

Rapport d'activité 2025

Pôle Développement Social

SESAME

LHSS - Hœnheim

17 route de La Wantzenau
67 800 HOENHEIM
03.68.67.01.65

-
1. EDITORIAL
 2. MISSIONS ET PRESTATIONS DELIVRÉES
 3. FAITS MARQUANTS DE L'ANNÉE
 4. DÉMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA PRESTATION
 5. RESSOURCES HUMAINES (31/12/2025)
 6. CONCLUSION

1. EDITORIAL

Les Lits Halte Soins Santé ont une capacité d'accueil de 29 lits. Les séjours sont au minimum de 2 mois et peuvent s'étaler sur plusieurs mois voire années, en fonction de la nécessité de soins. Les LHSS existent depuis 2021.

L'année 2025 a été marquée par un travail important fait sur la qualité afin de préparer au mieux l'évaluation de la HAS. Le projet de service a été revu intégrant un plan d'action en 5 points (amélioration accueil et cadre de vie, renforcement de l'accès aux droits, consolidation du processus d'admission, renforcement de la participation des bénéficiaires, inscription des bénéficiaires dans la vie de la cité). L'évaluation HAS a validé la qualité de la prise en charge (13 critères impératifs sur 17 parfaitement remplis), mais a néanmoins permis d'identifier des axes à améliorer dans la prise en charge (droit à l'image, circuit du médicament notamment).

2. MISSIONS ET PRESTATIONS DELIVRÉES

2.1 L'activité

	2023	2024	2025
Agrément	23+6	29	29
Capacité financée	23+6	29	29
Journées théoriques	8 549	10 614	10 585
Journées prévisionnelles	8 549	10 614	10 585
Journées réalisées	9 056	9 000	9 997
Ecart jours réalisés/prévisionnelles	507	-1 614	-588
Taux d'occupation	95,3%	84,8%	94,4%
Nombre de bénéficiaires suivis dans l'année	38	48	52

2.1 LES ENTRÉES

Les orientations vers les lits halte soins santé reposent sur un besoin en soins, avec un diagnostic médical et une évaluation sociale. Les orientations proviennent majoritairement des hôpitaux, de l'ARS mais également de nos partenaires.

En 2025, nous avons réceptionné et étudié 99 demandes de prise en charge et avons pu accueillir 25 nouvelles personnes.

Les principaux motifs de refus de notre part sont : le manque de place et des demandes en inadéquation entre l'état de santé et les moyens de prise en charge de la structure.

ADMISSIONS - PROVENANCE	NOMBRE	%
Hôpital universitaire de Strasbourg	11	44%
ARS – Commission cas complexes	7	28%
AURAL	2	8%
Centre hospitalier de Haguenau	2	8%
ITHAQUE	1	4%
Horizon amitié RSA	2	8%
TOTAL ADMISSIONS	25	100%

2.2 LES SORTIES

Le service des LHSS accueillent et hébergent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative.

Les contrats de séjour en LHSS sont de deux mois, ils peuvent être renouvelés en fonction des besoins en soins.

Le travail de réorientation débute dès l'admission en s'appuyant sur le projet personnalisé de la personne.

Nous travaillons en collaboration avec le SIAO lorsque la situation administrative permet une orientation vers l'insertion au logement.

La durée moyenne de séjour en LHSS est de 8 mois. **56% des sorties sont des sorties positives.**

SORTIES - ORIENTATION	NOMBRE	%	MOTIF
Fin de prise en charge	6	24%	Fin des soins , pas de possibilité d'orientation
Logement d'insertion	4	16%	
Départ volontaire	3	12%	
Résiliation du contrat de séjour	2	8%	Faits de violence
Décès	2	8%	
ACT GALA	2	8%	
Pension de famille	1	4%	
SMR (Soins médicaux et de réadaptation)	1	4%	
Centre de rétention	1	4%	
Reprise d'une vie familiale	1	4%	
Aide au retour volontaire	1	4%	
Relogement commission ARS	1	4%	
TOTAL SORTIES	25	100%	

REPARTITION DE L'EFFECTIF PAR AGE ET PAR SEXE

L'âge moyen des résidents est de 54 ans, 1/3 de femmes pour 2/3 d'hommes

Tranche d'âge	Femmes		Hommes		Totaux	
18 - 24 ans	0	0	1	2%	1	2%
25 - 34 ans	0	0	0	0	0	0
35 - 44 ans	0	0	9	17%	9	17%
45 - 54 ans	2	4%	13	25.5%	15	29.5%
55 - 64 ans	7	13,5%	9	17%	16	30.5%
65 ans et +	5	9.5%	6	11.5%	11	21%
TOTAL	14	27%	38	73%	52	100%

3. FAITS MARQUANTS DE L'ANNÉE

3.1 Vie de l'établissement

La vie en LHSS est un équilibre entre : soins, accompagnement social, autonomie, vie collective et cadre sécurisant.

De nombreux accompagnements ont été réalisés durant l'année pour encourager l'autonomisation : démarches extérieures accompagnées puis en autonomie, participation à des activités extérieures, gestion des transports, gestion des RDV médicaux, ou des achats personnels.

Ces sorties ont contribué au renforcement de la confiance en soi, au maintien de la socialisation et à la préparation à une sortie des LHSS dans de meilleures conditions d'autonomie.

3.2 Action de l'établissements dans le domaine de la continuité et fluidité des parcours usagers

Durant l'année 2025, nous avons déployé progressivement l'utilisation du dossier unique informatisé, nous avons également participé à la phase test et au développement du dossier médical sur SILAO.

Nous avons mis en œuvre une procédure à l'admission de nos résidents avec :

- désignation d'un référent social et médical dès l'arrivée
- réalisation d'entretien pluridisciplinaire (médecin, psychologue, infirmier, travailleur social)
- élaboration d'un projet personnalisé d'accompagnement.

Il faut noter que les évaluateurs HAS ont salué le souci porté par l'équipe au public allophone, grâce notamment au recours régulier à de l'interprétariat et à la traduction des documents clés. Ce public représente environ 50% des personnes prises en charge.

3.3 Action de l'établissements sur l'accompagnement à l'autonomie et la santé

- Renforcer l'autonomie de la personne dans la vie quotidienne

Evaluation des capacités individuelles, mise en place d'un projet personnalisé

Apprendre à prendre des RDV

- Développer l'éducation à la santé

Sensibilisation aux thématiques de l'hygiène, alimentation, sommeil, addictions

Travail sur la compréhension des traitements, autonomiser la prise

- Faciliter l'accès aux soins

Aide à l'ouverture et maintien des droits

Orientation vers des professionnels de soins et accompagnement si nécessaire

Mise en place de partenariat (PASS, pharmacie, kinésithérapeute, CSAPA...)

- Soutenir et accompagner la santé mentale et le bien-être

Entretien avec le psychologue à l'admission, orientation vers des partenaires (CMP, PASS psychiatrique)

Proposer des sorties et des activités

3.4 Action de l'établissement dans le domaine de l'innovation

Une stratégie de développement durable a été mise en place, autour de 3 piliers :

1. Pilier Environnemental

Objectif : Réduire l'empreinte écologique de l'établissement et promouvoir des pratiques sobres en ressources.

A. Consolidation des pratiques existantes

- Tri sélectif des déchets et gestion rigoureuse des DASRI avec formation des équipes.
- Remplacement progressif du matériel énergivore (radiateurs, éclairage LED, détecteurs de présence).
- Achats responsables : seconde main, écocup, fournitures éco-labellisées.
- Développement de la végétalisation (coin potager, plantes dépolluantes, espaces verts partagés).
- Réduction accrue des plastiques à usage unique.

B. Axes de développement (2026)

- Suivi et affichage des consommations énergétiques pour sensibiliser résidents et salariés.

2. Pilier Social

Objectif : Favoriser l'inclusion, la santé et l'autonomie des résidents à travers le développement durable.

A. Consolidation des pratiques existantes

- Vestiaire solidaire et recours à la seconde main pour limiter le gaspillage et soutenir les besoins essentiels.
- Sensibilisation continue aux gestes économes en énergie (affichages pédagogiques, messages simples et répétés).

B. Axes de développement (2026)

- Ateliers participatifs : cuisine anti-gaspillage, réparation de vêtements, upcycling de meubles et objets.
- Implication des résidents dans la gestion des projets écologiques (potager, recyclerie interne, décoration durable).
- Promotion de la mobilité douce (sorties collectives à vélo, prêt de vélos récupérés et réparés).
- Éducation à la santé environnementale (air intérieur, hygiène, alimentation durable et santé).

3. Pilier Économique

Objectif : Optimiser les ressources financières de l'établissement et des résidents dans une logique d'économie circulaire et solidaire.

A. Consolidations des pratiques existantes

- Partenariats pour dons de mobilier, matériel et équipements (Carré Médical, Maisons de retraite, ES...)
- Recours systématique aux achats de seconde main pour l'aménagement.

B. Axes de développement (2026)

- Recherche active de financements et appels à projets liés au développement durable (ADEME, fondations, collectivités).
- Mise en place d'un suivi chiffré des économies générées par les actions (énergie, achats responsables).

4. DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA PRESTATION

Etat des lieux des chantiers qualité et description des actions entreprises

4.1 Pilotage de la démarche

Le pilotage de la démarche qualité est réalisée par les membres du comité de direction qui se réunissent de manière hebdomadaire. Les FEI sont passées en revue s'il y en a. Une fois par an, le bilan qualité est présenté aux équipes pour échanges et propositions d'amélioration.

4.2 Déploiement des outils métiers : MS Qualité et SILAO (DUI)

MS qualité a été principalement utilisé par les professionnels pour remonter les FEI.

Quant à SILAO, son déploiement s'est réalisé progressivement en 2024 et 2025. Aujourd'hui, tous les professionnels utilisent quotidiennement cet outil pour le suivi de leurs accompagnements.

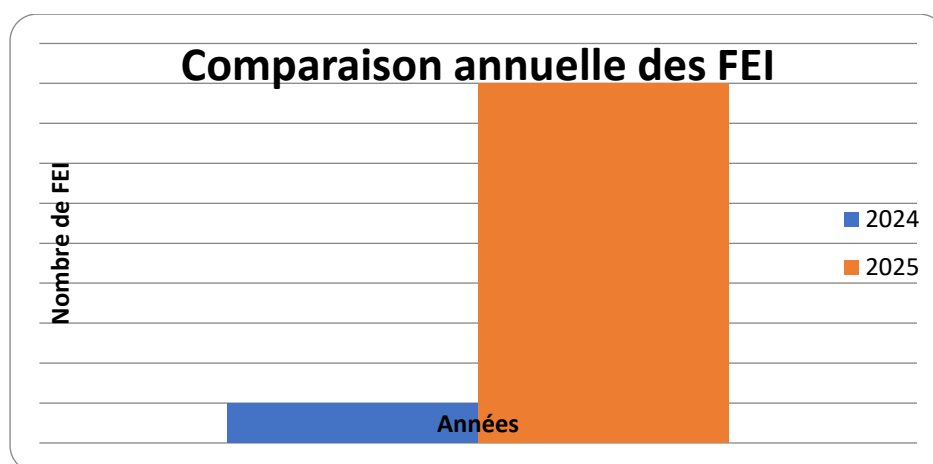
4.3 Bienveillance, éthique et prévention des risques de maltraitance

Une référent bienveillance a été désignée afin de suivre la mise en place de la stratégie de prévention des risques de maltraitance. Cette mission sera approfondie en 2026, avec notamment la finalisation d'une fiche de mission au niveau associatif.

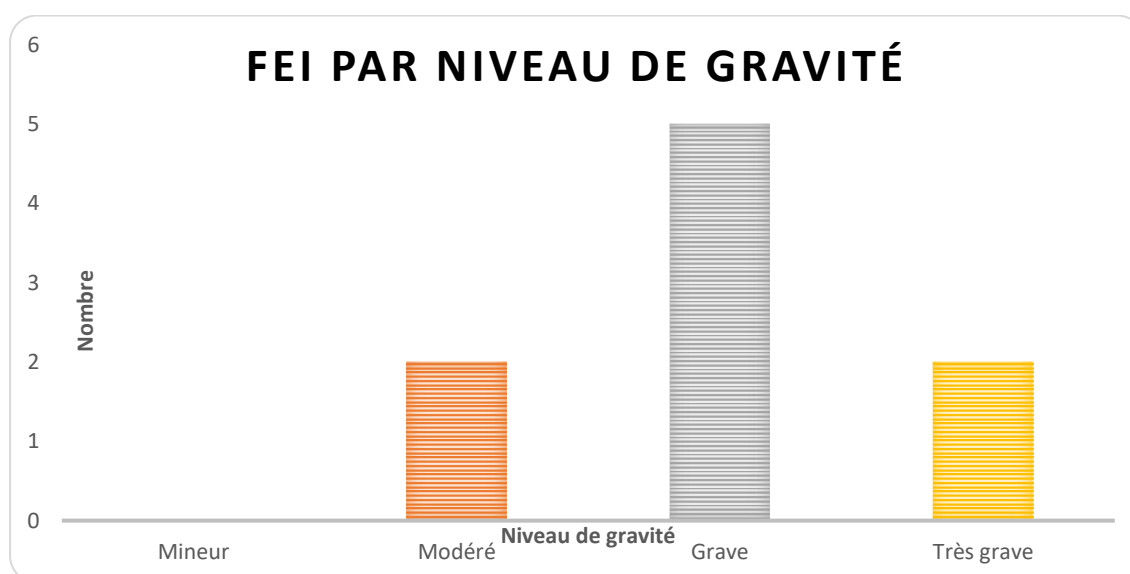
Le PPRM a été construit avec les professionnels en 2025 et sa déclinaison opérationnelle a été illustrée à travers une mise en situation ludique et la diffusion d'une vidéo en FALC sur le sujet.

4.4 Gestion des risques

- **Gestion des événements indésirables.**



On note une augmentation significative du nombre de FEI entre 2024 et 2025 (1 seule déclarée en 2024 contre 9 en 2025). Le travail de sensibilisation à la nécessité de déclarer les EI afin d'améliorer le suivi de la qualité semble avoir porté ses fruits. Il devra se poursuivre en 2026, y compris pour des événements bénins. En 2025 en effet, les événements déclarés sont sérieux à 22%, grave à 55%, très graves à 22%.



Deux faits de maltraitance ont été signalés (très grave) et ont donné lieu à des sanctions contre les auteurs.

- **Gestion des plaintes et réclamations**

Une procédure de gestion des plaintes et des réclamations a été élaborée à l'automne. Elle a pu être présentée aux résidents lors d'une réunion. Nous avons réceptionné 2 plaintes formalisées par écrit. Nous sommes à l'écoute des plaintes de nos résidents qui sont majoritairement des plaintes orales et essayons d'apporter rapidement une réponse.

- **Autre aspects de la gestion des risques**

Le PCA a été actualisé et diffusé à l'ensemble de l'équipe. Le protocole « circuit du médicament » a été actualisé, mais il reste à déployer au sein du service, conformément aux recommandations de la HAS.

4.5 Formalisation des documents socles de la structure

L'année 2025 a été marquée en septembre par une évaluation HAS. Durant le premier semestre, l'équipe a bénéficié d'un accompagnement à l'évaluation HAS. Nous avons pu revoir, créer et mettre à jour les documents socles de la structure, à savoir :

- Projet de service ;
- PPRM ;
- PCA ;
- Procédures d'admission ;
- Procédures décès ;
- Circuit du médicament.

4.6 Mise en œuvre du plan d'action suite à l'évaluation HAS

Suite à l'évaluation, nous avons mis en œuvre un plan d'actions concernant 5 points impératifs :

- le droit à l'image de la personne accompagnée : les documents ont été revus au niveau associatif et mis en œuvre dès le mois de janvier dans notre structure

- La garantie de confidentialité et la protection des informations et données relatives à la personne accompagnée : un travail de sensibilisation interne a été initié. Mise en place d'un référent RGPD au sein de l'association.

- La sécurisation du circuit du médicament : Mise en place d'actions de formation concernant le circuit du médicament. Suivi de l'utilisation des outils de sécurisation mis en place. Développement et mise en place d'un outil informatique.

- Le plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence : ateliers de réévaluation prévus au courant de l'année 2026

- Le plan de gestion de crise et de continuité de l'activité : ateliers de réévaluation prévus au courant de l'année 2026 devant permettre la réactualisation

4.7 Autres aspects liés à la qualité d'accompagnement

Nous avons fait le constat qu'il était important de pouvoir remettre en mouvement nos résidents. Nous avons inscrit un professionnel dans une formation activité physique adaptée. L'objectif étant de renforcer l'autonomie, développer l'estime de soi et de travailler la coordination au travers d'une activité physique.

Par ailleurs, nous cherchons continuellement à développer nos partenariats afin de proposer une prise en charge globale. Nous avons pu rencontrer des psychiatres et cadres de l'ESPAN, l'objectif étant de finaliser une convention de partenariat.

5. RESSOURCES HUMAINES AU 31/12/2025

Répartition personnel par catégorie (en équivalent temps plein)

TOTAL	Encadrement	Administratif	Educatif	Para médical	Médical	Services Généraux
13.32	1.25	0.30	5.68	0.42	5.26	0.41

6. CONCLUSION

L'année 2025 a été marquée par l'évaluation HAS et la refonte du projet de service qui ont permis de définir un plan d'amélioration de la prise en charge pour les années futures. Des actions concrètes ont d'ores et déjà été mises en place en 2025 (évolution du formulaire de droit à l'image, ...) et devront se poursuivre en 2026.