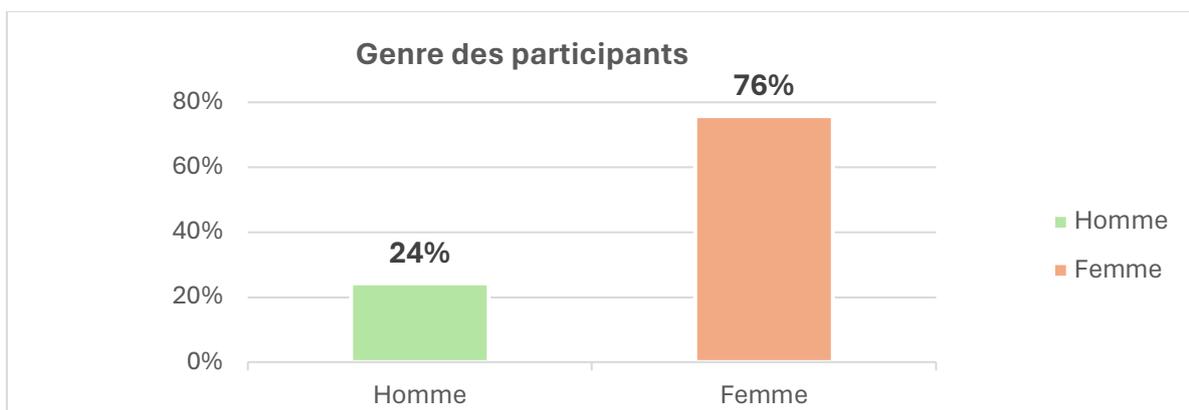


Figure 2. Répartition par genre des participants

En ce qui concerne l'activité professionnelle :

- 33,3% des répondants sont des infirmiers diplômés d'État (IDE) (n=11),
- 9,1% sont des médecins (n=3),
- 3,0% sont des psychiatres (n=1),
- 12,1% sont des psychologues (n=4),
- 18,2% sont des aides-soignants (n=6),
- 3,0% sont des cadres de santé (n=1),
- 3,0% sont des assistants sociaux (n=1),
- 6,1% sont des animateurs (n=2).
- 12,1% des répondants ont une autre profession (n=4).

Les participants ont une expérience moyenne de 72.3 mois dans le secteur de la santé, avec un écart-type de 59.8 mois. Le nombre minimum de mois d'expérience est de 1, le maximum est de 150 et la médiane est de 70 mois.

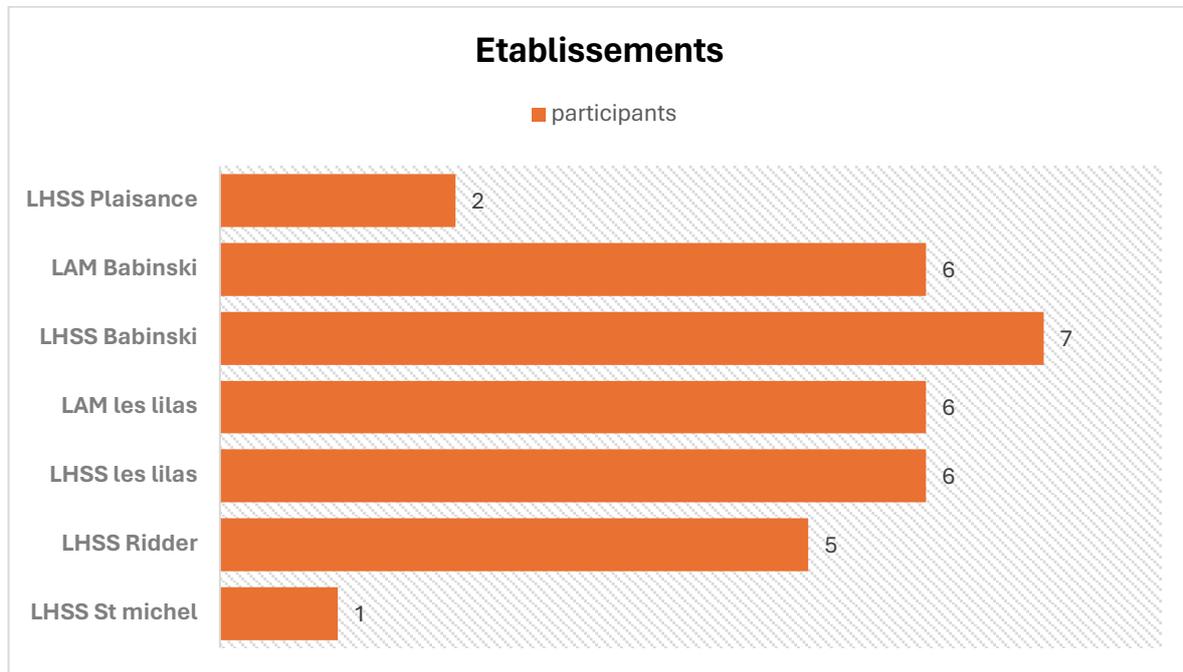


Figure 3. Nombre de participants selon les établissements

Les participants travaillent au Samu social de Paris depuis en moyenne 50.5 mois, avec un écart type de 49.2 mois. Le nombre minimum de mois est de 1, le maximum est de 150, et la médiane est de 35 mois.

Ils ont une expérience moyenne de 59.5 mois auprès des personnes en situation de précarité, avec un écart type de 49.8 mois. Le nombre minimum de mois d'expérience est de 4, le maximum est de 150, et la médiane est de 39 mois.

Les données ne sont pas complètement exploitables, car la valeur maximale que l'on pouvait indiquer pour l'expérience était de 150 mois. Cependant, certains participants ont plus d'expérience que cela.

Afin de s'assurer de la connaissance des professionnels sur la continuité des soins, une question à choix multiple (QCM) sur la définition de ce concept a été posée. Parmi les participants, 32 personnes (93,9 %) ont choisi la bonne définition de la continuité des soins.

Hypothèse principale selon laquelle ces professionnels font face à plusieurs obstacles majeurs dans leur mission.

Les résultats de cette étude qui vise à identifier les difficultés rencontrées par les professionnels en LHSS et LAM afin d'assurer la continuité des soins chez les personnes hébergées en situation de précarité, confirment l'hypothèse principale. En effet, ces professionnels en LHSS et LAM déclarent devoir faire face à plusieurs obstacles majeurs dans leur mission, pour plusieurs raisons qui sont décrites ci-après.

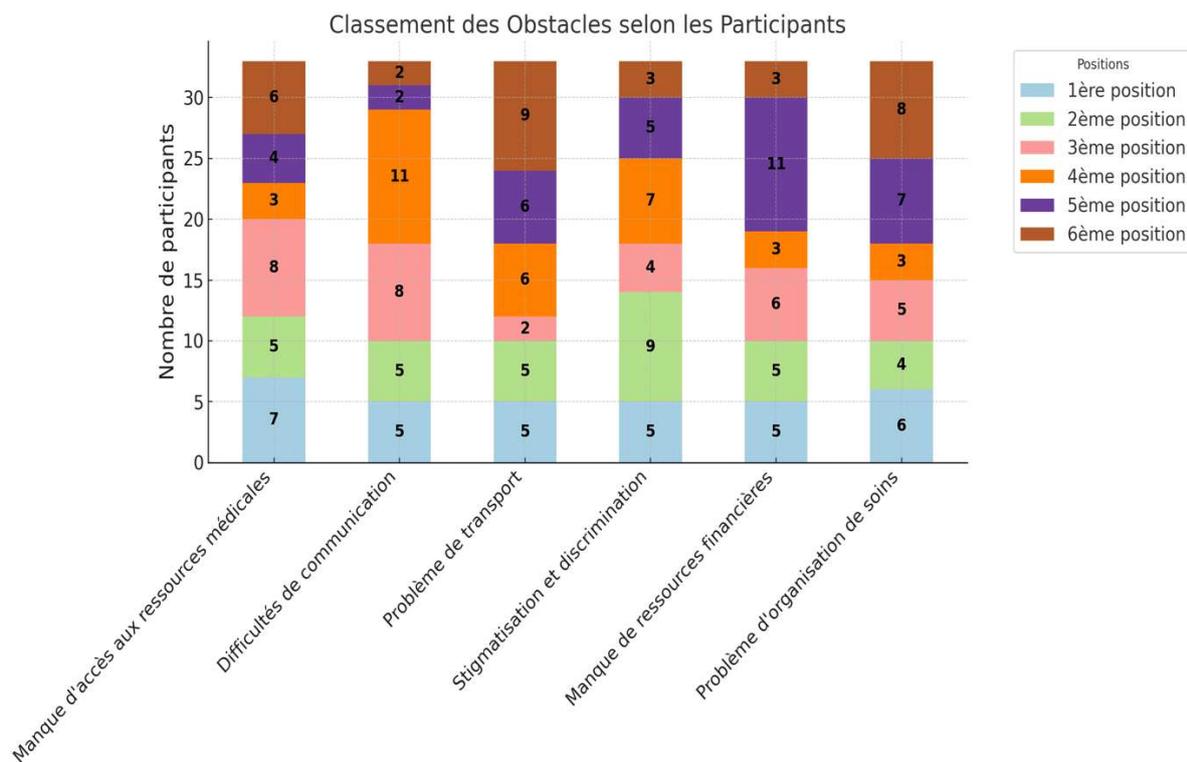


Figure 4. Classement des obstacles par ordre d'importance selon les participants

Conduites addictives

Les résultats montrent que la majorité des participants éprouvent des difficultés fréquentes ou occasionnelles pour assurer la continuité des soins des personnes hébergées présentant des conduites addictives (Figure 5).

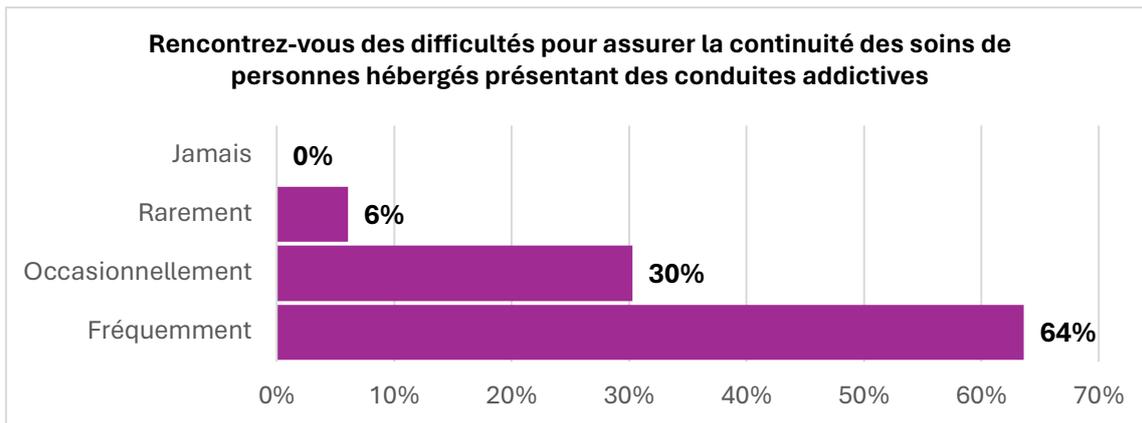


Figure 5. Fréquence des difficultés à continuer les soins en cas de conduites addictives

Les infirmiers (33%), suivis des médecins (9%) et des aides-soignants (18%), sont les plus confrontés aux difficultés liées aux conduites addictives (Figure 6). Les psychologues, psychiatres, et autres professionnels rencontrent également des obstacles, mais de manière moins fréquente.

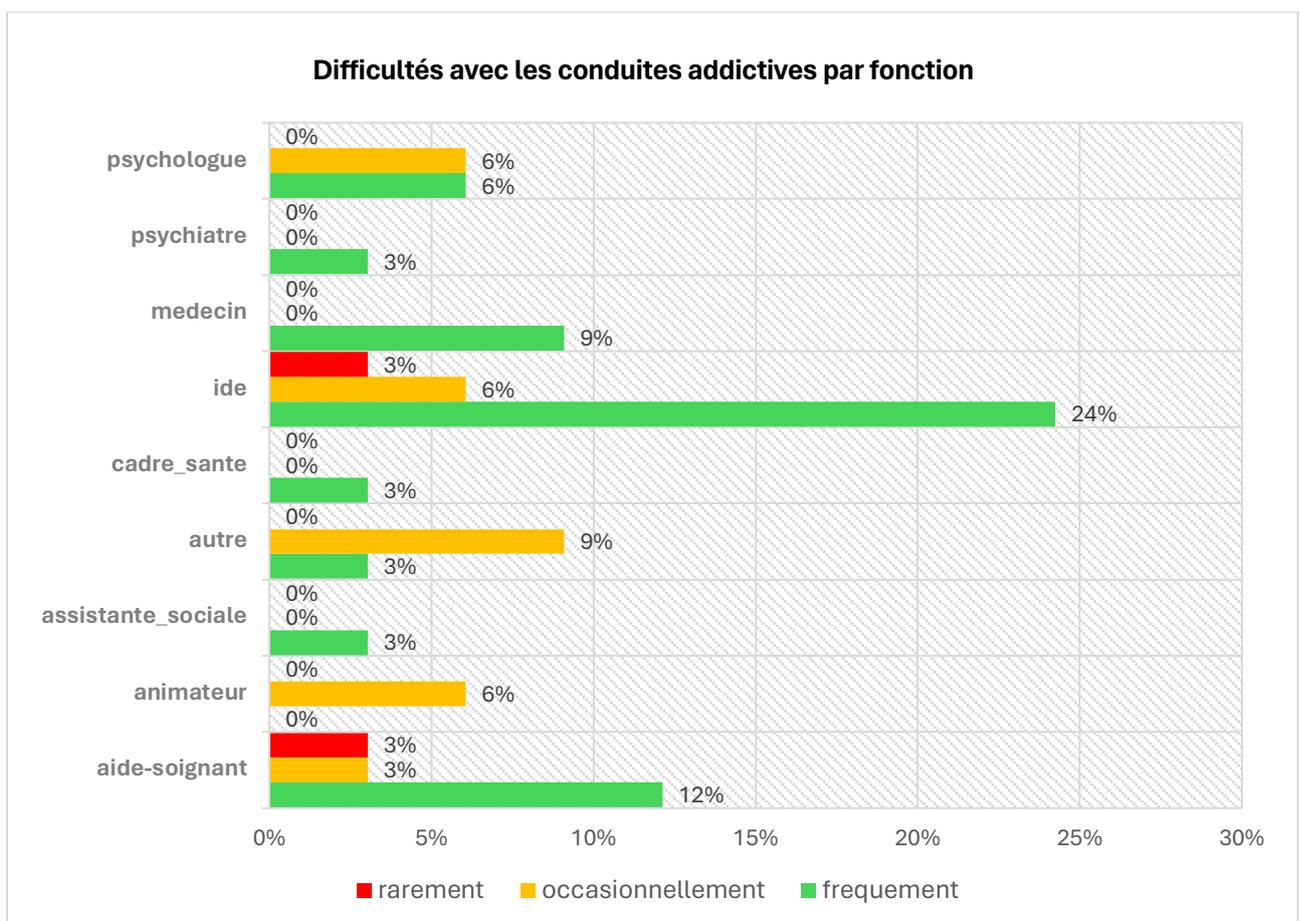


Figure 6. Difficultés en fonction du personnel vis à vis des patients ayant des conduites addictives

Troubles psychiques

Près de la moitié des participants rencontrent fréquemment des difficultés pour assurer la continuité des soins des personnes avec des troubles psychiques. 33.3% font face à ces difficultés occasionnellement, 12.1% rarement, et seulement 6.1% ne rencontrent jamais de problèmes (Figure 7).

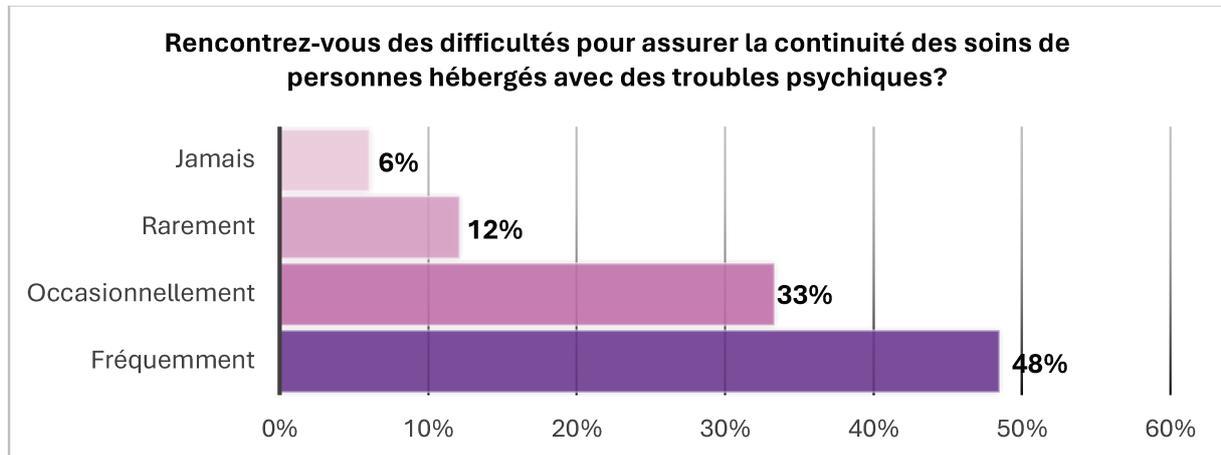


Figure 7. Fréquence des difficultés à continuer les soins en cas de troubles psychiques

Les difficultés avec les troubles psychiques touchent fréquemment les IDE, les aides-soignants et les assistantes sociales tandis que les médecins et IDE ne sont affectés qu'occasionnellement et rarement pour les autres (Figure 8).

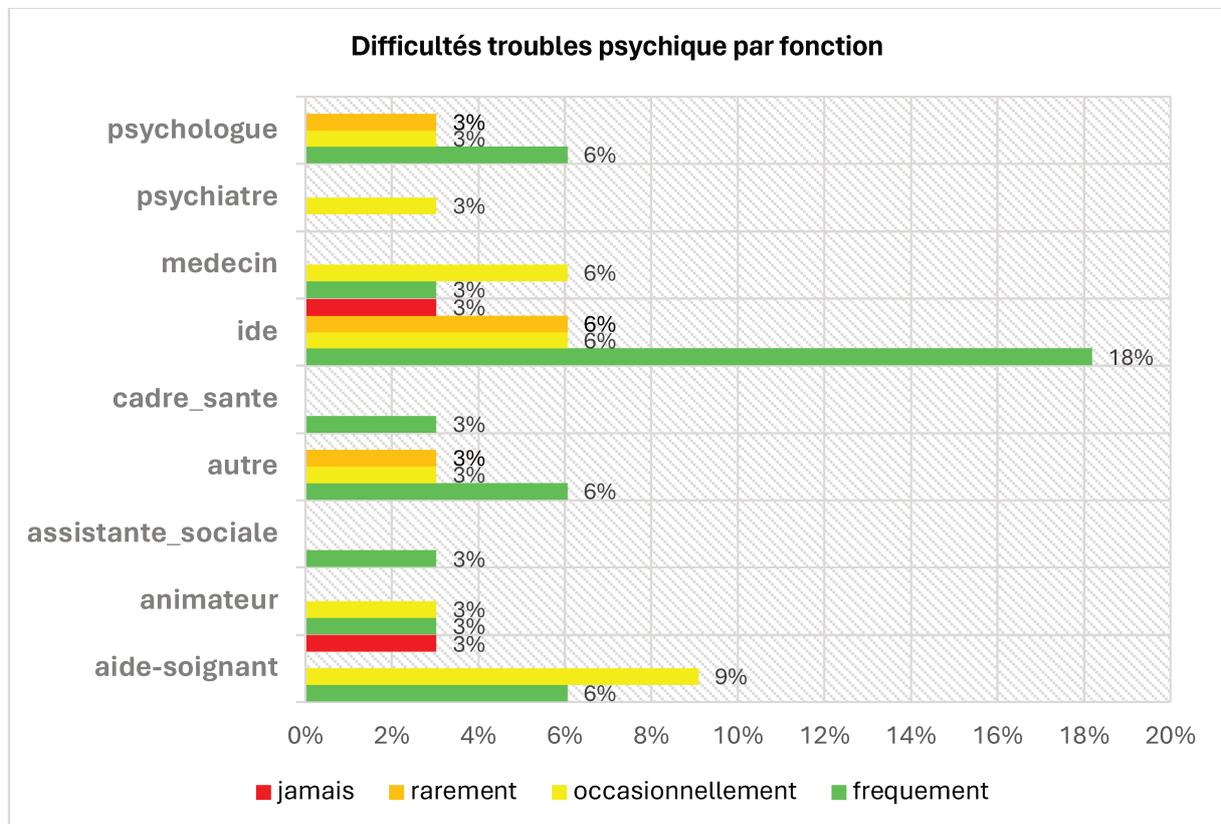


Figure 8. Difficultés en fonction du personnel vis à vis des patients ayant des troubles psychiques

Troubles cognitifs

Concernant les troubles cognitifs, 90.9% des participants rencontrent des difficultés à assurer la continuité des soins, fréquemment ou occasionnellement. Les autres rencontrent rarement des difficultés et aucun n'en est exempt (Figure 9).

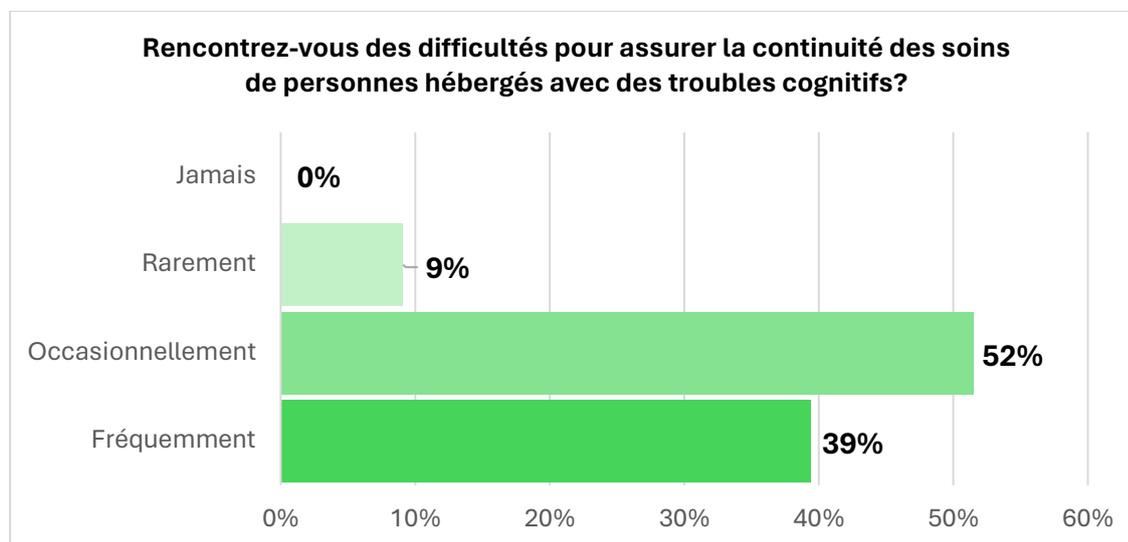


Figure 9. Fréquence des difficultés à continuer les soins en cas de troubles cognitifs

La barrière de la langue pose en grande partie des difficultés aux participants, soit fréquemment soit occasionnellement (Figure 10).

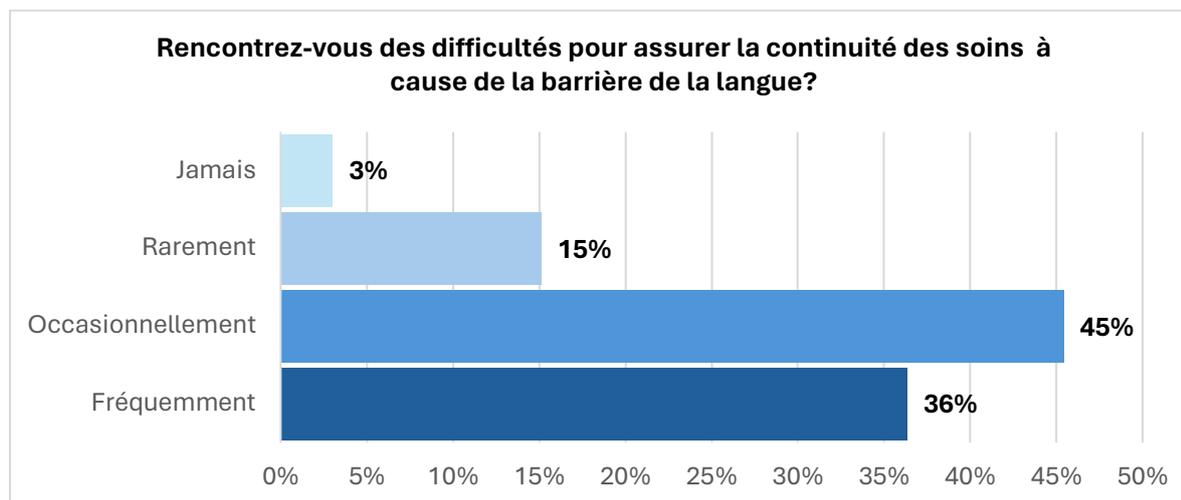


Figure 10. Fréquence des difficultés éprouvées en cas de barrière de la langue

Connaissance de la maladie

Le manque de connaissance de la part des hébergés vis à vis de leur maladie est considéré en grande majorité comme un obstacle à la continuité des soins pour les hébergés de leur service avec un taux de réponse à 94% en faveur de cette affirmation (Figure 11). Ce taux de réponse est principalement représenté par le personnel infirmier (Figure 12).

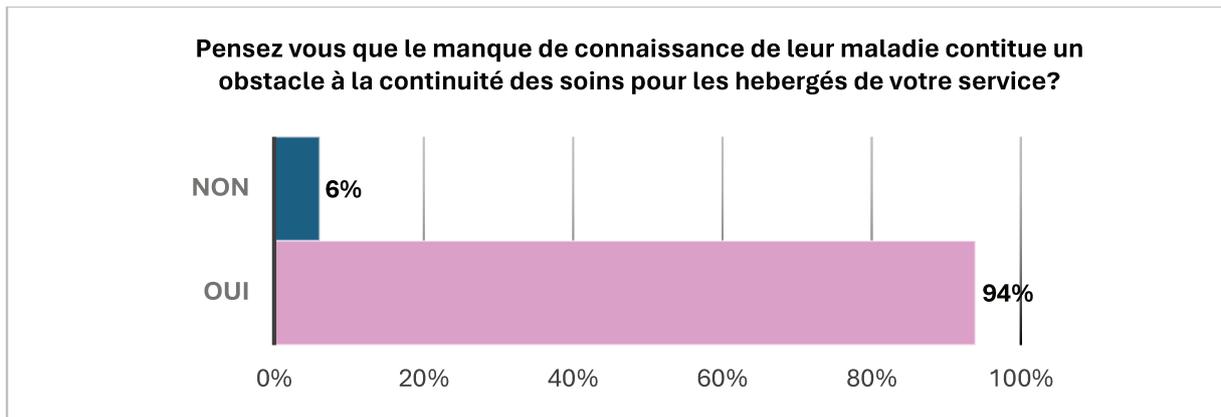


Figure 11. Connaissance de la maladie comme obstacle (1)

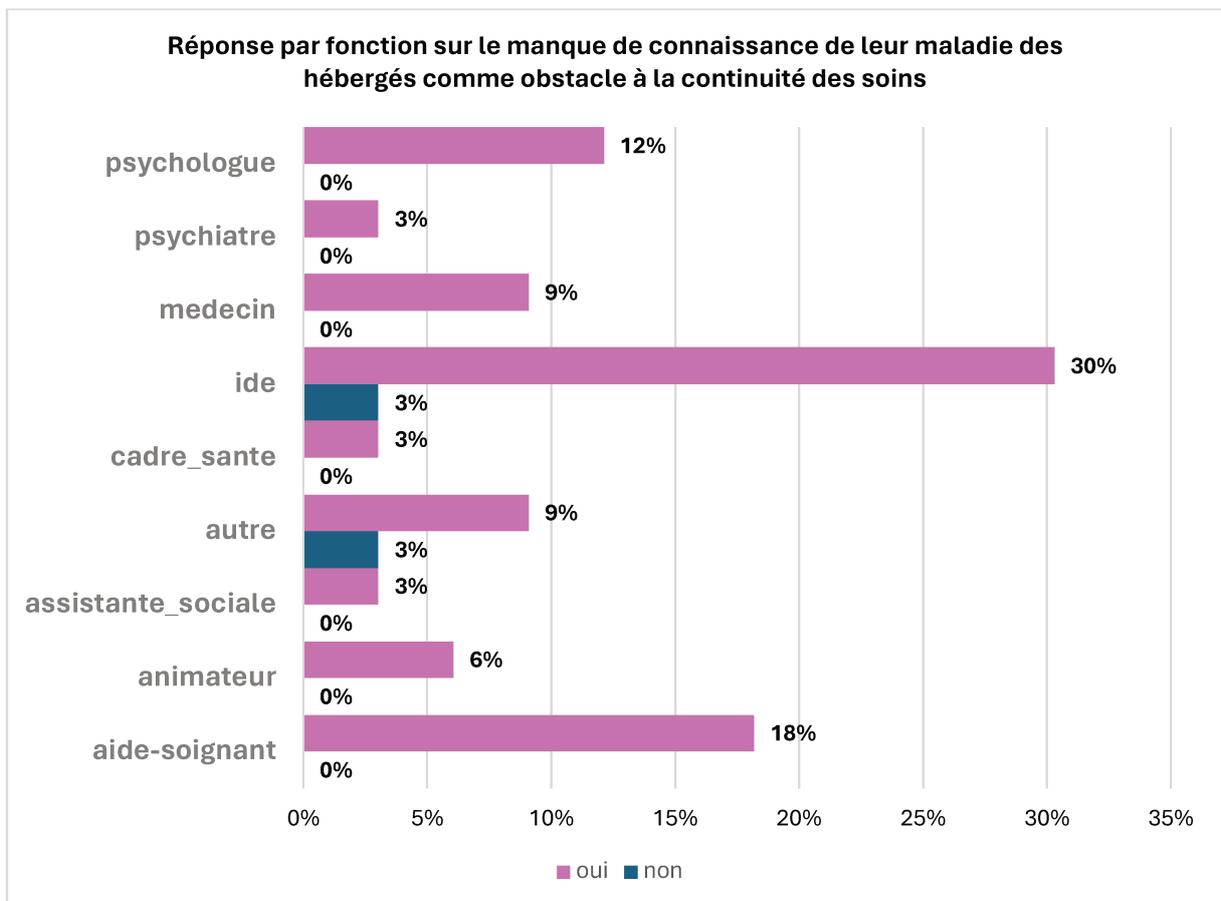


Figure 12. Connaissance de la maladie comme obstacle (2)

Discrimination et stigmatisation

La discrimination des hébergés est perçue comme une difficulté fréquente ou occasionnelle pour 72% des participants pour assurer la continuité des soins (Figure 13).

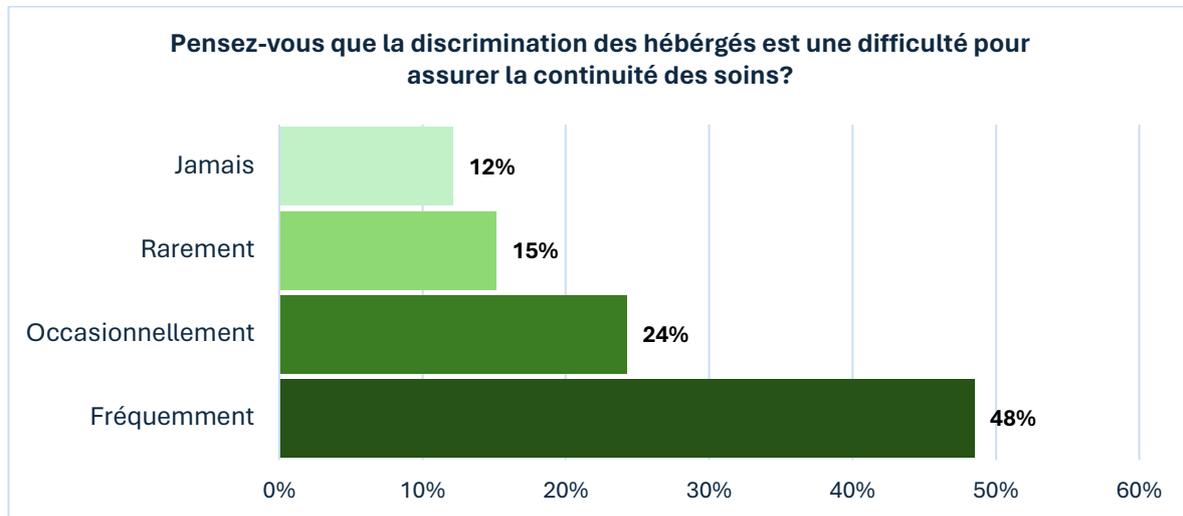


Figure 13. Discrimination des hébergés

Manque de personnel

Le manque de personnel affecte la continuité des soins pour 87.8% des participants, soit très souvent (63.6%) soit souvent (24.2%). Seulement 12.1% sont affectés parfois, et aucun n'est jamais épargné (Figure 14).

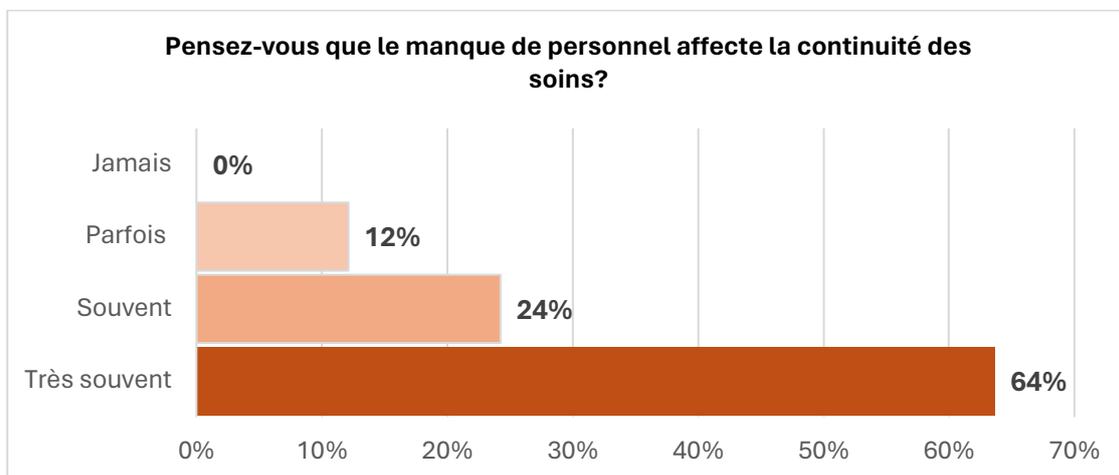


Figure 14. Le manque de personnel

Manque d'expérience et formation

La majorité des participants (93.9%) considèrent que le manque d'expérience ou de formation du personnel est un frein à la continuité des soins. De même, 81.8% perçoivent la rotation du personnel comme un obstacle, 9.1% ne la voient pas comme un obstacle, et 9.1% la considèrent parfois problématique (Figure 14).

Ressources

Les ressources matérielles sont jugées insuffisantes par 18.2% des participants. Pour les locaux, 48.5% les trouvent bien. La cuisine et les activités sont insuffisantes pour 24.2%. Les ressources informatiques sont suffisantes pour 42.4%, et le transport est insuffisant pour 42.4% des participants (Figure 15).

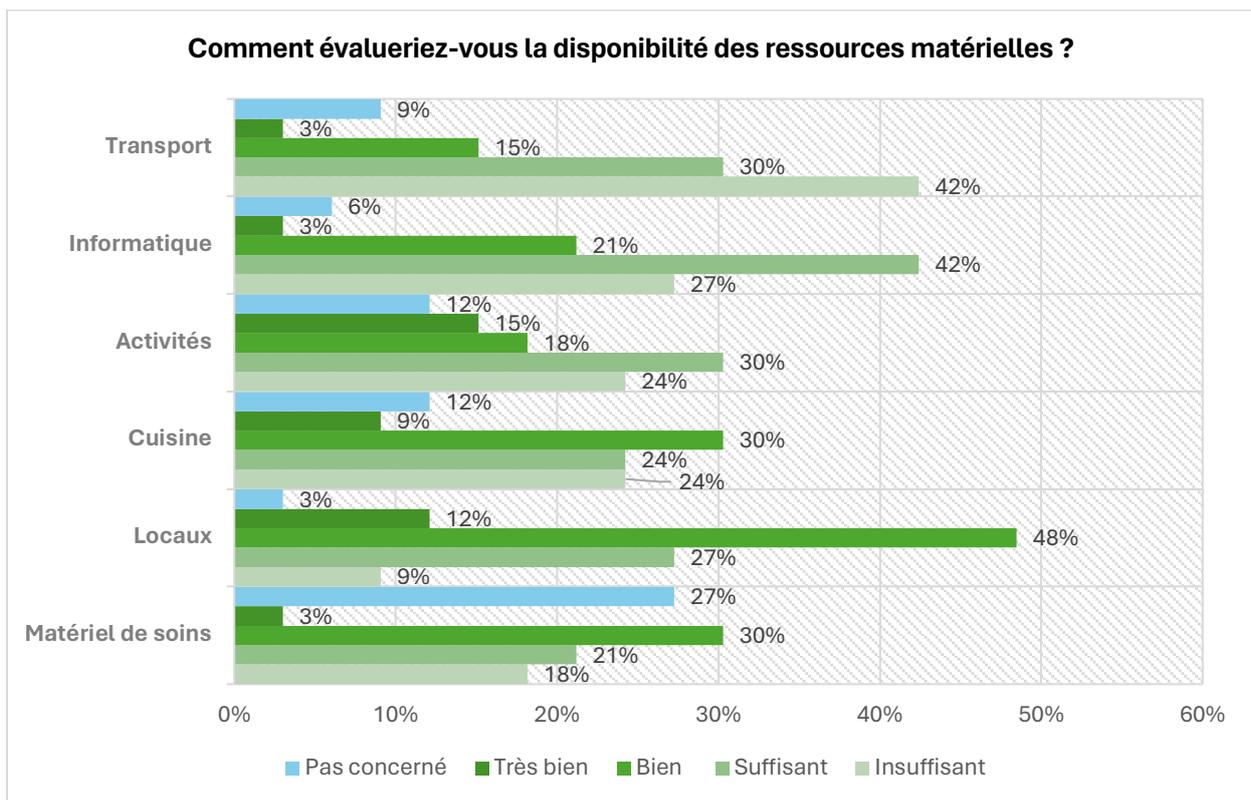


Figure 15. La disponibilité des ressources matérielles

Insuffisant : Ne répond pas aux besoins.

Suffisant : Répond aux besoins de base mais présente des zones pouvant bénéficier d'améliorations.

Bien : Répond bien aux besoins avec quelques points mineurs à améliorer.

Très bien : Répond parfaitement aux besoins.

Le manque de ces ressources est perçu comme nuisant à la continuité des soins par 93.9% (n=31).

Organisation du service

L'efficacité de l'organisation de leur service pour assurer la continuité des soins est jugée très efficace par 3.0% (n=1), efficace par 72.7% (n=24), peu efficace par 24.2% (n=8), et inefficace par aucun participant.

Responsable de la gestion de la continuité des soins

La gestion de la continuité des soins pour les hébergés est principalement assurée par l'infirmier (60.6%), le médecin (18.2%), le cadre (15.2%), le coordinateur (3.0%) et une autre personne (3.0%) (Figure 16).

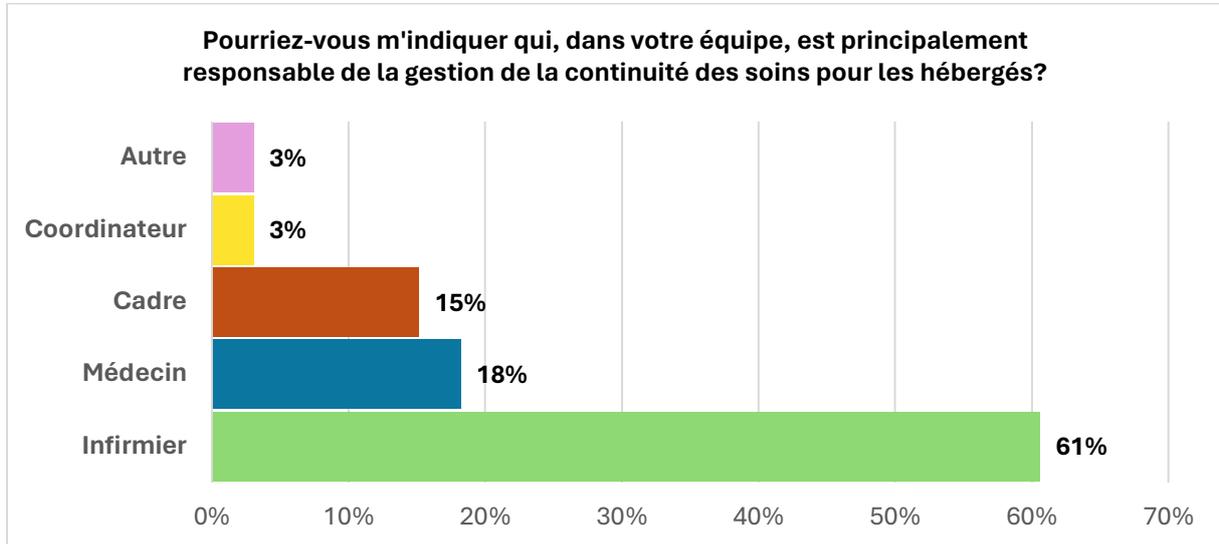


Figure 16. Responsable de la continuité des soins

Coordination interne entre services

Il y a une bonne coordination entre les services du Samu social selon 51.5% des répondants (n=17) et 48.5% (n=16) ne la considèrent pas bonne (Figure 17).

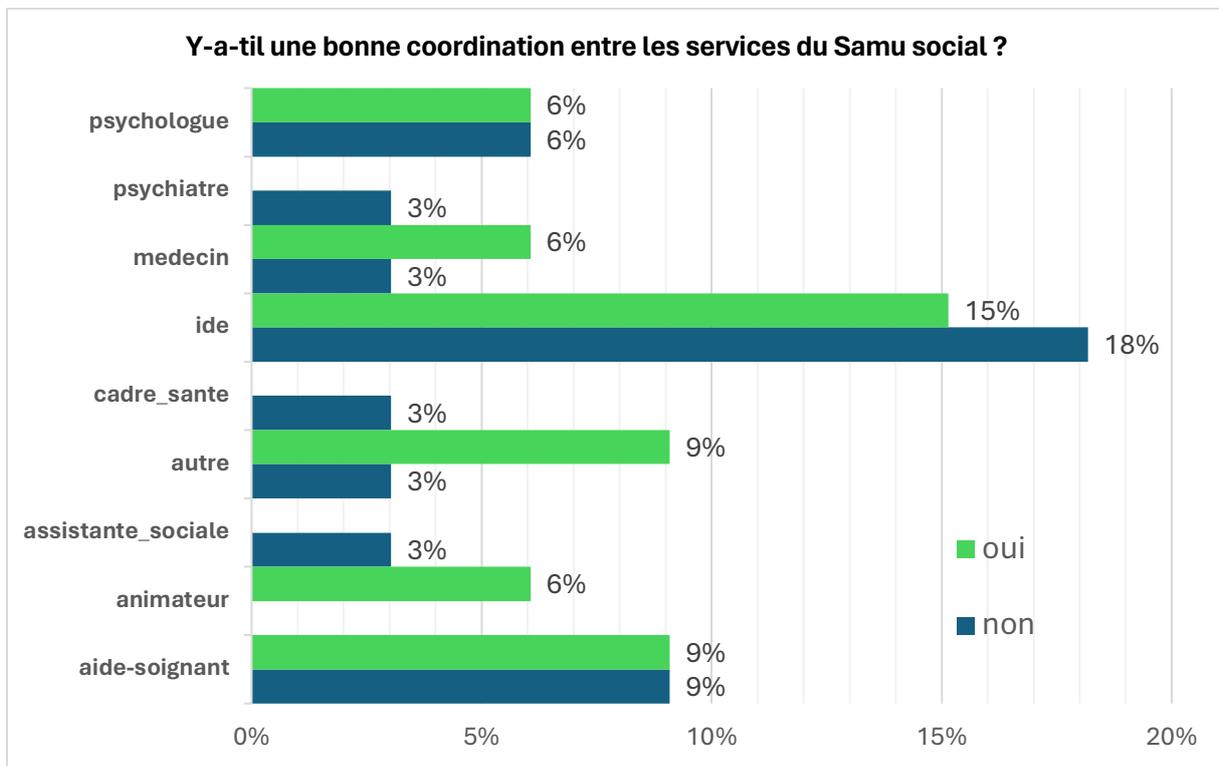


Figure 17. Coordination interne entre les services (1)

Les principales difficultés de coordination au Samu social sont le manque de communication (27,3%), les différences d'organisation (18,2%), le manque de ressources partagées (12,1%) et les difficultés d'accès aux services externes (9,1%). La communication est le principal obstacle, suivi des différences organisationnelles et du manque de ressources, tandis que 51,5% ne se sentent pas concernés par ces problèmes (Figure 18).

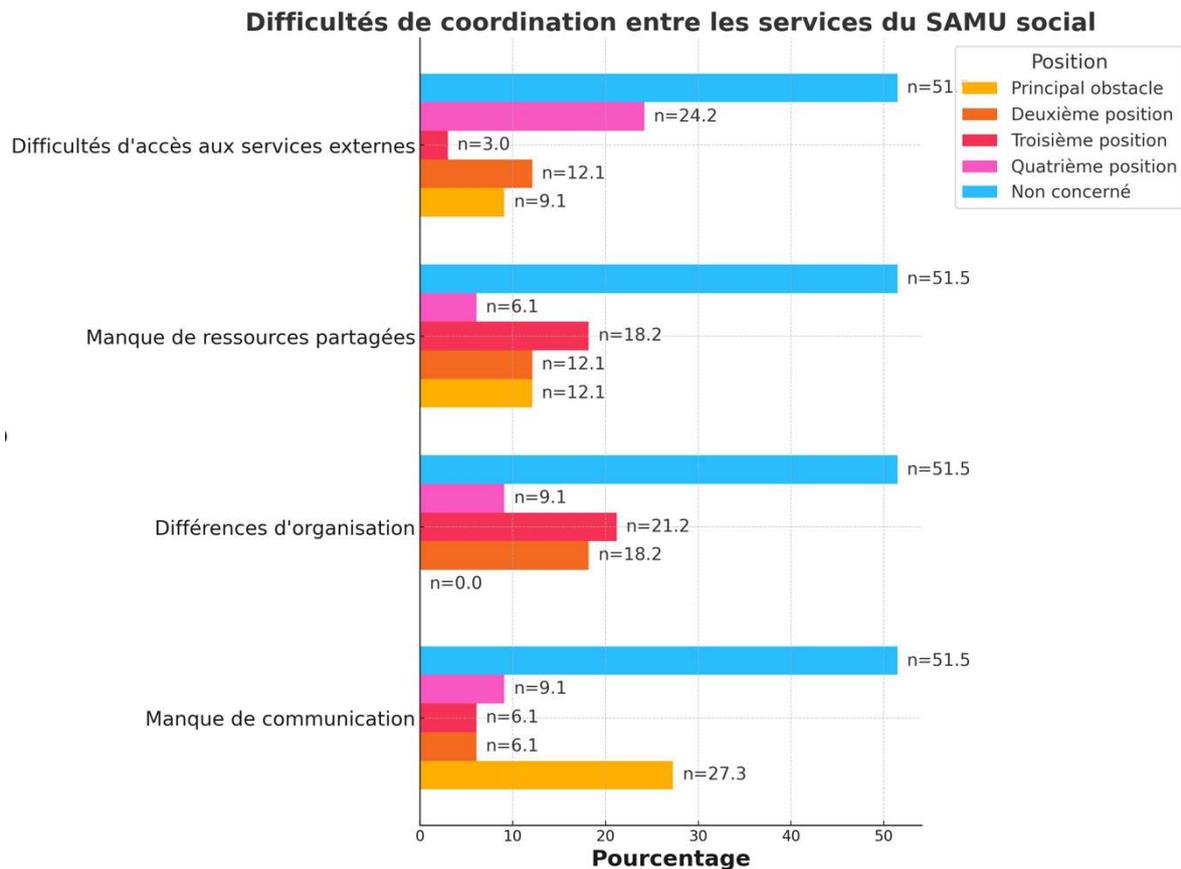


Figure 18. Coordination interne entre les services (2)

Coordination avec les services externes

Il y a une bonne coordination des soins avec les services externes selon 63.6% (n=21). Elle est jugée mauvaise selon 36.4% (n=12).

Les principales difficultés rencontrées dans la coordination des soins avec les services externes comprennent le manque de communication, cité comme principal obstacle par 21.2% des participants, avec des positions secondaires variées.

Les différences de procédures posent également des problèmes pour 12.1% en deuxième position et d'autres en positions tertiaires et quaternaires.

Le manque de ressources partagées est une difficulté majeure pour 6.1%, affectant également des positions secondaires. Les difficultés d'accès aux services externes et la stigmatisation du Samu social sont aussi notées, bien que moins fréquemment. Une majorité de 63.6% des participants ne se sent pas concernée par ces problèmes.

Hypothèse secondaire selon laquelle une formation adéquate est nécessaire pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins

Les résultats de cette étude, qui visent à identifier les besoins des professionnels pour assurer la continuité des soins chez les personnes hébergées en situation de précarité, confirment l'hypothèse secondaire selon laquelle ces professionnels ont besoin de formation pour améliorer leurs compétences et leur efficacité dans ce domaine.

Les résultats détaillés de cette étude sont présentés ci-dessous pour mieux comprendre les besoins spécifiques en formation des professionnels et les obstacles qu'ils rencontrent dans la coordination des soins.

Gestion des conduites addictives

Pour la gestion des conduites addictives, 3.0% (n=1) se sentent très bien préparés, 48.5% (n=16) assez bien préparés, 39.4% (n=13) peu préparés, et 9.1% (n=3) ne se sentent pas préparés (Figure 19).

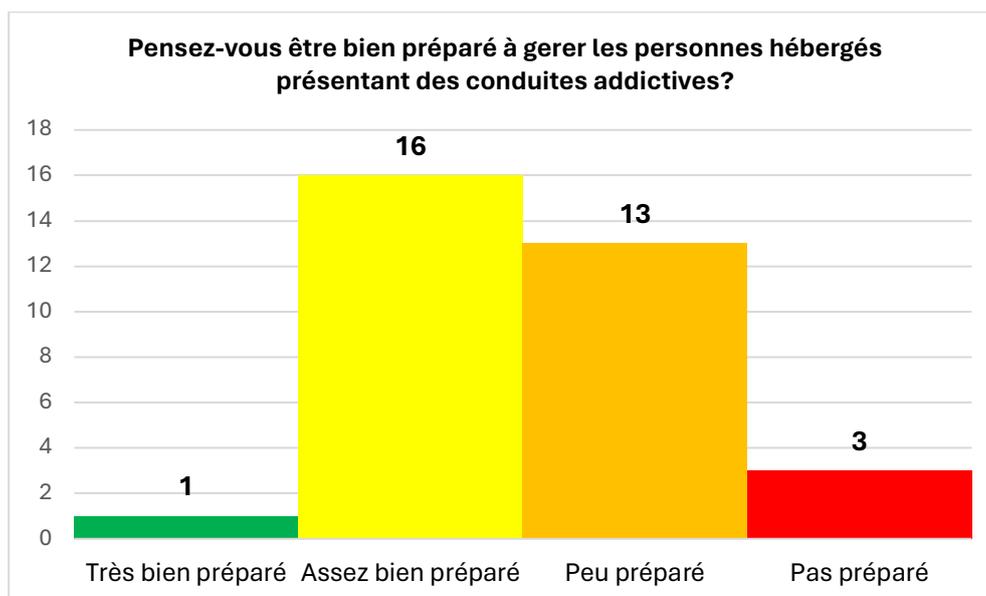


Figure 19. Préparation aux conduites addictives (1)

Les résultats montrent que la majorité des professionnels de santé, y compris les psychologues, psychiatres, médecins, infirmiers, cadres de santé, assistantes sociales, animateurs et aides-soignants, se sentent globalement insuffisamment préparés pour accompagner les troubles addictifs. Les infirmiers diplômés d'État semblent être les mieux préparés, mais des lacunes subsistent dans l'ensemble des professions (Figure 20).

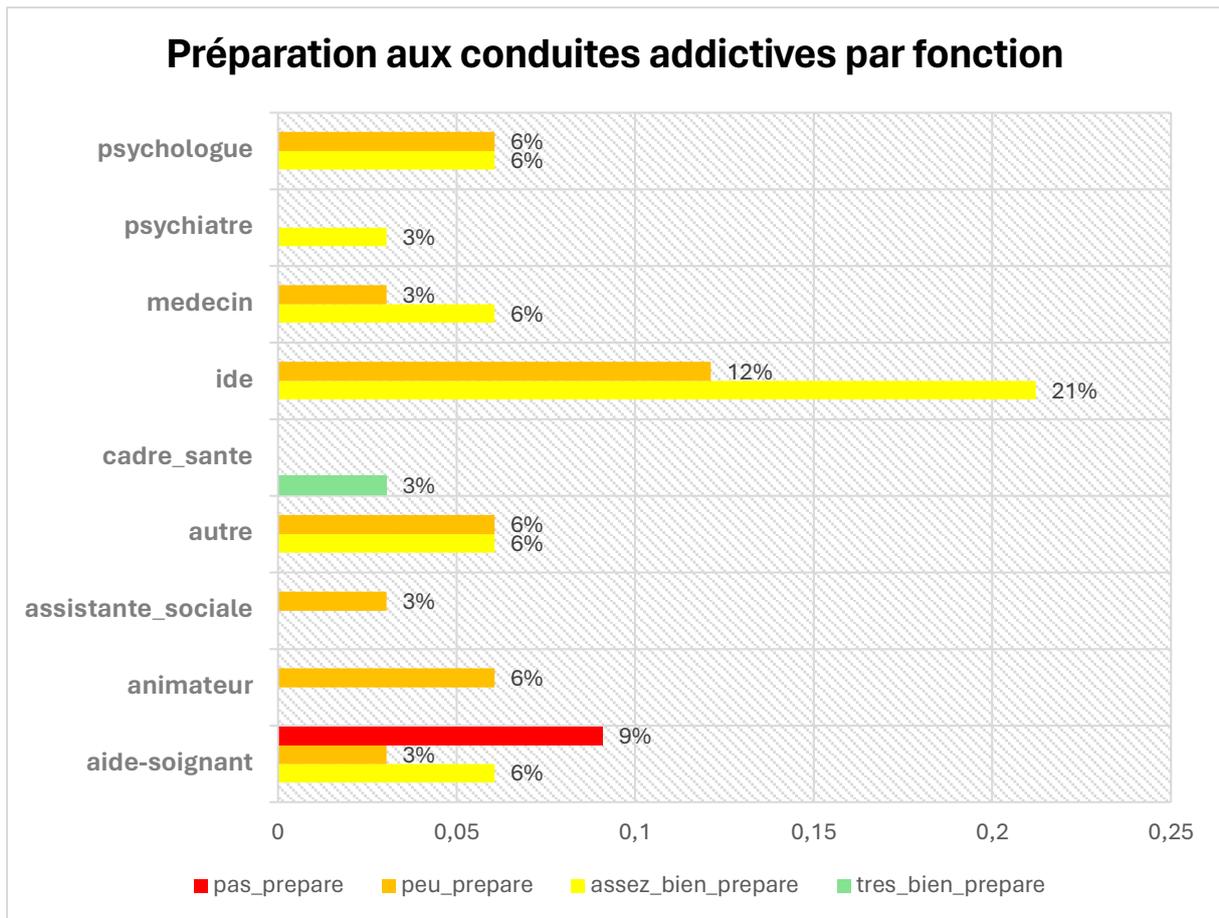


Figure 20. Préparation aux conduites addictives (2)

Gestion des troubles psychiques

Pour les personnes avec des troubles psychiques, 15.2% (n=5) se sentent très bien préparés pour accompagner les personnes hébergées avec des troubles psychiques, 36.4%(n=12) se sentent assez bien préparés, 42.4%(n=14) se sentent peu préparés, et 6.1%(n=2) ne se sentent pas préparés (Figure 21).

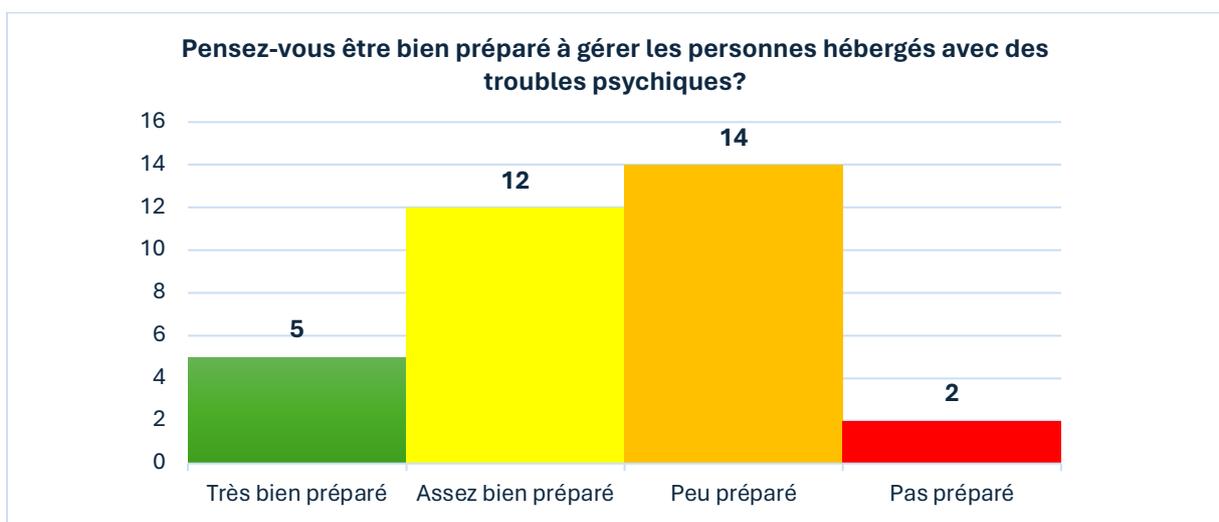


Figure 21. Préparation aux troubles psychiques (1)

Il existe des variations importantes dans la préparation des différents professionnels pour gérer les troubles psychiques. Les infirmiers semblent les plus confiants, tandis que d'autres groupes, notamment les aides-soignants, les assistantes sociales et les animateurs, montrent des lacunes notables dans leur préparation, soulignant le besoin de formation et de ressources supplémentaires (Figure 22).

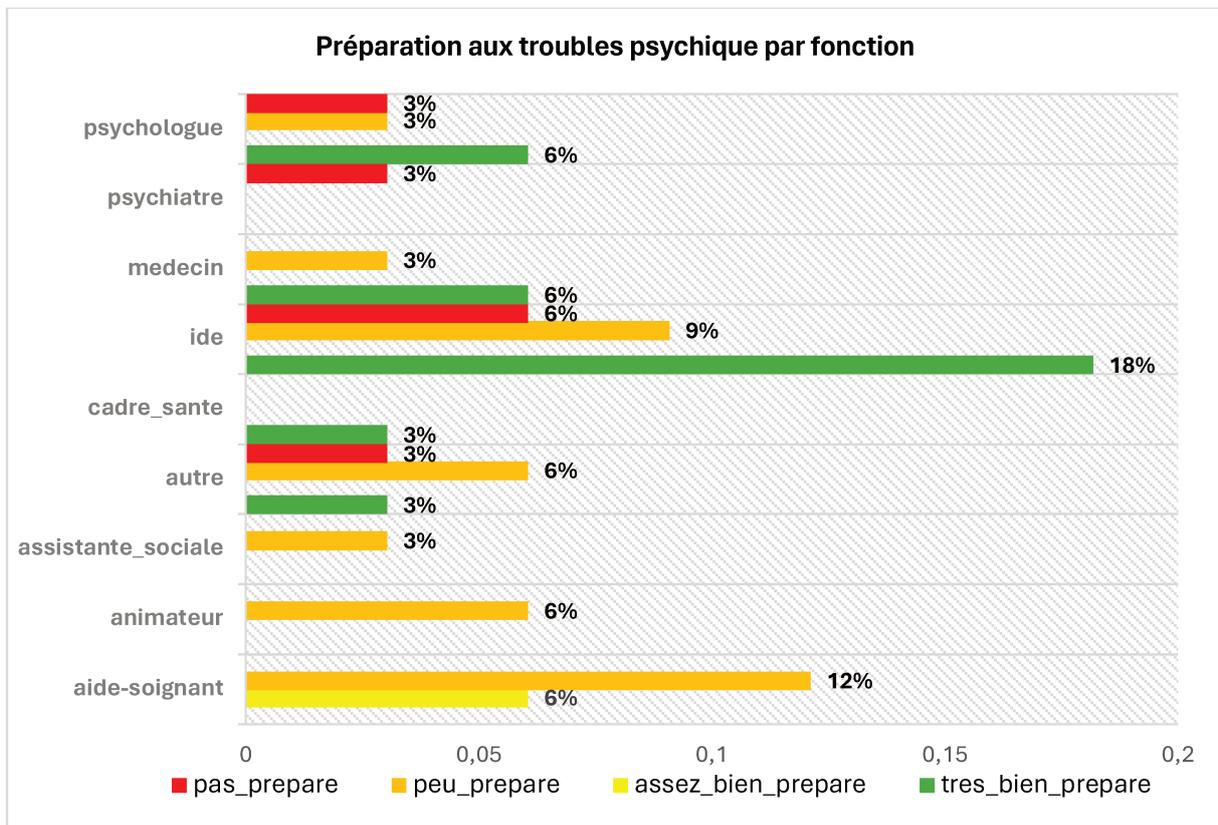


Figure 22. Préparation aux troubles psychiques (2)

Gestion des troubles cognitifs

Parmi les participants, la majorité se sent assez bien préparée pour gérer les personnes hébergées avec des troubles cognitifs (Figure 23).

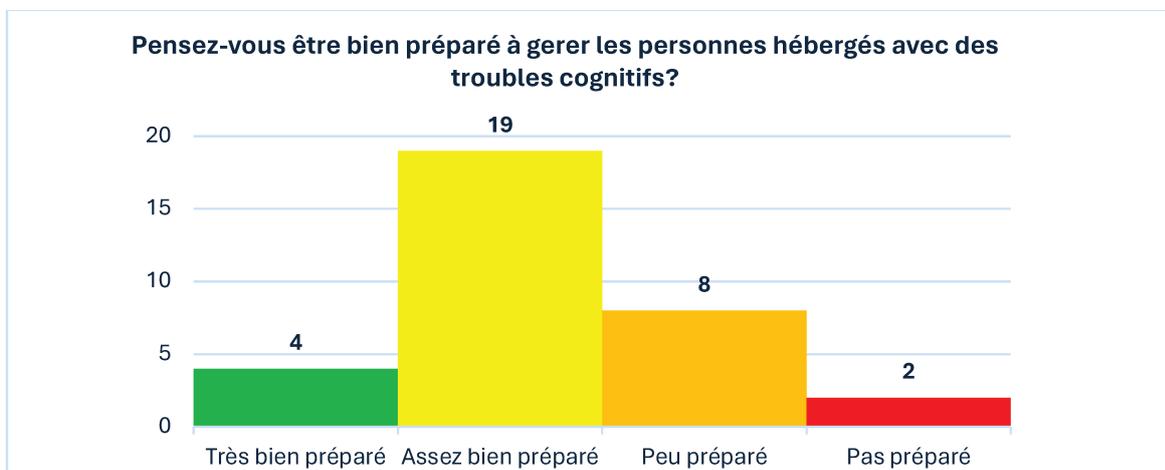


Figure 23. Préparation aux troubles cognitifs (1)

Les infirmiers diplômés d'État (IDE) se sentent les plus préparés pour gérer les troubles cognitifs se considérant assez bien préparés, tandis que les autres groupes montrent des niveaux de préparation plus faibles, avec des pourcentages significativement bas pour les niveaux "très bien préparés" et "assez bien préparés" (Figure 24).

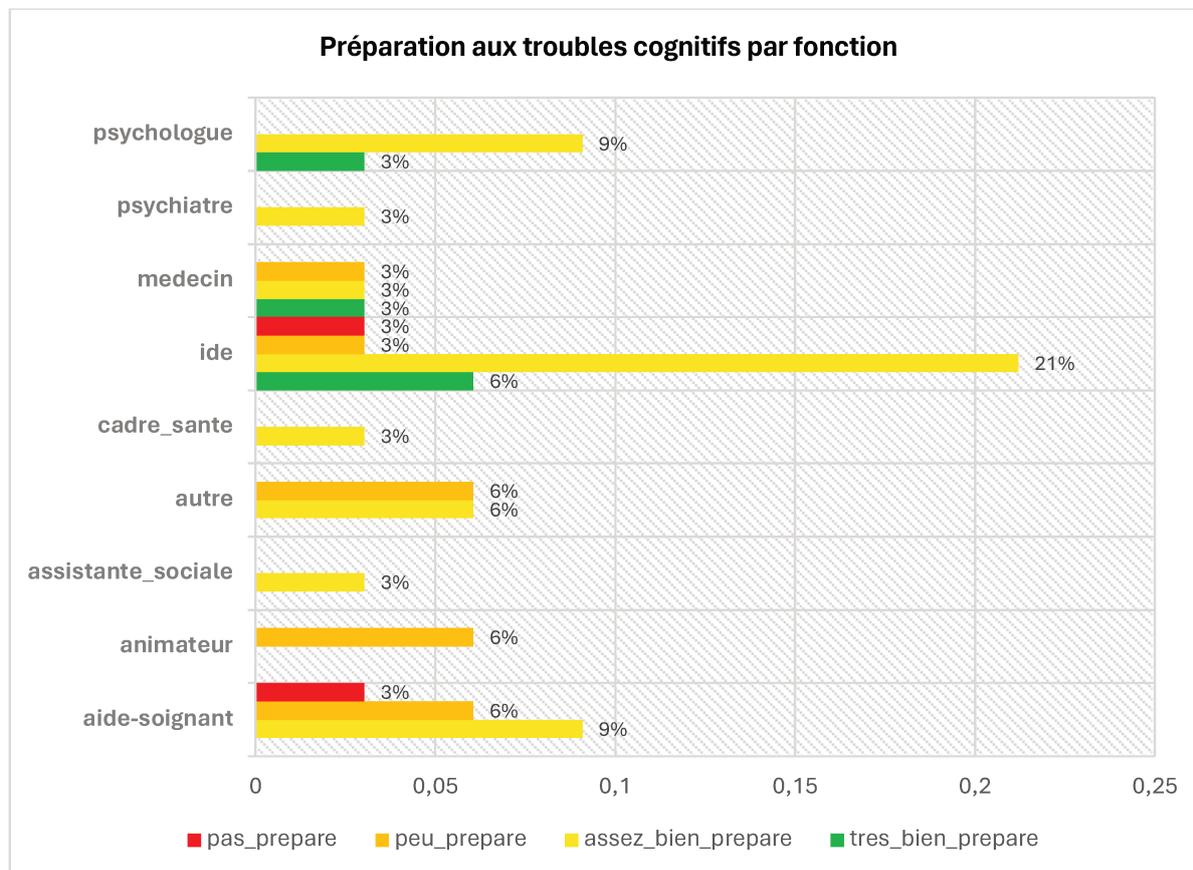


Figure 24. Préparation aux troubles cognitifs (2)

Amélioration de l'organisation des services

Pour améliorer l'organisation du service et assurer la continuité des soins des hébergés, 66,7% (n=22) des participants recommandent d'augmenter les effectifs en personnel, 18,2% (n=6) suggèrent une meilleure formation, 3,0% (n=1) préconisent plus de ressources financières, 3,0% (n=1) recommandent l'amélioration des équipements, et 9,1% (n=3) proposent d'autres améliorations.

Avantages d'intégrer une personne ressource

Les principaux avantages d'une personne ressource au sein du Samu social incluent l'amélioration de la coordination des soins pour 48,5% (n=16) des participants, un meilleur soutien aux équipes pour 48,5% (n=16), la facilitation de la communication avec les partenaires pour 54,5% (n=18), et un accès rapide à des informations nécessaires aux soins pour 39,4% (n=13) (Figure 25).

Proposition d'amélioration

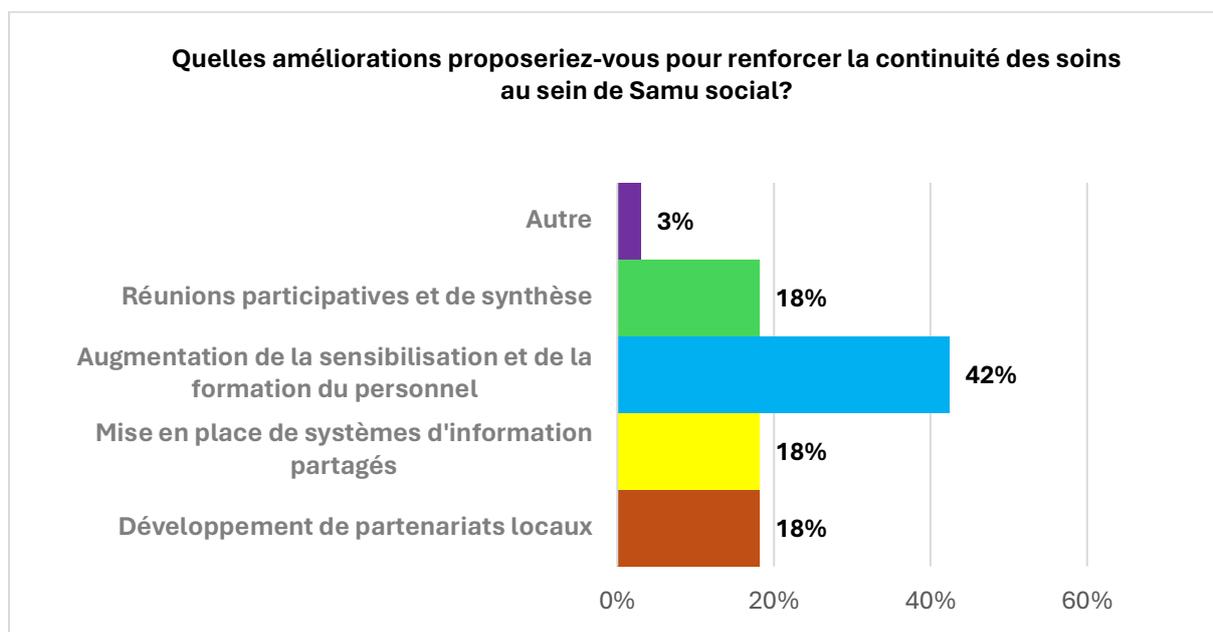


Figure 25. Améliorations proposées

DISCUSSION

La prise en soins des personnes en situation de précarité représente un défi majeur pour les systèmes de santé. Cette étude se concentre sur les difficultés et particularités rencontrées dans les soins aux populations précaires, en particulier au sein des structures telles que le LHSS (Lits Halte Soins Santé) et le LAM (Lits d'Accueil Médicalisés). Nous explorons comment ces difficultés sont perçues dans la littérature et les stratégies mises en place par les professionnels pour assurer la continuité des soins.

Analyse critique des résultats par hypothèse

[Hypothèse principale](#)

Les professionnels travaillant dans les LHSS et LAM rencontrent des difficultés pour assurer la continuité des soins chez les personnes hébergées.

Les résultats de l'étude confirment l'hypothèse principale. Les professionnels des LHSS et LAM font face à plusieurs obstacles majeurs dans leur mission pour assurer la continuité des soins. Ces obstacles incluent des difficultés liées aux conduites addictives, aux troubles psychiques et cognitifs, ainsi qu'à la barrière de la langue, la discrimination, le manque de personnel, et le manque de formation spécifique.

Difficultés liées aux conduites addictives et aux troubles psychiques

Les résultats montrent que 90.9% des participants rencontrent fréquemment ou occasionnellement des difficultés pour assurer la continuité des soins des personnes avec des conduites addictives et des troubles psychiques. Ces troubles sont plus fréquents chez les populations sans domicile fixe, comme le confirment Laporte et Chauvin dans leur étude sur la santé mentale et les addictions chez les sans-abris (2). Cette réalité met en lumière la nécessité de stratégies spécifiques pour gérer ces problématiques au sein des LHSS et LAM.

Barrière de la langue et discrimination

Les barrières linguistiques et la stigmatisation sont également des obstacles importants pour 72% des participants. Ces résultats sont cohérents avec les observations de Valot et Di Prima, qui notent que les barrières linguistiques et culturelles limitent l'accès à des soins de qualité pour les personnes en grande précarité (21). La discrimination complique la réinsertion et le maintien des soins pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, comme le souligne l'étude de Baronnet et Alberghini (17).

Manque de personnel et rotation du personnel

Le manque de personnel est identifié par 87.8% des participants comme un obstacle majeur à la continuité des soins. La rotation du personnel est également perçue comme problématique par 81.8% des répondants. Cette situation est aggravée par le fait que les professionnels manquent souvent de formation spécifique pour gérer les problèmes complexes des populations en précarité, ce qui confirme les observations de Flye Sainte Marie et al. sur les difficultés des médecins généralistes à gérer leurs patients précaires (23).

Ressources matérielles

Le manque de ressources matérielles est perçu comme un frein à la continuité des soins par 93.9% des participants. Il a déjà été rapporté, dans les travaux de Schaerer et Ballanza sur l'accompagnement en LHSS, que des ressources adéquates sont essentielles pour fournir des soins continus et de qualité (26).

Hypothèse secondaire

Les professionnels ont un besoin de formations spécifiques pour mieux assurer la continuité des soins chez les personnes hébergées.

Les résultats confirment également cette hypothèse. La majorité des professionnels se sentent insuffisamment préparés pour gérer les conduites addictives, les troubles psychiques et cognitifs.

Gestion des conduites addictives

Seuls 3.0% des participants se sentent très bien préparés pour gérer les conduites addictives. Cela reflète la présence critique d'une lacune en formation dans la mesure où la formation à la gestion efficace des addictions est essentielle pour la continuité des soins. Les résultats sont en ligne avec les observations de Reach sur les défis de l'observance dans les maladies chroniques (13).

Gestion des troubles psychiques et cognitifs

Pour les troubles psychiques, seulement 15.2% des participants se sentent très bien préparés, et pour les troubles cognitifs, cette préparation est encore plus faible. La littérature suggère que les troubles psychiques et cognitifs sont courants chez les sans-abris, il est donc crucial d'améliorer la formation des professionnels dans ces domaines (2,5,17).

Suggestions d'amélioration

Les participants recommandent principalement d'augmenter les effectifs en personnel (66.7%) et d'améliorer la formation (18.2%). L'intégration d'une personne ressource pour améliorer la coordination des soins et soutenir les équipes est également perçue positivement par les répondants. Cette approche pourrait faciliter la communication et l'accès à des informations nécessaires aux soins, répondant ainsi aux défis identifiés dans la coordination des soins avec les services externes (29).

Pour résumer

L'étude met en lumière les nombreux défis rencontrés par les professionnels des LHSS et LAM pour assurer la continuité des soins chez les personnes hébergées. Les résultats confirment les hypothèses selon lesquelles ces professionnels font face à des obstacles majeurs et ont besoin de formations spécifiques pour améliorer leurs compétences et l'efficacité de leurs interventions.

Pour faire face à ces défis, il est crucial de développer des stratégies de formation continue, d'augmenter les ressources humaines et matérielles, et d'améliorer la coordination interne et externe des soins. Ces mesures sont essentielles pour assurer une prise en charge optimale des populations vulnérables et pour combler les lacunes identifiées dans cette étude.

Analyse au regard de la science infirmière

Dans le cadre de cette étude, nous avons exploré les modes et paradigmes des sciences infirmières et leur application, ainsi que les stratégies pour améliorer la continuité des soins, en particulier pour les populations précaires. Les résultats obtenus ont été comparés avec les concepts théoriques de science infirmière. Cette comparaison a permis de confirmer la validité et la pertinence des approches théoriques dans le contexte pratique étudié.

Conduites addictives

Résultat de l'étude

La majorité des participants éprouvent des difficultés fréquentes ou occasionnelles pour assurer la continuité des soins des personnes hébergées présentant des conduites addictives.

Paradigme de l'interaction

Le paradigme de l'interaction met l'accent sur l'importance des interactions entre les professionnels de santé et les patients. Il est basé sur l'école des besoins de Virginia Henderson, qui insiste sur une approche centrée sur le patient (29).

L'empathie et la compréhension des comportements sont des éléments cruciaux. L'empathie est définie comme la capacité à comprendre et partager les sentiments d'autrui, tandis que la compréhension des comportements consiste à reconnaître les facteurs influençant les actions des patients (29).

Perspectives

Une approche empathique et individualisée aide à personnaliser les soins, facilitant ainsi la continuité des soins. Il est recommandé de former les professionnels à l'empathie et aux techniques relationnelles via des ateliers interactifs, des séances de simulation et des études de cas. Des programmes de mentorat peuvent également aider les nouveaux arrivants à gérer des cas complexes ainsi que des partenariats avec des centres d'addictions.

Troubles psychiques

Résultat de l'étude

Près de la moitié des participants rencontrent fréquemment des difficultés pour assurer la continuité des soins des personnes avec des troubles psychiques.

Approche empirique et paradigme de l'interaction

Le paradigme de l'interaction ayant été définis plus haut, l'approche empirique, elle, repose sur l'utilisation de données probantes pour informer les décisions cliniques et administratives. Elle combine les résultats de la recherche, l'expertise clinique et les préférences des patients pour améliorer la qualité des soins (29).

La formation continue et spécialisée est essentielle pour le maintien et le perfectionnement des compétences professionnelles avec une spécialisation dans des domaines particuliers. Les programmes de formation continue et spécialisée permettent de maintenir les compétences à jour et de se spécialiser dans la gestion de troubles spécifiques (29).

Perspectives

Il est crucial d'instituer des ateliers de formation réguliers axés sur les troubles psychiques, couvrant des sujets tels que les dernières avancées en psychiatrie, les techniques de communication, les stratégies de gestion de crise et le traumatisme. La collaboration avec des institutions psychiatrique et des associations peut offrir des ressources éducatives avancées.

Troubles cognitifs

Résultat de l'étude

90.9% des participants rencontrent des difficultés à assurer la continuité des soins pour les personnes avec des troubles cognitifs.

Paradigme de l'intégration et approche éthique

Le paradigme de l'intégration prône une compréhension globale des patients, prenant en compte tous les aspects de leur vie et de leur santé. Il encourage une approche holistique pour une prise en charge complète et efficace (29).

L'approche éthique en soins infirmiers met l'accent sur le respect de la dignité humaine, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et l'intégration des valeurs morales dans la pratique clinique (29).

Les soins centrés sur la personne considèrent les besoins, préférences et valeurs uniques de chaque patient (29).

Perspectives

Adapter les soins en fonction des besoins individuels des patients avec des troubles cognitifs aide à mieux répondre à leurs besoins spécifiques et à assurer une continuité des soins. Il est recommandé de promouvoir une culture de soins centrés sur la personne à travers des programmes de sensibilisation et de formation, d'intégrer des pratiques fondées sur des preuves dans les protocoles de soins et de créer des groupes de soutien pour les soignants. Impliquer les familles et les aidants naturels dans le plan de soins est également crucial.

Barrière de la langue

Résultat de l'étude

La barrière de la langue pose des difficultés fréquentes ou occasionnelles pour les participants.

Approche sociopolitique et paradigme de la transformation

L'approche sociopolitique ayant été défini plus haut, le paradigme de la transformation, lui, appelle à des approches innovantes pour répondre aux besoins complexes des populations précaires. Il encourage l'utilisation de nouvelles technologies et de méthodes innovantes pour pallier le manque de ressources (29).

Une communication efficace est la capacité à transmettre et recevoir des messages de manière claire et compréhensible.

Perspectives

Il est essentiel d'utiliser des interprètes, des outils de traduction et des techniques de communication adaptées pour mieux comprendre et répondre aux besoins des patients non francophones. Développer des programmes de formation en communication interculturelle et linguistique pour les professionnels de la santé, incluant des cours de langue et l'utilisation de technologies de traduction, est recommandé. Mettre en place des partenariats avec des services d'interprétation professionnels et accéder à des plateformes de traduction en temps réel peut aussi être bénéfique.

Manque de personnel

Résultat de l'étude

Le manque de personnel affecte la continuité des soins pour 87.8% des participants.

Approche empirique et paradigme de l'intégration

La gestion des ressources humaines concerne l'administration et l'organisation des ressources humaines, y compris le recrutement, la formation et la rétention du personnel. Une gestion efficace des ressources humaines garantit une distribution adéquate du personnel et fournit des soins continus et de qualité (29).

Perspectives

Il faudrait mettre en place des stratégies de recrutement et de fidélisation incluant des incitations financières, des opportunités de développement professionnel et des conditions de travail flexibles. Promouvoir un environnement de travail positif et soutenir le bien-être des employés peut également aider à attirer et à retenir du personnel qualifié.

Ressources matérielles

Résultat de l'étude

Les ressources matérielles sont jugées insuffisantes par 18.2% des participants.

Approche empirique et paradigme de la transformation

L'accès aux ressources adéquates implique de disposer des outils, équipements et fournitures nécessaires pour fournir des soins de qualité(29).

Perspectives

Il est essentiel d'équiper les établissements de santé avec les ressources nécessaires pour soutenir les professionnels de la santé dans leur pratique. Investir dans l'acquisition et l'entretien des ressources matérielles, incluant l'achat de nouveaux équipements médicaux, la modernisation des infrastructures existantes et l'amélioration des systèmes de gestion des ressources, est recommandé. Mettre en place des partenariats avec des fournisseurs de matériel médical et rechercher des financements supplémentaires est également nécessaire.

Organisation des services

Résultat de l'étude

L'organisation du service est jugée efficace par 72.7% des participants.

Approche sociopolitique

Les structures organisationnelles concernent les arrangements et processus formels qui définissent comment les activités sont dirigées dans une organisation (29).

Perspective

Une organisation structurée des services de santé optimise la coordination et la continuité des soins. Il est nécessaire de réévaluer et d'améliorer les structures organisationnelles pour répondre aux besoins évolutifs des patients et du personnel. La mise en œuvre de nouvelles technologies pour la gestion des soins, la simplification des processus administratifs et l'amélioration des flux de travail sont également recommandées. Il convient d'encourager une culture de collaboration et de communication ouverte au sein des services.

Coordination des soins

Résultat de l'étude

Les difficultés de coordination entre les services internes et externes sont signalées par les participants.

Paradigme de l'intégration

La coordination intra et interprofessionnelle implique la collaboration entre différents professionnels et services pour fournir des soins continus et intégrés (29).

Perspectives

Faciliter la communication et la collaboration entre les différents acteurs de la santé assure une continuité des soins optimale. L'établissement de protocoles de coordination et de plateformes de communication améliore l'intégration des soins. Des réunions régulières entre les équipes, l'utilisation de systèmes de gestion de cas partagés et la création de réseaux de soutien interprofessionnels sont des mesures efficaces. La mise en place de coordonnateurs de soins dédiés aide également à assurer une communication fluide et une meilleure coordination des services.

Formation des professionnels

Résultat de l'étude

Les professionnels ressentent le besoin de formations spécifiques pour mieux assurer la continuité des soins.

Approche empirique

La formation continue est le processus de maintien et de perfectionnement des compétences professionnelles tout au long de la carrière (29).

Perspectives

Les programmes de formation continue adaptés aux besoins des professionnels permettent de maintenir leurs compétences à jour et de s'adapter aux exigences changeantes des soins de santé. Il est important de développer et de mettre en œuvre de formations continues régulières et ciblées. La collaboration avec des institutions éducatives et des experts dans le domaine de la précarité offrirait des opportunités de formation avancées et spécialisées. Il faut encourager les professionnels à participer à des programmes de formation continue, à améliorer leurs compétences. Par conséquent, leur satisfaction professionnelle et leur engagement au travail sera renforcé.

Pour résumer

En intégrant des notions telles que l'empathie, la communication efficace, la gestion des ressources humaines et matérielles, et la formation continue, il est possible de proposer des solutions concrètes pour surmonter les difficultés identifiées par les professionnels du Samu social. Ces approches peuvent améliorer la continuité des soins pour les personnes hébergées dans les LHSS et LAM en humanisant les soins, en renforçant les compétences des professionnels, en optimisant les ressources disponibles et en facilitant la communication et la coordination. La mise en œuvre de ces recommandations pourrait améliorer la qualité et la continuité des soins pour les populations précaires, en surmontant les obstacles identifiés dans l'étude.

Forces et limites de l'étude

Forces

Échantillon diversifié

L'étude a inclus une variété de professionnels de santé (infirmiers, médecins, psychiatres, psychologues, aides-soignants, etc.) travaillant dans des structures spécifiques telles que les LHSS et les LAM. Cette diversité permet d'obtenir une perspective globale sur les différents aspects des soins prodigués aux personnes en situation de précarité.

Approche multicentrique

En incluant plusieurs sites (LHSS et LAM) du Samu Social de Paris, l'étude offre une vision représentative des défis et des pratiques au sein de différentes structures. En incluant plus de personnes et de lieux, l'étude et les résultats sont enrichis, renforçant ainsi leur portée.

Focus sur la continuité des soins

L'accent mis sur la continuité des soins, un aspect crucial pour les populations précaires, permet de mieux comprendre les mécanismes nécessaires pour assurer un accompagnement efficace et durable.

Accès au questionnaire

Le questionnaire a été mis à disposition des professionnels via une affiche comportant un QR code, permettant un accès facile à tout moment. Ces affiches ont été placées dans des zones réservées aux professionnels. De plus, l'envoi d'un lien par mail a permis de toucher les professionnels disposant d'un accès informatique, offrant ainsi un moyen supplémentaire pour accéder au questionnaire.

Élaboration du questionnaire

Une des forces majeures de cette étude réside dans l'élaboration du questionnaire. Ce dernier a été conçu en s'appuyant sur des concepts solides et une revue de la littérature existante. Cette approche méthodologique rigoureuse a permis de développer un outil de collecte de données pertinent et fiable, capable de capturer les différentes dimensions des difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans les LHSS et LAM.

Limites

Taille de l'échantillon

Bien que diversifié, la taille de l'échantillon peut limiter la généralisation des résultats en raison des événements décrits précédemment. Un échantillon plus large aurait permis de renforcer l'étude. Cependant, l'étude sera clôturée en juillet 2024 afin d'inclure davantage de participants.

Biais de participation

Les participants à l'étude sont ceux qui ont répondu volontairement au questionnaire, ce qui peut introduire un biais de sélection. Les perceptions et expériences des non-répondants peuvent différer, affectant ainsi la représentativité des résultats.

Limites géographiques

L'étude étant menée exclusivement dans les structures du Samu social de Paris, les résultats peuvent ne pas être entièrement représentatifs des défis et pratiques dans d'autres régions ou contextes nationaux.

Complexité des facteurs étudiés

La précarité et la continuité des soins sont des concepts complexes influencés par de nombreux facteurs (sociaux, économiques, politiques). L'étude peut ne pas avoir capturé toutes les variables pertinentes, limitant ainsi la portée des conclusions.

Données auto-rapportées

Les informations recueillies sont basées sur les perceptions et expériences auto-rapportées des participants, ce qui peut introduire des biais de subjectivité ou de mémoire malgré l'anonymat. Il est possible également que certains professionnels aient des difficultés à comprendre certaines questions.

L'IPA pour répondre aux défis identifiés ?

Les compétences et les activités d'un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) offrent des perspectives intéressantes pour répondre à ces défis. En nous appuyant sur le référentiel d'activités de l'IPA, nous allons examiner comment ses compétences peuvent répondre aux besoins identifiés dans l'étude et apporter des solutions concrètes aux défis rencontrés avec une proposition d'implantation (cf. Annexe III).

Observation, recueil et interprétation des données : L'IPA est formé pour effectuer des anamnèses, des examens cliniques et pour interpréter les données de manière approfondie. Cela leur permettrait de mieux identifier les vulnérabilités des patients précaires, facilitant ainsi une prise en soin personnalisée.

Suivi de l'observance des traitements : Une des principales difficultés identifiées est l'observance des traitements chez les patients précaires. Les IPA peuvent suivre et évaluer de manière continue l'adhésion aux traitements, identifier les effets secondaires et ajuster les prescriptions si nécessaire.

Coordination et planification des soins : Les IPA sont compétents pour organiser le parcours de soins, coordonner les activités entre les différents acteurs du système de santé et établir des plans de soins personnalisés. Cette compétence est cruciale pour assurer la continuité des soins, en particulier pour des patients polyopathologiques avec des troubles psychiatriques.

Éducation thérapeutique et prévention : La conception et la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique font partie du rôle de l'IPA en aidant les patients à mieux comprendre et gérer leurs conditions.

Gestion des urgences et situations complexes : La formation de IPA permettrait de repérer et gérer les situations d'urgence et les complications potentielles liées à la non-observance des traitements ou à la consommation de substances. La capacité à intervenir rapidement peut prévenir des hospitalisations inutiles et améliorer la gestion des soins en ambulatoire.

Renouvellement et adaptation des prescriptions : Les IPA peuvent renouveler des prescriptions médicales et adapter les posologies en fonction de l'évolution de l'état de santé des patients. Cette flexibilité permet une réponse plus rapide et adaptée aux besoins des patients, améliorant ainsi la continuité des soins.

Développement de partenariats et collaboration : Un autre rôle crucial de l'IPA consiste à développer des partenariats avec d'autres services de santé et sociaux, améliorant ainsi la coordination, la continuité des soins et éviter la stigmatisation. La capacité de l'IPA à travailler en collaboration avec divers professionnels de santé et organismes peut faciliter l'accès des patients aux ressources nécessaires et optimiser leur parcours de soins. Il pourrait contribuer à la création de réseau pour une collaborations entre les services de santé, les organismes sociaux, les associations et les communautés.

Sensibilisation et formation du personnel : Les IPA peuvent également jouer un rôle clé dans la formation continue et la sensibilisation des autres professionnels de santé. En partageant leurs connaissances et compétences, ils peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins au sein de l'équipe de santé et à promouvoir des pratiques basées sur des preuves.

Perspectives et recherches futures

Les résultats de cette étude ont permis de mieux comprendre les défis auxquels font face les professionnels de santé dans les LHSS et les LAM. Cependant, plusieurs questions demeurent et méritent d'être explorées : quelles sont les compétences spécifiques les plus efficaces pour améliorer l'accompagnement des patients en situation de précarité ? Quels types de ressources sont les plus critiques pour la performance de ces structures ? Il serait également pertinent d'élargir la recherche à d'autres LHSS et LAM, car cette étude est actuellement limitée à Paris. Une comparaison des pratiques entre différentes structures pourrait révéler des stratégies efficaces et des domaines nécessitant des améliorations. Enfin, l'analyse permettrait de mieux cerner les facteurs de succès et les obstacles à surmonter.

CONCLUSION

En conclusion, cette étude a mis en lumière les défis complexes et variés auxquels les professionnels de santé sont confrontés lorsqu'ils accompagnent des personnes en situation de précarité dans les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM). Les principales difficultés identifiées incluent la gestion des troubles psychiatriques, des addictions et des troubles cognitifs. Ces difficultés sont souvent exacerbées par un manque de formation adéquate et de coordination entre les services.

Les résultats montrent que la continuité des soins est souvent compromise par plusieurs facteurs, notamment le manque de personnel, la rotation du personnel des équipes, les barrières linguistiques et culturelles, ainsi que la stigmatisation et la discrimination. Ces obstacles impactent directement la qualité des soins fournis et la capacité des patients à adhérer à l'accompagnement proposé.

Pour améliorer la continuité des soins, plusieurs stratégies ont été proposées, telles que le développement de programmes de formation continue, l'amélioration de la coordination entre les différents services de santé et la lutte contre la stigmatisation.

L'intégration des IPA a été identifiée comme une solution potentielle pour répondre aux besoins spécifiques de cette population vulnérable, grâce à leurs compétences en évaluation clinique, en coordination des soins et en éducation thérapeutique.

Cette recherche souligne également l'importance de développer des partenariats locaux et d'implémenter des systèmes d'informations partagées pour faciliter la communication et la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans la prise en soins des personnes précaires. En adoptant une approche holistique, il est possible de renforcer significativement la qualité et la continuité des soins pour ces populations.

Pour finir, accompagner des personnes en situation de précarité nécessite un engagement soutenu, une forte sensibilisation et une formation continue des professionnels de santé. Une approche humaniste, centrée sur la dignité et le respect de chaque individu, est essentielle pour offrir un accompagnement empathique et personnalisé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé publique France. Inégalité Sociale et territoire de santé. 2018.
2. Laporte A, Chauvin P. Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France.
3. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bull Académie Natl Médecine. avr 2017;201(4-6):567-87.
4. WRESINSKI J. GRANDE PAUVRETÉ et PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE et SOCIALE. 10 févr 1987;JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE:113.
5. Guédeney N. Précarité et attachement. In: L'attachement : L'évaluation - la Clinique - la Thérapeutique [Internet]. Elsevier; 2021 [cité 14 févr 2024]. p. 383-95. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294776304000259>
6. [fiche_pedagogique_prekarite_sociale.pdf](#).
7. Zaouche-Gaudron C, Sanchou P. Introduction. Empan. 2005;60(4):10.
8. Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale: Carnet PSY. 13 mars 2023;N° Hors-série(HS2):9-16.
9. Conseil national des politiques de lutte, contre la pauvreté et l'exclusion sociale. définition et mesure de la pauvrete. 2016;9.
10. Wagle U. Repenser la pauvreté : définition et mesure. Rev Int Sci Soc. 2002;171(1):175.
11. Brousse C. 1. PREMIERE PARTIE : DÉFINITION DE LA POPULATION SANS-DOMICILE ET CHOIX DE LA MÉTHODE D'ENQUÊTE. 2006;
12. ARS. PARCOURS DE SOINS PARCOURS DE SANTÉ PARCOURS DE VIE Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers Lexique des parcours de A à Z. 2016.
13. Reach G. Les défis de l'observance dans les maladies chroniques. Médecine Mal Métaboliques. oct 2018;12(6):511-5.
14. Gardella E, Laporte A, Le Méner E. Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri (Commentaire). Sci Soc Santé. 2008;26(3):35-46.
15. Reboul P. Éthique et soin: Enjeux éthiques de l'hospitalisation des grands précaires et personnes de la rue. Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 13 oct 2022;N° 150(3):93-102.
16. Lecoffre C. Hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires et désavantage social en France en 2013.
17. Baronnet J, Alberghini A. Aux portes de la rue ou quand les institutions produisent l'exclusion : les sortants d'hôpitaux psychiatriques: Rech Soc. 9 avr 2020;N° 228(4):6-91.
18. Saint-Pierre M, Sévigny A. Approche individuelle et collective sur la continuité des soins: Santé Publique. 11 août 2009;Vol. 21(3):241-51.
19. Has Etre un membre en equipe.
20. Launay E, Gandhour A, Khouani J, Auquier P, Honoré S, Tabélé C. Entretien pharmaceutique : quelles sont les particularités liés aux patients en situation de précarité ? Pharm Hosp Clin. déc 2021;56(4):424-33.
21. Valot L, Di Prima U. Compétences infirmières auprès d'un public en grande précarité. Rech Soins Infirm. 2008;N° 93(2):25.
22. Peze V, Dany L, Lumediluna ML, Thill JC. Rôle et impact de la situation de précarité sur l'expérience de la maladie des patients atteints de diabète de type 2. Médecine Mal Métaboliques. juill 2015;9(5):523-8.
23. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires: Santé Publique. 18 déc 2015;Vol. 27(5):679-90.

24. Desprès C. Parcours de soins en situation de précarité : entre détermination et individualisation: Santé Publique. 6 sept 2018;S1(HS1):157-63.
25. Ministère chargé du logement. Lit halte soins santé (LHSS). 2016.
26. Schaerer R, Ballanza C. Un accompagnement de fin de vie en lits halte soins santé: Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 11 févr 2013;n° 112(1):91-6.
27. HAS. LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours. 2020.
28. Emmanuelli X. L'action du Samu social: Laennec. 1 déc 2007;Tome 55(4):37-47.
29. ACINTHE PEPIN FRANCINE DUCHARME SUZANNE KÉROUAC. La pensée infirmière. 4e éd. CHENELIERE EDUCATION; 228 p.

ANNEXES

[Annexe I](#)

Questionnaire

ÉTAT DES LIEUX DES DIFFICULTÉS DES PROFESSIONNELS POUR ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE EN LHSS ET LAM

Actuellement en Master 2 de pratique avancée mention pathologie chronique stabilisée à la faculté de LILLE et accompagnée par la Fédération de Recherche en Santé Mentale, je souhaite connaître vos difficultés et les ressources dont vous disposez pour assurer la continuité des soins chez les personnes en situation de précarité aux seins du Samu social.

Le questionnaire est anonyme et prends entre 5 et 10 minutes à remplir.

Je vous remercie d'avance pour l'attention que vous m'aurez accordé.

Djamel BOUCHARÉB

Mail : d.bouchareb@samusocial-75.fr

Données socio-démographiques

Êtes-vous ?

- Une femme*
- Un homme*

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre profession ?

- IDE*
- Médecin*
- Psychiatre*
- Psychologue*
- Aide-soignant*
- Éducateur*
- Cadre de santé*
- Assistante sociale*
- Animateur*
- Agent de service*
- Autre :*

Combien d'année d'expérience avez-vous dans le secteur de la santé ?

En Mois

Dans quel établissement exercez-vous principalement ?

- LHSS St Michel
- LHSS Ridder
- LHSS les lilas

- LAM les lilas
- LHSS Babinski
- LAM Babinski

Depuis combien de temps travaillez-vous au sein du Samu social ?
En mois

Quelle expérience avez-vous auprès de personnes en situation de précarité ?
En mois

En ce qui concerne les personnes hébergé(e)s

1. Quelle définition donnez-vous à la continuité des soins ? choix unique bonne réponse 2

- Le transfert des informations médicales d'un hôpital à un autre.
- Une pratique qui assure que le soin d'un patient est coordonné et ininterrompu au fil du temps et à travers différents niveaux de soins.
- L'accès à des soins médicaux exclusivement en situation d'urgence.
- La capacité d'un système de santé à fonctionner sans interruption.

2. Rencontrez-vous des difficultés pour assurer la continuité des soins de personnes hébergées présentant **des conduites addictives** ? choix unique

- Fréquemment*
- Occasionnellement*
- Rarement*
- Jamais*

3. Pensez-vous être bien préparé(e) à gérer les personnes hébergées présentant **des conduites addictives** ? choix unique

- Très bien préparé(e)*
- Assez bien préparé(e)*
- Peu préparé(e)*
- Pas préparé(e)*

4. Rencontrez-vous des difficultés pour assurer la continuité des soins de personnes hébergées avec **des troubles psychiques** ? choix unique

- Fréquemment*
- Occasionnellement*
- Rarement*
- Jamais*

5. Pensez-vous être bien préparé(e) à gérer les patients présentant **des troubles psychiques** ? choix unique

- Très bien préparé(e)*
- Assez bien préparé(e)*
- Peu préparé(e)*
- Pas préparé(e)*

6. Rencontrez-vous des difficultés pour assurer la continuité des soins de personnes hébergées avec **des troubles cognitifs** ? choix unique

- Fréquemment*
- Occasionnellement*
- Rarement*
- Jamais*

7. Pensez-vous être bien préparé(e) à gérer les patients présentant **des troubles cognitifs**? choix unique

- Très bien préparé(e)*
- Assez bien préparé(e)*
- Peu préparé(e)*
- Pas préparé(e)*

8. Rencontrez-vous des difficultés pour assurer la continuité des soins à cause de la barrière de la langue ? choix unique

- Fréquemment*
- Occasionnellement*
- Rarement*
- Jamais*

9. Pensez-vous que le manque de connaissance de leur maladie constitue un obstacle à la continuité des soins pour les hébergés de votre service ? choix unique

- Oui*
- Non*

10. Pensez-vous que la discrimination des hébergés est une difficulté pour assurer la continuité des soins ? choix unique

- Fréquemment*
- Occasionnellement*
- Rarement*
- Jamais*

En ce qui concerne les ressources humaines

11. Pensez-vous que le manque de personnel affecte la continuité des soins ? choix unique

- Très souvent*
- Souvent*
- Parfois*
- Jamais*

12. Pensez-vous que le manque d'expérience ou de formation du personnel puisse être un frein à la continuité des soins ? choix unique

- Oui*
- Non*

13. Pensez-vous que la rotation du personnel (vacation/intérim) puisse être un obstacle à la continuité des soins par manque de connaissance du secteur ? choix unique

- Oui*
- Non*
- Parfois*

En ce qui concerne les ressources matérielles

14. Comment évalueriez-vous la disponibilité des ressources matérielles ? choix unique

Ressources	1	2	3	4	0
Matériel de soins					
Locaux					
Cuisine					
Activités					
Informatique					
Transport					

0 : Pas concerné

1 : Insuffisant : Ne répond pas aux besoins.

2 : Suffisant : Répond aux besoins de base mais présente des zones pouvant bénéficier d'améliorations.

3 : Bien : Répond bien aux besoins avec quelques points mineurs à améliorer.

4 : Très bien : Répond parfaitement aux besoins.

15. Pensez-vous que le manque de ces ressources puisse nuire à la bonne continuité des soins ? choix unique

- Oui*
- Non*

En ce qui concerne l'organisation de votre service

Dans cette partie nous allons parler de l'organisation de votre service.

16. Comment évalueriez-vous l'efficacité de l'organisation de votre service pour assurer la continuité des soins ? choix unique

- Très efficace*
- Efficace*
- Peu efficace*
- Inefficace*

17. Quelle amélioration prioritaire recommanderiez-vous pour améliorer l'organisation de votre service afin d'assurer la continuité des soins des hébergés ? choix unique

- Plus de personnel*

- Meilleure formation*
- Plus de ressources financières*
- Amélioration des équipements*
- Autre :*

En ce qui concerne la coordination entre services
--

Dans cette partie nous allons parler de la coordination des soins et de comment elle se fait au sein de votre service.

18. Pourriez-vous m'indiquer qui, dans votre équipe, est principalement responsable de la gestion de la continuité des soins pour les hébergés ? choix unique

- Infirmier
- Médecin
- Cadre
- Secrétaire
- Coordinateur
- Autre :

Dans cette partie nous allons parler de la coordination des services du Samu Social mais aussi de la coordination avec les services en dehors du Samu social.

19. Quelles sont les principales difficultés rencontrées **dans la coordination entre les services du Samu Social** ? (Numérotez de 1 à 4, 1 étant le plus fréquent et 4 le moins fréquent), la réponse aucune annule les choix

- Manque de communication
- Différences d'organisation
- Manque de ressources partagées
- Difficultés d'accès aux services externes
- Aucune (il y a une bonne coordination entre les services)

20. Quels outils ou méthodes pourraient améliorer cette **coordination entre les services du Samu Social** ? choix unique

- Plateformes de communication numérique*
- Réunions régulières de coordination*
- Formations communes*
- Partenariats*
- Personne ressource*

Dans cette partie nous allons parler de la coordination avec les services en dehors du Samu social

21. Quelles sont les principales difficultés rencontrées **dans la coordination des soins avec les services externes** ? Numérotez de 1 à 5, 1 étant le plus fréquent et 5 le moins fréquent), la réponse aucune annule les choix

- Manque de communication
- Différences de procédures
- Manque de ressources partagées
- Difficultés d'accès aux services externes
- Stigmatisation (mauvaise image) du Samu social
- Aucune (il y a une bonne coordination avec les services externes)

22. Quels outils ou méthodes pourraient améliorer cette **coordination externe** ?
choix unique

- Plateformes de communication numérique*
- Réunions régulières de coordination*
- Formations communes*
- Partenariats*
- Personne ressource*

23. Selon vous, quel serait le principal avantage à disposer d'une personne ressource au sein du Samu Social ? choix multiple possible

- Amélioration de la coordination des soins*
- Meilleur soutien aux équipes*
- Facilitation de la communication avec les partenaires*
- Accès rapide à des informations nécessaires aux soins*

24. Quelles améliorations proposeriez-vous pour renforcer la continuité des soins au sein du Samu Social ? choix unique

- Développement de partenariats locaux*
- Mise en place de systèmes d'information partagés*
- Augmentation de la sensibilisation et de la formation du personnel*
- Réunions participatives et de synthèse*
- Autre :*

25. Selon vous, quel type de professionnel pourrait assurer la continuité des soins ?
Réponse ouverte :

Avez-vous des commentaires :

ENQUETE pour tous les professionnels

Pour connaître les difficultés que vous rencontrez au quotidien pour assurer la continuité des soins des hébergés, Nous vous invitons à remplir ce questionnaire. Ce questionnaire est anonyme.

Durée 5 à 10 min

Scannez-Moi



Comment faire?

1

Ouvrez votre application Appareil photo

2

Dirigez l'appareil photo vers le code QR

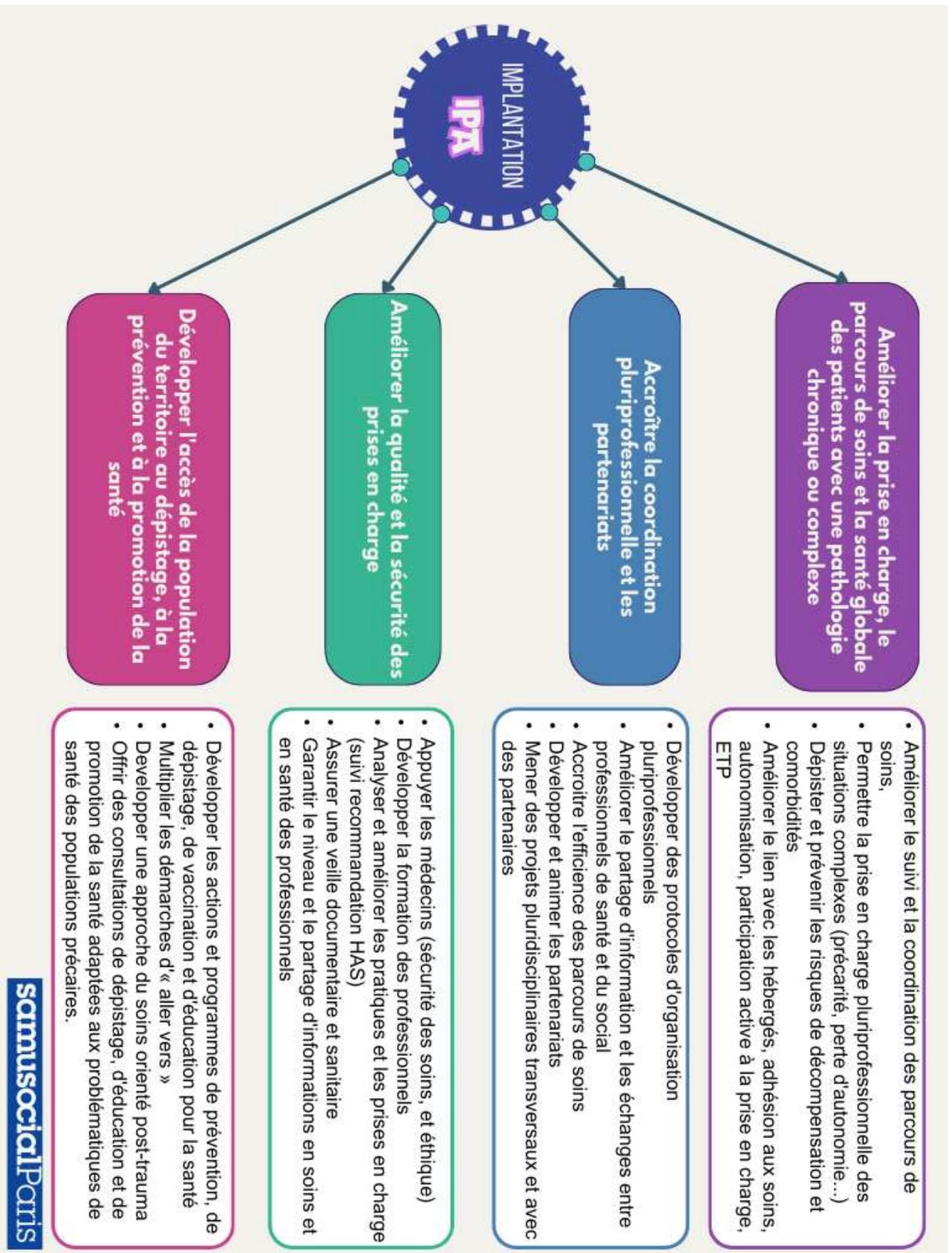
3

Sélectionnez le lien et donnez votre avis

MERCI!

samusocialdeParis

d.bouchareb@samusocial-75.fr 07.69.11.23.96



SCAN ME



HERE

Accès à la base de données des résultats

AUTEUR Nom : BOUCHARÉB

Prénom : Djamel

Accompagner les hébergés en LHSS et LAM : Quels défis pour les professionnels ?

Mots clés : Précarité, Sans-abris, Lits Halte Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), Continuité des soins, Formation continue

Résumé :

Les ruptures dans la continuité des soins peuvent accroître la mortalité au sein des populations précaires.

Objectif : Cette étude évalue comment les professionnels du Samu social assurent la continuité des soins pour les personnes hébergées dans des structures comme les LHSS et les LAM.

Méthode : Nous avons utilisé une approche quantitative observationnelle prospective multicentrique à travers un questionnaire auprès de professionnels de ces services qui participent à l'accompagnement des hébergés.

Résultats : Les professionnels de santé font face à des obstacles majeurs : accès limité aux ressources, défaut de communication et de transport, stigmatisation, ressources financières et organisationnelles insuffisantes, troubles psychiques et addictions. Une formation continue et une meilleure coordination interservices sont nécessaires.

Conclusion : L'étude recommande d'améliorer la coordination des services, de renforcer la formation continue, d'adopter une approche holistique, de lutter contre la stigmatisation, et d'optimiser les ressources, les partenariats et les systèmes d'informations partagés.

Abstract:

Disruptions in continuity of care can increase mortality among vulnerable populations.

Objective: This study evaluates how professionals from Samu social ensure continuity of care for individuals housed in structures like LHSS and LAM.

Method: We used a prospective multicenter observational quantitative approach through a survey answered by professionals from these services that are involved in the support of the housed individuals.

Results: Healthcare professionals face major obstacles: limited access to resources, communication and transportation deficiencies, stigmatization, insufficient financial and organizational resources, mental disorders, and addictions. Continuity in staff training and improved interservice coordination are necessary.

Conclusion: The study suggests improvement in service coordination, strengthening staff training, adopting a holistic approach, combating stigmatization, and optimizing resources, partnerships, and shared information systems.

Directeur de mémoire

- **Madame Gwladys ACOULON**

