

DOCUMENT DE TRAVAIL

Critères guidant l'allocation de ressources

Introduction : définition des établissements médico-sociaux « santé / précarité » et état de l'équipement en Normandie

Au sein du champ médico-social, il existe un secteur dit « personnes en difficultés spécifiques » qui fait l'objet d'un ONDAM (objectif national de dépenses de l'assurance maladie) propre. Il englobe des établissements médico-sociaux dont le pilotage et la tarification sont assurés par les Agences régionales de santé. Outre les établissements du champ de l'addiction (CSAPA et CAARUD), il comprend les établissements proposant un accompagnement médico-social spécifiquement destiné aux personnes en situation de précarité :

- Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) ;
- Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) ;
- Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) ;
- Les ACT pour personnes en situation de grande précarité (issus de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » ou « housing first »).

Ces établissements médico-sociaux s'inscrivent dans la stratégie régionale de réduction des inégalités sociales de santé et d'accès à la santé des personnes en situation de précarité. Cette stratégie est nécessairement partagée avec les partenaires institutionnels de l'ARS (notamment DRJSCS et DDDCS, Départements) et les représentants des acteurs de terrain (FNARS, FNH-VIH, membres de la CRSA).

Dans cette optique, le présent document propose des critères permettant de guider les réflexions sur l'évaluation des besoins et la programmation souhaitable de la structuration de l'offre régionale. Ils n'imposent pas une application mécanique de taux cibles d'équipements.

Positionnement des ESMS « santé – précarité » dans la stratégie régionale

La stratégie régionale d'accès à la santé des personnes en situation de précarité privilégie d'abord l'accès aux dispositifs de droit commun, tant pour des raisons éthiques (non stigmatisation, non-discrimination) que par souci d'efficience.

Cependant, face aux risques de rupture dans les accompagnements de droit commun mobilisés pour le parcours de vie et de santé des personnes précaires, il peut être nécessaire de recourir à des dispositifs spécifiques, dont les établissements médico-sociaux « santé – précarité » font partie. Ils ont alors pour mission de :

- répondre à la multiplicité et à l'intrication des problématiques sanitaires et sociales qui caractérisent les situations complexes que vivent les personnes en situation de précarité ;
- lever les obstacles à la mobilisation des dispositifs (sociaux et de santé) de droit commun grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire médico-sociale ;
- mettre en relation les acteurs des dispositifs de santé et des dispositifs sociaux, afin de permettre la coordination des différents accompagnements (permettant ainsi une prise en charge globale).

Rappel : le cahier des charges des ESMS « santé – précarité »

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Créés expérimentalement en 1994 pour la prise en charge de personnes touchées par le VIH-sida, les ACT sont intégrés au secteur médico-social depuis 2002. Leur cahier des charges est défini par le [décret 2002-1227 du 3 octobre 2002](#) et la [circulaire DGS/DGAS/DSS 2002-551 du 30 octobre 2002](#).

Depuis, ils sont ouverts à toute personne en situation de précarité touchée par une pathologie chronique invalidante (sida, hépatite, cancer, sclérose en plaque,...). Ils proposent un hébergement « pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ».

Cependant, le public des ACT doit se limiter à des situations de santé et de précarité laissant espérer un retour à l'autonomie à court ou moyen terme. En effet, la prise en charge est limitée à 6 mois (renouvelable 2 fois) et doit se conclure par un retour aux dispositifs de droit commun.

Au niveau national, les attributions de places d'ACT sont établies au regard :

- du taux d'équipement en ACT des régions,
- des indicateurs de précarité (nombre de bénéficiaires de minima sociaux),
- du nombre de personnes recensées en affection longue durée VIH, hépatites et diabète.

Formes spécifiques d'ACT

Le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » a pérennisé cette expérimentation sous le statut d'ACT spécifiques définis par l'article D. 312-154-1 du code de l'action sociale et des familles : « Un appartement de coordination thérapeutique » peut avoir pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères :

- 1° D'accéder sans délai à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir ;
- 2° De développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale.

Les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement médico-social adapté, qui est réévalué au moins une fois par an. ».

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

Expérimentés dans le dispositif « Accueil, Hébergement, Insertion » sous la forme de « lits infirmiers » implantés en centre d'hébergement (notamment à Rouen dès 1996), les LHSS ont été reconnus comme établissements médico-sociaux en 2005. Leur cahier des charges a été actualisé par le [Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » \(LHSS\) et « lits d'accueil médicalisés » \(LAM\)](#).

Les Lits halte soins santé ne sont pas dédiés à une pathologie donnée. Ils « accueillent des personnes sans domicile fixe dont la pathologie ou l'état général, somatique et/ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Les personnes accueillies ne peuvent être prises en charge dans d'autres structures ».

Ils répondent donc aux besoins de santé du public du dispositif « A.H.I. » avec lequel ils doivent être en complète synergie.

La durée prévisionnelle de séjour ne peut excéder deux mois mais est conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie.

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

Les LAM ont été créés par la loi de financement de la sécurité sociale de 2013 qui a pérennisé ces structures expérimentales. Leur cahier des charges est défini par le [Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » \(LHSS\) et « lits d'accueil médicalisés » \(LAM\)](#)

Les lits d'accueil médicalisés accueillent, 24H/24 et 365 jours par an, des personnes sans domicile fixe quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Ils répondent à un besoin non pourvu pour une population d'âge moyen (53 ans en moyenne) très désocialisée, sans domicile fixe, avec des parcours de vie chaotique, en errance, seuls et présentant souvent des troubles psychologiques ou psychiatriques et atteints de pathologies lourdes (cancers, insuffisances respiratoires et/ou cardiaques sévères, ...) associées ou non à une perte d'autonomie

(53 % sont dépendants) liée à des séquelles d'accidents (traumatiques, AVC...) ou à un syndrome dégénératif, auxquels s'ajoutent de nombreuses comorbidités.

Les raisons entravant l'accès de ce public aux structures de droit commun sont les suivantes : pas de codes sociaux partagés, peu d'adhésion au suivi médical et social, peu d'étayage familial ou social. Or l'institution rencontre des difficultés à prendre en charge des patients peu observants, souvent rebelles, ayant leur propre code de vie et présentant de multiples pathologies demandant l'intervention de différents acteurs sanitaires et sociaux.

Au niveau national, les attributions de places d'LHSS et des LAM sont établies au regard de¹ :

- la remontée des besoins des ARS ;
- la faisabilité et la temporalité des projets (nature des projets, extension ou création...) ;
- la compatibilité avec les contraintes de seuil et de plafond pour créer des LHSS et des LAM ;
- une répartition équilibrée sur tout le territoire national au regard du nombre d'habitants et du taux de pauvreté de la région.

Etat de l'équipement de la région Normandie au 31 décembre 2016

La région Normandie ne bénéficie d'aucune place concernant :

- les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) ; la création d'une structure de 15 places est cependant prévue à Rouen en 2017 ;
- d'ACT spécifiques « Un chez-soi d'abord ».

Concernant le dispositif ACT, 69 places sont installées

- 24 dans le Calvados (Caen), soit 35% des capacités régionales ;
- 15 places dans l'Eure (Evreux, Louviers, Vernon) soit 22% des capacités régionales ;
- 30 places en Seine-Maritime (Rouen, Le Havre, Dieppe, Elbeuf), soit 43% des capacités régionales.
- aucune place dans la Manche et dans l'Orne.

L'installation de 12 places supplémentaires est prévue en 2017 : 6 dans l'Orne et 6 dans le Manche.

Concernant le dispositif LHSS, 71 places sont installées :

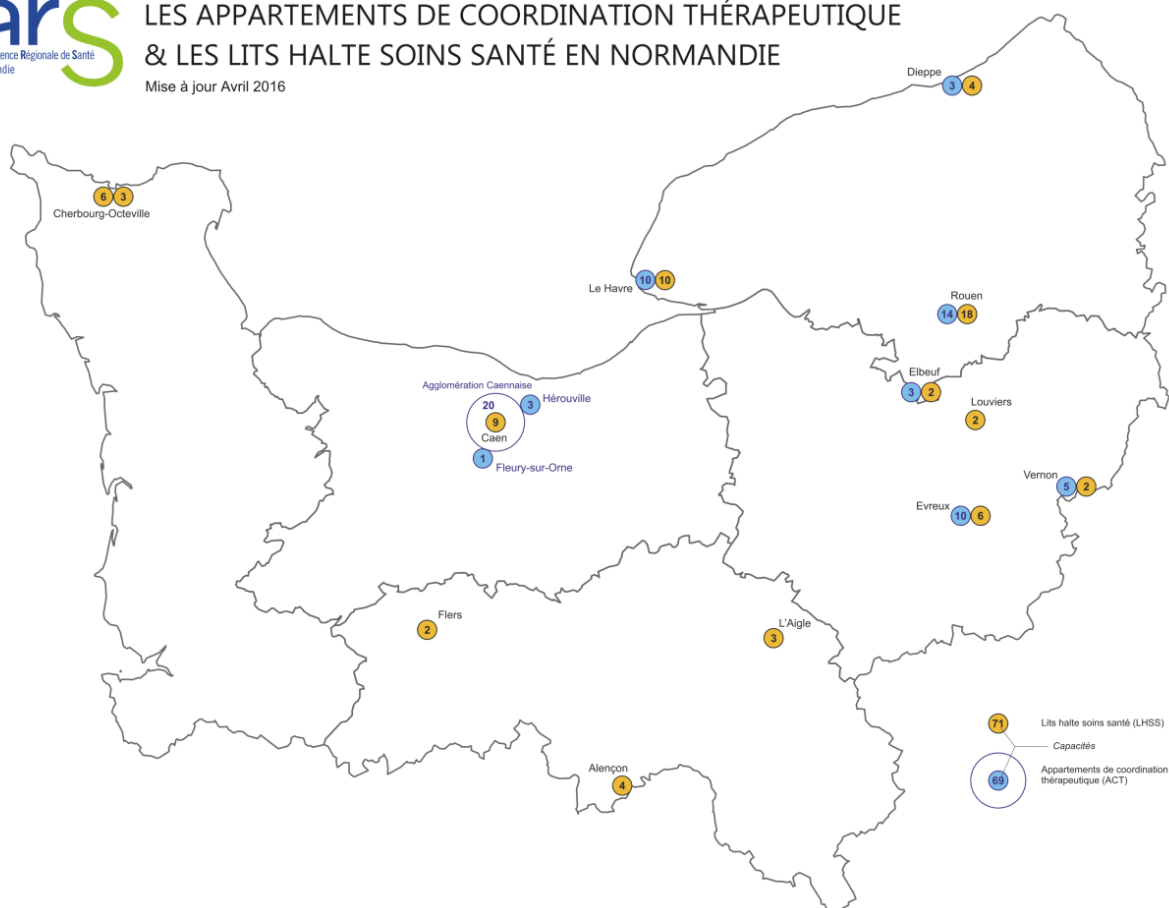
- 9 dans le Calvados (Caen)
- 10 dans l'Eure (Evreux, Louviers)
- 9 dans la Manche (Cherbourg-en-Cotentin)
- 9 dans l'Orne (Alençon, L'Aigle, Flers)
- 34 en Seine-Maritime (Rouen, Gremouville, Dieppe, Le Havre, Elbeuf)

2016	Calvados		Eure		Manche		Orne		Seine-Maritime	
ACT	24	35%	15	22%	0	0%	0	0%	30	43%
LHSS	9	13%	10	14%	9	13%	9	13%	34	47%

¹ Circulaire budgétaire 2016

LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE & LES LITS HALTE SOINS SANTÉ EN NORMANDIE

Mise à jour Avril 2016



1. Proposition de critère de réflexion pour guider l'allocation de ressource

1.1. Le maillage du territoire :

Les dispositifs pour personnes en situation de précarité doivent, au regard du public cible, être installés avec un souci de proximité :

- accessibilité du dispositif,
- fragilité des publics ciblés : nécessité de ne pas accroître leurs fragilités en les éloignant de leur milieu de vie (et de leurs ressources sociales notamment) ;
- inscription dans partenariat local et parcours de vie et de santé.

Outre ce critère de proximité, le maillage du territoire doit répondre au souci de répondre aux besoins les plus importants (efficience) :

- au regard de l'importance des populations couvertes par une implantation ;
- au regard de l'intensité, sur un territoire, des problématiques ciblées par le dispositif (précarité économique et sociale, problématiques de santé).

1.2. La viabilité des implantations et la pertinence des projets

Les implantations doivent respecter les conditions de viabilité dans le financement et le fonctionnement. Cela se traduit notamment par la vigilance portée :

- au seuil minimal de viabilité des structures (ex. 6 places pour une structure ACT, 3 par dérogation si la structure est adossée à un autre dispositif) ;
- à la compétence des opérateurs.

Outre cette question de viabilité, c'est aussi la pertinence des projets qui doit être interrogée, notamment au regard de la synergie avec d'autres dispositifs (santé/social) dans le cadre de la structuration du parcours de vie et de santé des personnes précaires (LHSS, CSAPA avec hébergement...).

Au regard de ces critères, la stratégie régionale d'implantation des établissements médico-sociaux « santé / précarité » de l'ONDAM « personnes en difficultés spécifiques se fonde principalement sur :

- des implantations prioritaires au sein des principales agglomérations et des bassins de population importants ;
- puis un maillage progressif guidé par la couverture des zones géographiques éloignées de l'offre existante.

Ces critères de réflexion doivent être discutés au regard des indicateurs disponibles, dont certains sont présentés ci-après.

2. Les données populationnelles de cadrage

Il s'agit des données permettant de définir les principaux équilibres à respecter dans la définition d'un schéma cible de répartition de l'offre en région :

- démographie des territoires ;
- vulnérabilité des territoires au regard des problématiques visées par le dispositif : précarité et santé.

2.1. La population

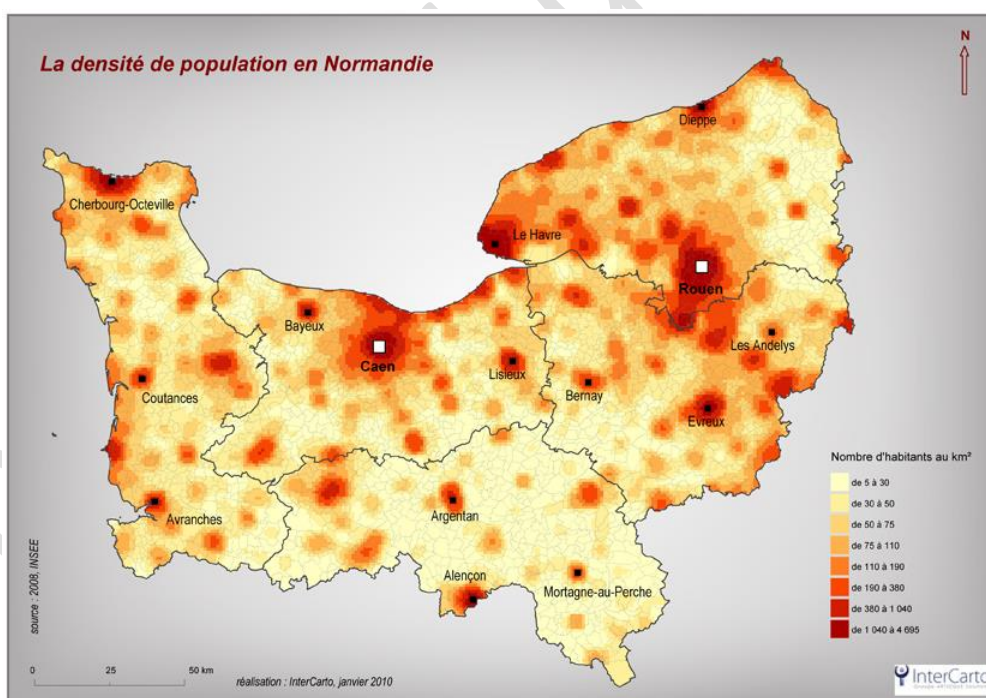
Les ACT constituent un dispositif couvrant un public très large, tant du point de vue de la diversité des formes de précarité que des problématiques de santé rencontrées (des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical).

Ils concernent donc, sous diverses formes, un public cible présent sur l'ensemble du territoire normand. Et il est impossible de les identifier à un seul profil (comme c'était le cas à l'origine avec le VIH) qui permettrait une cartographie précise du public potentiel des ACT.

Il convient donc de prendre en compte les données propres à la démographie générale pour prévenir une distorsion majeure de l'offre :

- équilibres entre départements (et entre territoires de proximité) ;
- couverture prioritaire des principaux bassins de population ;
- vigilance sur les dynamiques démographiques (augmentation de la population dans l'Eure) ;
- vigilance sur l'éloignement géographique de la population par rapport à l'offre existante.

2014	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime
Population	691 670	598 347	499 960	287 750	1 257 920
%	20%	18%	15%	9%	38%



Principaux EPCI selon l'importance de leur population

CA Rouen - Elbeuf - Austreberthe (C.R.E.A.)	477 680	CA Seine Eure	60 798
CA Havraise (CO.D.A.H.)	260 189	CA de la Région Dieppoise	52 917
CA Caen la mer	222 487	CA des Portes de l'Eure	52 271
CU de Cherbourg	92 045	CU d'Alençon	50 204
CA Grand Evreux Agglomération	76 434	CC LINTERCOM Lisieux-Pays d'Auge-Normandie	39 678
CC Caux Vallée de Seine	65 777	CC d'Avranches-Mont-St-Michel	39 662
CA Saint-Lo Agglo	63 903	CA du Pays de Flers	38 273

Population des territoires de proximité

Territoire de proximité	Population	% de la population régionale
ROUEN	512 934	16,4%
CAENNAIS	398 070	12,7%
LE HAVRE	273 153	8,7%
CHERBOURGEOIS	174 596	5,6%
ELBEUF-LOUVIERS	151 332	4,8%
EVREUX	136 306	4,4%
DIEPPE	118 342	3,8%
FLERIEN	101 864	3,3%
BOLBEC-LILLEBONNE	76 126	2,4%
SAINT-LOIS	72 267	2,3%
LEXOVIEN	70 128	2,2%
ALENÇONNAIS	67 244	2,1%
AVRANCHINAIS	64 650	2,1%
FECAMP	61 722	2,0%
VERNON	59 375	1,9%
BERNAY	57 869	1,8%
COUTANÇAIS	54 335	1,7%
ARGENTANAIS	51 997	1,7%
YVETOT	48 987	1,6%
VIROIS	48 220	1,5%
MORTAGNAIS	47 598	1,5%
BAJOCASSE	47 530	1,5%
DEAUVILLAIS	47 441	1,5%
PONT-AUDEMER	42 447	1,4%
VERNEUIL	40 872	1,3%
NEUFCHATEL	39 796	1,3%
GRANVILLAIS	36 905	1,2%
EU	35 957	1,1%
L.A.-GAILLON	34 281	1,1%
CARENTANNAIS	31 923	1,0%
AIGLON	28 034	0,9%
GISORS	24 274	0,8%
GOURNAY	23 474	0,8%
LESSAY	20 027	0,6%
SAINT-HILARIEN	15 654	0,5%
MORTAINAIS	12 835	0,4%

2.2. La vulnérabilité au regard des maladies chroniques

Si ces indicateurs peuvent intéresser l'ensemble des établissements « santé – précarité », ils sont incontournables dans la réflexion sur les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Originellement créés pour les personnes atteintes par le VIH, les ACT sont depuis 2002 dédiés à l'accueil de personnes touchées par une maladie chronique. Si l'ensemble des maladies chroniques est concernée, le niveau national prend en compte spécifiquement dans son calcul 3 catégories :

- ALD 6 : Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- ALD 7 : Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)
- ALD 8 : Diabète de type 1 et diabète de type 2

Code ALD	Libellé de l'ALD	NORMANDIE	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-M
Effectifs des personnes prises en charge pour affection de longue durée pour chacune des 30 affections selon le département, pour le régime général en 2015 (effectifs arrondis à la dizaine)							
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	7 920	1 550	1 390	980	550	3 450
			20%	18%	12%	7%	44%
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)	3 260	640	690	340	180	1 410
			20%	21%	10%	6%	43%
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	123 840	23 210	22 410	14 820	10 470	52 930
			19%	18%	12%	8%	43%
Taux standardisé de chacune des 30 affections de longue durée pour 100 000 personnes protégées du régime général dans chaque département, en 2015							
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	1 817	1 797	1 807	1 843	1 784	1 853
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)	254	256	263	236	216	301
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	105	109	130	87	76	124

La diversité des pathologies des usagers des ACT et leur inscription dans des politiques spécifiques (plan cancer², politique relative au handicap³, à la santé mentale...) permettent d'envisager la prise en compte d'autres critères que ces 3 ALD, notamment pour identifier des besoins spécifiques à un territoire. Cette réflexion doit être nourrie par les acteurs locaux (institutionnels ou opérateurs).

2.3. La vulnérabilité au regard de la précarité économique

Les données démographiques

- Les disparités régionales : plus de pauvreté et d'inégalités dans les grands pôles urbains.

Le niveau de vie médian est plus élevé autour des grandes villes (Rouen, Le Havre, Caen, Evreux, Cherbourg) et sur l'axe de la vallée de la Seine. (...) Le niveau de vie est plus faible dans les villes-centres des grandes aires urbaines, ainsi que dans les communes plus éloignées de ces grandes aires dans la Manche, l'Orne, au sud-ouest de l'Eure et au nord-est de la Seine-Maritime. C'est donc dans ces mêmes territoires que le taux de pauvreté est plus élevé.

Les inégalités de niveau de vie sont plus marquées dans les grands pôles urbains. Le revenu des 20% de personnes les plus riches y est en moyenne 4.3 fois plus élevé que celui des 20% les plus pauvres.

- Pauvreté monétaire : 13.4% des Normands vivent sous le seuil de pauvreté.

En 2012, 13.4% de la population normande, soit 330 000 personnes, vit sous le seuil de pauvreté. Leur niveau de vie (leur revenu disponible par unité de consommation) est donc inférieur à 990 euros mensuels.

² action n°7.12 « Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile ».

³ Feuille de route de la Conférence interministérielle du handicap publiée le 2 décembre 2016.

Ce taux de pauvreté, moins élevé qu'en moyenne en province (14.1%), place la Normandie au 7ème rang des régions métropolitaines. L'Orne est le département normand le plus touché par la pauvreté (15.4%) suivi par la Seine-Maritime (14%). Les trois autres départements sont touchés plus modérément avec un taux de pauvreté inférieur à 13%. Comme en France métropolitaine, les populations les plus fragiles sont les jeunes, les ménages nombreux et surtout les familles monoparentales. Ces dernières sont particulièrement touchées en Normandie avec près d'un tiers de personnes pauvres en leur sein.

Données INSEE / ARS Normandie Mise à jour: 2012	France	Normandie	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime
Allocataires dépendant de 50 % à 100 % des prestations	31,3	30,0	27,8	27,6	26,3	30,4	33,4
Allocataires de l'AAH âgés de 20-59 ans	2,7	3,1	2,6	3,0	3,9	3	3,2
Allocataires ayant droit à une allocation logement	22,8	23,5	24,8	18,9	21,1	22,2	26,2
Allocataires du RSA majoré	11,9	14,0	12,1	12,8	12,8	14	15,8
Allocataires du RSA socle	5,8	5,6	4,9	5,3	3,5	5,4	7,1
Foyers fiscaux non imposés sur le revenu	47,3	49,1	48,7	46,7	52,7	53,8	48,0

Le dimensionnement du dispositif A.H.I.

Pour les dispositifs LHSS et LAM, il s'agit d'un indicateur prioritaire. En effet, ces dispositifs sont pensés de manière intégrée au dispositif Accueil, Hébergement, Insertion (AHI) : ils doivent répondre aux besoins de santé des personnes accueillies en centres d'hébergement et compenser les obstacles à l'accès à la santé créés par l'absence de logement.

Le dimensionnement du dispositif AHI constitue donc un indicateur en tant que tel :

- il objective la présence du public cible et donc l'ampleur des besoins sur un territoire ;
- il répond à l'exigence d'insérer les dispositifs spécifiques (LHSS, LAM, ACT...) dans une filière territorialisée de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité associant acteurs du social et de la santé.

CHRS, Capacités installées Source : FINESS (requête janvier 2017)	Places CHRS	% de l'offre régionale CHRS
Calvados	278 places	11.9%
- Dont Caen – Bessin – Falaise	- 256	- 11%
- Dont Pays d'Auge	- 22	- 0.9%
Eure	424 places	18.2%
- Dont Seine et Plateaux (Louviers)	- 110	- 4.7%
- Dont Eure Seine (Evreux – Vernon - Bernay)	- 314	- 13.5%
Manche	144 places	6.2%
- Dont Cotentin	- 93	- 4%
- Dont Coutances Saint Lô	- 51	- 2.2%
Orne	120 places	5.2%
- Dont Alençon Argentan Perche	- 102	- 4.4%
- Dont Bocage (Flers)	- 18	- 0.8%
Seine-Maritime	1361 places	58.5%
- Dont Estuaire (Le Havre – Bolbec)	- 350	- 15%
- Dont Seine maritime (Dieppe – Gremontville)	- 106	- 4.5%
- Dont Seine et plateaux (Rouen, Sotteville, Elbeuf)	- 905	- 39%
Total	2327 places	100%

L'indicateur présenté repose sur les capacités installées en place de Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).

Ce critère peut être discuté :

- Faut-il le restreindre aux capacités installées en structure d'hébergement collectif (en considérant que les places de CHRS installées en « diffus » permettent l'accès aux dispositifs de santé de droit commun comme pour une personne disposant d'un logement) ?
- Faut-il, à l'inverse, prendre en compte d'autres dispositifs d'hébergement ou de logement adapté (maisons relais, résidences accueils, résidences sociales –dont les anciens foyers de travailleurs migrants-, etc...) ?
- Faut-il prendre en compte les dispositifs d'hébergement pour demandeurs d'asile ?

3. La détermination d'indicateurs d'équilibre territorial

Au regard des données exposées précédemment, il est proposé de retenir une cible permettant de viser une répartition équilibrée des places. Cette cible ne doit cependant pas servir de clef de répartition automatique mais doit être prise en compte aux côtés d'autres éléments incontournables pour la pertinence de l'allocation de ressource.

3.1. ACT

Au regard des données relatives à la population des territoires et à leur vulnérabilité face à la précarité et aux maladies chroniques, il est proposé la cible de répartition suivantes :

Calvados :	20%	Orne :	10%
Eure :	18%	Seine-Maritime :	40%
Manche :	12%		

Cette cible permet de définir un schéma théorique d'évolution des capacités départementales en places d'ACT, avec pour premier objectif le rééquilibrage de l'offre régionale.

Il ne s'agit pas d'un objectif impératif mais d'un repère pour guider la structuration progressive de l'offre d'ACT en région qui doit intégrer les différents critères présentés au premier chapitre (p.5).

	Capacités au 31/12/2016		Au 30/06/2017		Cible du plan d'équilibre	
Calvados	24	35%	24	29.52%	24	20%
Eure	15	22%	15	18,45%	22	18%
Manche	0	0	6	7,38%	14	12%
Orne	0	0	6	7.38%	12	10%
Seine-Maritime	30	43%	30	36,90%	48	40%
Total	69		81		120	100%

Ce travail pourra être affiné à une échelle d'analyse au niveau infra départementale.

3.2. LHSS

Au regard de l'intégration des LHSS dans le dispositif A.H.I., il est proposé de définir un ratio d'équilibre territorial prenant en compte le nombre de places de LHSS au regard du nombre de places de CHRS.

Au 31 décembre 2016, ce ratio s'établit, pour la région, à hauteur de 1 place de LHSS pour 33 places de CHRS.

	Places CHRS	Places LHSS	Ratio LHSS/CHRS
Calvados	278	9	1/31
Eure	424	10	1/42
Manche	144	9	1/16
Orne	120	9	1/13
Seine-Maritime	1361	34	1/40
Total	2327	71	1/33

Ce ratio n'est qu'un repère pour guider la structuration progressive de l'offre de LHSS en région qui doit intégrer les différents critères présentés au début de ce document (p.5).

3.3. LAM

Il n'existe pas encore d'offre installée de LAM en région, ce qui rend impossible une réflexion au regard des moyennes d'équipement par territoire.

Il est proposé de discuter la priorisation des installations potentielles en fonction du dimensionnement du dispositif AHI, notamment au regard du nombre de places de CHRS.

Conclusion

Pour chaque dispositif, il est donc nécessaire d'arbitrer entre :

- La couverture des territoires avec la demande la plus forte ;
- Ne pas oublier les zones géographiques avec une demande plus faible en volume mais des enjeux forts d'accessibilité à cause de l'éloignement géographique par rapport aux principaux centres urbains où est concentrée l'offre.

De ce fait, il faut donc conduire une réflexion sur :

- la structuration, pour les territoires avec une demande plus faible mais un fort éloignement géographique, des pôles santé/précarité (notamment LHSS/ACT) permettant la mise en synergie et la viabilité de dispositifs disposant chacun d'un faible nombre de places ;
- l'adaptation des schémas d'implantation théorique (au regard des cibles théorique d'équilibre territorial) au regard des autres critères présentés au début de ce document (p. 5) :
 - o impératif de proximité ;
 - o critères de viabilité (organisationnelle et économique) des structures ;
 - o pertinence des projets au regard de l'intégration dans un partenariat local au service de la structuration du parcours de vie et de santé des personnes en situation de précarité.