Actualités
Neurologie & Handicap
Île de France

Les Parcours de Santé des personnes en situation de précarité
Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

3 Novembre 2026

Cécile Clarissou, Médecin Référente Association Aurore

LHSS

Lits halte soins santé

GÉNÉRALISTE

Avec hébergement

Les lits halte soins santé (LHSS) sont des structures médico-sociales qui offrent une prise en charge temporaire aux personnes sans domicile fixe ayant des problèmes de santé ne nécessitant pas une hospitalisation, afin d'éviter une aggravation de leur état de santé, en leur offrant un environnement stable pour leur convalescence.

Mots-clés / Spécificités

Médicosocial – Hébergement médicalisé de courte durée (2 mois renouvelables) – Soins – Accompagnement social – Accueil quelle que soit la situation administrative de personnes majeures isolées

SPÉCIFICITÉS DU DISPOSITIF

Structure de rattachement

ESMS autonome – Des adossements sont possibles (CHRS, LAM….).

Financement

Dotation globale sur l'ONDAM médico-social spécifique

Composition des équipes

Equipe socle

- médecins
- infirmiers
- travailleurs sociaux
- personnels d'hébergement et d'entretien

Professionnels selon structures

aides-soignants, auxiliaires de vie sociale

Publics visés

Personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

Textes de références *Articles L312-1-9°, D312-176-1 et D312-176-2 du CASF*

PARCOURS

Modalités de prise en charge et d'intervention

Les LHSS dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés. Ils mettent en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies, et élaborent avec la personne un projet de sortie individuel.
La durée prévisionnelle du séjour est au maximum de deux mois. Cette durée est renouvelable autant de fois que de besoins, en fonction de l'état sanitaire de la personne.
L'accueil est assuré en chambres individuelles (par dérogation, 3 lits par chambre maximum). Les LHSS sont ouverts 24h/24, tous les jours de l'année.

Admission

Orientation par un professionnel de santé, y compris SIAO s'il dispose d'au moins un professionnel de santé. L'admission est prononcée, sur demande de la personne, par le directeur de la structure, après avis favorable du médecin responsable.
Les personnes sont orientées principalement par les services hospitaliers, par les centres médico-sociaux de suite, ou le dispositif de veille sociale.

Sortie

Sortie soumise à avis médical, pris en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire qui s'assure, dans la mesure du possible, d'une continuité de prise en charge après la sortie.

Revenir au sommaire ↩

GÉNÉRALISTE

Avec hébergement

ACT

Appartements de coordination thérapeutique

Les ACT sont des structures d'hébergement temporaire qui accompagnent des personnes souffrant d'une maladie chronique et en situation de vulnérabilité psychologique et/ou sociale.

Mots-clés / Spécificités

Médicosocial – Hébergement - Coordination des soins – Accompagnement global –Accueil quelle que soit la situation administrative Accompagnement moyen / long terme, Pathologies chroniques sévères, Possibilité d'accueil d'accompagnants (majeurs ou mineurs), Activités et ateliers collectifs parallèlement aux interventions individuelles

SPÉCIFICITÉS DU DISPOSITIF

Structure de rattachement

Structure autonome ou rattachée à un CCAS ou à un hôpital

Financement

Dotation globale sur l'ONDAM médico-social spécifique

Composition des équipes

Equipe socle

- médecin coordinateur
- infirmiers
- travailleurs sociaux
- psychologues
- intervenants à domicile

Professionnels selon structures

Kinésithérapeute, diététicien, aide-soignant, art-thérapeute, équithérapeute, canithérapeute, auxiliaire de vie sociale, aide médico-psychologique, maître de maison, médiateur en santé, pair-aidant, conseiller conjugal et familial, chargé de mission logement, conseiller emploi-insertion, enseignant en activités physiques adaptées, animateur

Publics visés

Personnes atteintes de pathologies chroniques sévères et en situation de vulnérabilité psychologique et/ou sociale.
Certains ACT prennent en charge des mineurs atteints d'une pathologie chronique sévère, accompagnés d'au moins un de leurs parents.

Textes de références

- *Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique.*
- *Circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique.*
- *Décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés» et « appartements de coordination thérapeutique ».*

PARCOURS

Modalités de prise en charge et d'intervention

Structures d'hébergement temporaire (moyen/long terme) visant à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.
Les ACT fonctionnent sans interruption et offrent la possibilité d'accueil d'accompagnants (majeurs ou mineurs). L'accueil est assuré en logements individuels, en diffus, collectif ou semi-collectif.

Admission

Les dossiers de candidature (comprenant un dossier médical et un dossier social) doivent être transmis à la direction de l'ACT (sauf dans le 93 et les 94-75 qui ont mis en place un guichet unique pour ce dispositif)
Les dossiers peuvent émaner de services sociaux (hospitaliers ou autres), d'un établissement ou un service médico-social ou social, d'un SPIP, d'une USMP, d'associations mais aussi être issus de l'initiative de la personne, de ses proches ou de son médecin traitant.

Sortie

Hors les situations de fin de prise en charge pour cause de décès, rupture à l'initiative de l'usager ou exclusion de ce dernier par décision de la direction de l'ACT, la sortie du dispositif s'effectue quand le projet du résident a abouti : santé stabilisée et traitée de façon adaptée tant par l'usager que par les professionnels de santé, logement (usager détenant un bail ou admis dans un dispositif social d'hébergement), droits ouverts, ressources financières (emploi, AAH...)

Revenir au sommaire ↩

GÉNÉRALISTE

Avec hébergement

LAM

Lits d'accueil médicalisés

Les lits d'accueil médicalisés (LAM) sont des structures médicosociales destinées à accueillir et soigner des personnes sans domicile fixe atteintes de pathologies chroniques graves. L'objectif est de fournir un environnement stable pour permettre un suivi médical continu et une éducation thérapeutique adaptée.

Mots-clés / Spécificités

Médicosocial – Durée du séjour non limitée – Soins – Accompagnement social – Accueil quelle que soit la situation administrative de personnes majeures isolées

SPÉCIFICITÉS DU DISPOSITIF

Structure de rattachement

ESMS autonome - Des adossements sont possibles (CHRS, LHSS…).

Financement

Dotation globale sur l'ONDAM médico-social spécifique. Cette dotation couvre l'accueil, l'hébergement, la restauration, le suivi social, l'accompagnement à la vie quotidienne, l'animation et les soins des personnes accueillies.

Composition des équipes

Equipe socle

- médecins
- infirmiers (présents 24h/24)
- travailleurs sociaux
- aides-soignants ou auxiliaires de vie
- personnels d'hébergement et d'entretien

Professionnels selon structures

Publics visés

Personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais étant incompatibles avec la vie à la rue,

Textes de références *Articles L312-1-9°, D312-176-3 et D312-176-4 du CASF*

PARCOURS

Modalités de prise en charge et d'intervention

Les LAM dispensent aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, et participent à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies. Elles proposent une aide à la vie quotidienne adaptée, et mettent en place un accompagnement social personnalisé.
La durée du séjour n'est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.
Les LAM sont ouverts tous les jours de l'année. L'accueil est assuré en chambres individuelles (par dérogation, 2 lits par chambre maximum). Des infirmiers diplômés sont présents 24h/24.

Admission

L'orientation vers les LAM est réalisée par un médecin au regard de la situation sanitaire de la personne et après une évaluation de sa situation sociale par un travailleur social. L'admission est prononcée, sur demande de la personne accueillie, par le directeur de la structure, après avis favorable du médecin responsable.
Les personnes sont orientées principalement par les services hospitaliers, par les centres médico-sociaux de suite, ou le dispositif de veille sociale.

Sortie

Sortie soumise à avis médical, pris en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire qui s'assure, dans la mesure du possible, d'une continuité de prise en charge après la sortie.

Illustration : cas de Mr M

- Parkinson *Maladie de parkinson évolutive depuis 2013 (suivi Pr. G, Neurologie Hopital Pitié-Salpêtrière) avec atteinte posturale sévère et troubles vésico-sphinctériens*
- Trouble postural *Cyphoscoliose et camptocormie sévère (suivi orthopédie, Dr. T, Hôpital Pitié)*
- Vessie neurogène *Neuro-vessie hyperactive traité par injection de toxine botulique et hetero-sondages (suivi Neuro-Uro, Hopital Tenon)*
- Diabète de type 2
- Canal lombaire étroit
  Lombalgie-radiculalgie chronique sur hernie discale et discopathie dégénérative (infiltration rachidienne x 3)
- Gonarthrose très évoluée

Patient d'origine congolaise, en France depuis 2010

RESUME CLINIQUE - HISTOIRE DE LA MALADIE

Pour mémoire :
Maladie de Parkinson depuis 2014 ayant débuté par un trouble de la marche puis un syndrome akinéto-rigide prédominant à gauche, associé dès le début à des troubles vésico-sphinctériens faisant évoquer rapidement le diagnostic alternatif d'atrophie multisystématisée (AMS). Traité initialement par Azilect et Requip puis Sinemet et Modopar LP.

Finalement, diagnostic d'AMS écarté au cours du suivi devant absence d'autres atypie cliniques et :
- une dopasensibilité à 50 % avec un UPDRS III passant de 52 en OFF à 26 en ON.
- IRM cérébrale (2021) : Atrophie corticale importante non localisatrice et atrophie vermienne.
- Dat Scanner
  > en 02/2014 : dénervation bilatérales des putamens
  > en 05/ 2015 : hypométabolisme des striata prédominant sur putamen, en faveur d'une dénervation pré synaptique.
- bilan neuro psychologique (03/2021) : Trouble attentionnels et dysexécutifs importants associés à une atteinte visuo spatiale et perceptive. Moca à 18/30 et une Matis à 133/144

L'évolution se fait vers une dégradation progressive de la marche avec troubles posturaux marqués et dyskinésies du cou observées en 2022 par Dr GRABLI, en lien avec les prises de traitement dopaminergiques. Nécessité de marcher avec un déambulateur depuis presque 2 ans et incapacité à faire quelques pas sans déambulateur depuis 6 mois. Chutes à plusieurs reprises (environ 1/mois) d'allure mécanique. Actuellement, n'a plus aucune dyskinésie.

- Sur le plan extra-moteur :

- Pas de trouble thymique.
- Pas d'hallucination.
- Pas de trouble du sommeil.
- Pas de trouble de la déglutition.
- Trouble vésico-sphinctérien avec vessie hyperactive, suivie par Dr PICHON. Le patient a réalisé des auto-sondages pendant des années mais ne les fait plus. Injection de toxine botulique détrusorienne n'ayant pas permis de limiter l'incontinence selon le patient.

- Sur le plan thérapeutique :

Actuellement traité par Sinemet 200 mg x 5/jour, Sinemet 150 mg le soir et Modopar 125 mg LP le soir.
Traitement par stimulation cérébrale profonde récusée en 2021 du fait de l'atteinte cognitive et de l'atteinte posturale.
Traitement par pompe à Apokinon récusée du fait de l'isolement du patient.

Traitement de sortie

Médicaments

Sinemet 100 mg/10mg : 2 cp à 9h-12h-15h-18h
Sinemet 100/10 mg cp : 1.5 cp à 21h
Modopar 125 mg LP : 1 cp au coucher
Mélatonine 2 mg Lp : 1 cp le soir
Céris 20 mg cp : 1 cp matin
Toviaz 4 mg LP : 2 cp matin
Metformine 850 mg cp : 1 cp matin et soir
Silodosine 8 mg gélule : 1 gélule au coucher
Bévitine 250 mg cp : 1 cp matin et soir
Paracétamol 1000 mg cp : 1 cp si douleurs
Lyrica 75 mg : 1 cp 2 fois/jour
Tramadol 50 mg LP : 1 cp matin et soir

ARRET NEUPRO et AMANTADINE
ARRET VITAMINE B6

Soins de rééducation

Séances de kinésithérapie 2-3 fois/semaine
Matelas anti-escarre

- **Parcours médico social du patient :**
- Admis à la sortie de sa première hospitalisation en neurologie en **LHSS**. (2015)
- Critères médicaux d'admission : patient ne nécessitant plus d'hospitalisation mais des soins infirmiers et une coordination dont les conditions de vie (précarité et isolement) ne permettaient pas la réalisation.
- Par ailleurs : besoin d'un soutien à l'observance, à la compréhension du diagnostic et à son acceptation (déni++), ainsi que des traitements et de la kinésithérapie
- Critères psycho- sociaux :
- -patient en perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, nécessitant des soins résidentiels pour ménage, lingerie, courses, alimentation
- -nécessité d'un accompagnement pour la gestion des démarches administratives (ALD, reconnaissance MDPH, Titre de Séjour pour Soins, prestations sociales, protection juridique)
- Evolution en LHSS favorable, récupération en deux ans d'une autonomie dans les actes de la vie quotidienne après plusieurs épisodes de décompensations/rééquilibrages thérapeutiques.
- Orientation vers un Appartement de Coordination Thérapeutique, en semi collectivité.

Evolution depuis 2020

- Dégradation progressive de l'état de santé de Mr avec :
- -dyskinésies
- -majoration déformations squelettiques (cyphoscoliose, camptocormie), canal lombaire étroit, gonarthrose évoluée=> syndrome douloureux chronique ++
- -troubles des fonctions supérieures
- -évolution fluctuante, opposition et déni de Mr ++
- -mise en danger sur l'appartement, déménagé pour un appartement individuel avec aménagement PMR mais chutes fréquentes, cachexie, et spoliation par entourage.
- -orientation vers un LAM : candidature acceptée par le LAM mais opposition farouche de Mr
- -dilemme éthique pour l'équipe, entre respect de la volonté de Mr et limites du dispositif.
- -à ce jour, maintien à domicile poussé au max avec présence H 24, séjours itératifs en rééducation permettant un répit.
- Refus catégorique et argumenté de Mr pour une orientation vers toute institution (LHSS, LAM ou EHPAD)

Problématiques liées à cette situation

-Orientation FAM faite par MDPH mais :

-7 à 10 ans d'attente avant une place en IdF

-Part de déni de Mr

-Questionnements éthiques dans l'équipe +++ (respect de la volonté du patient/limites de l'institution/conditions de sécurité/ niveau de soins/dignité)

-plusieurs épisodes de ruptures de droits et d'arrêt de ressources: c'est l'établissement qui a pris en charge le coût du maintien à domicile

-liens avec les services de spécialités compliqués (morcelés)

GÉNÉRALISTE

Sans hébergement

ACT HORS LES MURS 93

Appartements de coordination thérapeutique

Les ACT hors-les-murs proposent, sans hébergement, une évaluation médicale, psychologique ou sociale suivie si besoin d'un accompagnement pluridisciplinaire, pour des personnes atteintes d'une maladie chronique en situation de précarité, dans l'attente d'un relais par les services de droit commun.

Mots-clés / Spécificités

Médicosocial – Sans hébergement – Aller-vers – Coordination des soins – Évaluation médico-psycho-sociale – Intervention sur tout lieu de vie (rue, hôtel, domicile, structure…) – Accompagnement temporaire – Relais vers le droit commun – Équipe pluridisciplinaire – Nord-est de la Seine-Saint-Denis

SPÉCIFICITÉS DU DISPOSITIF

Structure de rattachement

Association Aurore – établissement du Raincy. Équipe mutualisée : ACT avec hébergement (40 places), centre d'hébergement et de stabilisation (15 places) et ACT hors-les-murs (10 mesures).

Territoire

Nord-est de la Seine-Saint-Denis. Le reste du département est couvert par le Groupe SOS et Emmaüs Alternatives 93.

Composition des équipes

Équipe socle

- 1 médecin coordinateur
- 5 infirmières
- 2 aides-soignantes
- 1 psychologue
- 5 travailleurs sociaux
- 1 auxiliaire de vie

Binôme d'évaluation

Une infirmière et une psychologue, qui intervient en tierce personne pour aider à analyser la situation dans sa globalité. Les travailleurs sociaux interviennent peu, la personne étant souvent déjà accompagnée par un travailleur social.

Publics visés

Personnes atteintes d'une pathologie chronique somatique invalidante, en situation de précarité et d'isolement, éloignées du soin voire en rupture de soins.

Vivant en logement de droit commun, hébergées chez un tiers, en structure sans coordination médicale (CHRS, CHU, CADA, résidence sociale…), à la rue, en squat, en campement ou à l'hôtel.

PARCOURS

Modalités de prise en charge et d'intervention

Démarche d'« aller-vers » : interventions pluridisciplinaires sur le lieu de vie de la personne (rue, hôtel, domicile, parc, structure…). Évaluation par un binôme infirmière-psychologue, puis coordination des soins (rendez-vous médicaux, pilulier, IDE libérale), suivi de l'observance, aide à la compréhension des traitements et soutien psychologique, en lien avec les équipes hospitalières et de ville.
Prise en charge temporaire, d'une durée définie avec la personne selon son projet personnalisé.

Admission

Saisine par le prescripteur via un formulaire en ligne (ARS Île-de-France). La régulation (Interlogement 93) vérifie la demande et l'oriente vers l'équipe mobile la plus adaptée. Examen en réunion d'équipe hebdomadaire ; intervention sous 10 jours minimum.
Critères : problématique de santé centrale somatique et chronique. Addictions et troubles psychiatriques possibles s'ils s'accompagnent d'une problématique somatique.

Sortie

L'accompagnement prend fin lorsque le relais est assuré : lien établi avec les services de droit commun ou réorientation vers un dispositif adapté (ACT, LHSS, LAM…), dont l'équipe peut constituer le dossier. Une fois la nouvelle équipe en place, l'équipe ACT hors-les-murs se retire.

Textes de références

- *Ségur de la santé, mesure 27 : lutte contre les inégalités de santé (déploiement des EMSP, ESSIP et ACT hors-les-murs).*
- *ARS Île-de-France : équipes mobiles, dispositifs territorialisés d'aller-vers auprès des personnes en grande précarité (EMSP, ESSIP, ACT hors-les-murs, EMPP).*

ACT HORS LES MURS 93

Cas clinique : Mme HAG, 61 ans

Une femme réfugiée, atteinte de pathologies chroniques et sans suivi médical coordonné, accompagnée par l'équipe jusqu'à son admission en ACT avec hébergement.

Mots-clés / Spécificités

Parcours d'exil – Psychotraumatisme – Diabète de type 2 – HTA – Troubles mnésiques – Hôtel social puis CHU – Orientation par l'EMSP – Coordination des soins – Observance – Ateliers collectifs – Réorientation vers un ACT

SITUATION

Parcours de vie

Originaire du Bangladesh, ancienne couturière propriétaire de deux magasins. Après l'assassinat de son mari sous ses yeux, elle est hospitalisée environ deux ans. Arrivée en France en 2016 en tant que réfugiée, elle perd ensuite sa fille, décédée du COVID. Elle connaît la rue, l'hébergement chez des amis puis un hôtel social (vers 2021), avant d'intégrer un CHU proche du Raincy en décembre 2025.

Santé

Diabète de type 2, hypertension artérielle et troubles mnésiques consécutifs au traumatisme vécu dans son pays.

Orientation

Orientée par une autre équipe mobile (EMSP Interlogement 93) pour une prise en charge plus médicale.

Partenaires

Suivie à Parcours d'exil par une psychologue et un médecin spécialisé dans les parcours traumatiques.

Objectif visé

Intégrer une structure adaptée, avec un suivi médico-social stable, tout en préservant son autonomie dans un appartement individuel.

ACCOMPAGNEMENT

Relais sur le volet médical

- Mise en place d'une IDE libérale pour favoriser l'observance (réfection du pilulier tous les matins).
- Prise de rendez-vous médicaux en lien avec ses pathologies.
- Accompagnement à plusieurs rendez-vous et examens complémentaires, pour en faciliter la compréhension.

Lien social

Participation aux ateliers couture de l'association : rencontrer d'autres personnes et rompre l'isolement, trouver des repères au sein de l'association et renouer avec de bons souvenirs liés à son métier de couturière.

Sortie

L'équipe constitue un dossier de demande d'ACT, finalement accepté : Mme HAG intègre les ACT de Meaux en juillet 2026. Une nouvelle équipe médicale prend le relais et l'équipe ACT hors-les-murs se retire de l'accompagnement.

ESSIP 77 SUD

CITÉS CARITAS
RÉSEAU CARITAS FRANCE

CITÉS CARITAS
RÉSEAU CARITAS FRANCE

ESSIP

Équipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité composée de 3 binômes IDE- AS

Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, prévenir la dégradation de leur état de santé et proposer un accompagnement global et coordonné.

01 Un accueil inconditionnel

Accompagnement des personnes en situation régulière ou irrégulière, avec ou sans titre de séjour.

02 Accès aux soins et suivi médical

Démarches de santé, suivi des soins, prévention et éducation à la santé.

03 Soins infirmiers adaptés

Sur prescription médicale : pansements, suivi des traitements, surveillance de l'état de santé, soins de bien être et de confort, prévention, éducation thérapeutique etc.....

04 Orientation médicale

Intervention à suite d'une orientation par un médecin (*dossier de demande d'admission à envoyer*)

05 Intervention sur le lieu de vie

Déplacements dans le sud du 77, au plus près des personnes et de leurs besoins.

06 Accompagnement social

Écoute, soutien, accès aux droits et orientation vers la CPAM, les CCAS, les MDS et les associations.

Périmètre d'intervention : Sud de la Seine et Marne - 7j/7 - fériés inclus sur une amplitude horaire de 8h-19h30

CAS CONCRET — Monsieur R

Situation clinique et accompagnement de l'ESSIP

01 Contexte clinique et social

- Patient de 61 ans, anglophone
- Arrivé en France en 2017, demande d'asile en cours.
- **Syndrome parkinsonien bilatéral**, avec lenteur, rigidité et fluctuations motrices (phases ON/OFF).
- Hébergé en centre d'hébergement d'urgence (CHU) depuis 2024.

02 Soins ESSIP : 3 passages par jour, 7j/7

- Suivi depuis septembre 2024.
- Administration des traitements et préparation du pilulier surveillance des constantes 3 fois par semaine.
- Aide à la toilette et à l'habillage,
- Accompagnement de l'incontinence
- Soins relationnels.

Enjeu : adapter les soins à une maladie évolutive tout en préservant l'autonomie et la dignité.

CAS CONCRET — Monsieur R

Difficultés, réponses adaptées et limites de la prise en charge

03 Difficultés rencontrées

- Barrière linguistique (anglais).
- Risque de chute, parfois retrouvé au sol sans aide pour se relever.
- Absence de surveillance continue et de kinésithérapie disponible.
- Impériosités urinaires, matériel et linge limités.
- Difficultés d'accès aux repas.

04 Adaptations de l'ESSIP

- Aide renforcée en phase OFF ; autonomie préservée en phase ON.
- Alerte à l'équipe du CHU et vigilance accrue.
- Chaussage, vêtements et protections adaptés ; étui pénien proposé/mis en place pour la nuit.
- Soins personnalisés : musique appréciée et repas plaisir.

05 Évolution et orientation

Lors d'un réunion de synthèse, l'équipe a souligné l'urgence d'une solution pérenne et préconisé une orientation vers un LAM.

Une chute en structure a entraîné une hospitalisation.

Le lieu de vie n'était plus adapté ; le CHU a mis fin à l'hébergement de Mr

Cas anonymisé — illustration des besoins de coordination entre soins, handicap neurologique et précarité